

Att vårdas under tvång

Patientens upplevelse av tvångsåtgärder inom
psykiatrisk vård

Care under Coercion

The patients experience of coercive measures in
psychiatric care

Författare: Gustav Vikander & Emma Persson

Handledare: Ulla Thörnblom

Examinator: Ann-Marie Hedman

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Lag om psykiatrisk tvångsvård innebär att sjukvården har rätt att ta bort självbestämmanderätten från en individ om denne lider av en allvarlig psykisk störning. Restriktioner och tvångsåtgärder som tvångsmedicinering, avskiljning och fastspänning kan förekomma.

Syfte: Syftet är att belysa hur patienter upplever tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård.

Metod: En allmän litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Antonovskys Känsla av sammanhang har använts som teoretisk referensram.

Resultat: Det framkom att patienter generellt upplevde tvångsåtgärderna som negativa. Åtgärderna väckte en rad olika känslor hos patienterna såsom obehag, rädsla och förlorad autonomi, även återuppväckta minnen förknippade med våldtäkt och andra trauman. Det var många patienter som hade svårt att förstå varför dessa åtgärder utfördes, vilket visade sig som brister i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska. Patienterna uttryckte önskan om att få utnyttja sin medbestämmanderätt, själva påverka tvångsåtgärderna och eftersökte en närmare relation till vårdpersonalen. Även om tvångsåtgärderna i största utsträckning var en negativ upplevelse så fanns det patienter som förstod att det var för deras eget bästa liksom för andra patienters och personals säkerhet.

Slutsats: Patienterna rapporterade att de ville bli informerade, förstådda och bemötta som medmänniskor med respekt och inte behöva känna sig ensamma och övergivna. Tvångsåtgärder och lidande kan lindras genom att personal utvecklar sitt aktiva lyssnande och kunskap genom att ge adekvat information.

Klinisk betydelse: Ökad förståelse för patienter som utsatts för tvångsåtgärder kan ge sjuksköterskor möjligheten att stärka patientens känsla av sammanhang vid tvångsåtgärder genom ökad begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Nyckelord: *KASAM, tvångsåtgärder, patient upplevelse, psykiatrisk vård & litteraturstudie*

ABSTRACT

Background: The Compulsory Psychiatric Care Act means that healthcare is entitled to remove the autonomy of an individual if he or she suffers from a serious mental disorder. Coercive measures may occur, such as forced medication, isolation and physical restraint.

Aim: The aim is to illustrate how patients experience coercive measures in psychiatric care.

Method: A literary review based on 12 scientific articles with qualitative approach. Antonovskys Sense of coherence has been used as a theoretical framework.

Result: The results show that patients experienced coercive measures as negative. The measures provoked feelings in patients, such as discomfort, fear and loss of autonomy. There were patients who had trouble understanding why these measures were performed, which showed flaws in communication between patient and nurse. The patients expressed the desire to use their right to co-decide, to influence the measures and sought a closer relationship to the caregivers. Although the coercive measures were found to be a highly unpleasant experience, there were patients who understood that it was in their best interests.

Conclusion: The patients reported that they wanted to be informed, listened to and treated with respect, and not have to feel alone and abandoned. Coercive measures and the associated suffering could be alleviated by active listening from the staff and the skills to provide adequate information.

Clinical Implications: Increased understanding of patients subjected to coercive measures can give nurses the opportunity to strengthen the patients' sense of coherence when exposed to coercive measures, by increasing their comprehensibility, manageability and meaningfulness.

Keywords: *SOC, coercive measures, patient experience, psychiatric care & literature review*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Lag om psykiatrisk tvångsvård	3
Begränsningar för tvångsvårdade patienter	3
Definition av valda tvångsåtgärder	4
Tidigare studier av vårdpersonals erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård	5
Teoretisk referensram – Känsla av sammanhang	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Design	9
Urval	9
Datainsamlingsmetod	9
Dataanalys	10
Etiska aspekter	11
RESULTAT	12
Begriplighet	12
Hanterbarhet	13
Meningsfullhet	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23
Klinisk betydelse	23
Förslag på vidare forskning	24
Författarnas insatser	24
REFERENSER	25
BILAGA	i

INLEDNING

Författarna har flerårig erfarenhet av att arbeta inom den psykiatriska slutenvården och således även av tvångsvård och åtgärder som ibland är nödvändiga inom psykiatrin. Våra upplevelser är att majoriteten av de patienter vi träffat som vårdats under tvång upplevt detta som övergrepp. Patienten blir frihetsberövad och fråntas självbestämmanderätten om hur vården ska utföras och kan inte bli utskriven när han/hon önskar. Tvångsåtgärder såsom medicinering under tvång, beslut om fastspänning eller avskiljning förekommer. Denna studie utforskar patienters upplevelser av tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska vården.

BAKGRUND

I Sverige är den psykiatriska vården i grunden frivillig under stöd av hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763). Undantag kan göras i stöd av lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV, SFS 1991:1472).

Hälso- och sjukvårdslagen gäller även all psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2009). Reglerna om psykiatrisk tvångsvård kompletterar de allmänna reglerna om hälso- och sjukvård.

Tvångsvård ska endast bedrivas om en patient som är i oundgängligt behov av vård inte frivilligt kan underkasta sig sådan vård (a.a.).

Socialstyrelsen (2014) rapporterade att cirka 10 000 patienter årligen vårdas med stöd av psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvård ställer stora krav på vårdgivaren, då det är av största vikt att vården tar hänsyn till varje individs värdighet (Socialstyrelsen, 2008). All vård skall ske med respekt för allas lika värde (HSL, SFS 1982:763). En ny patientlag (SFS 2014:821) som trädde ikraft 1 januari, 2015, ämnar stärka patientens ställning och verka för en mer personcentrerad vård. Lagen klargör bland annat att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke (a.a). Patientens grundläggande rättighet att bestämma över sig själv reduceras kraftigt till följd av tvångsvård. Därför är det ytterst viktigt att patienter som tvångsvårdas blir bemötta med ett ödmjukt förhållningssätt för att öka förståelsen för patientens situation, behov och utsatthet (Svenska psykiatriska föreningen, 2013). Institute of Medicine och Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) I USA har tagit fram sex kärnkompetenser med syfte att förbättra omvårdnad för samtliga patientkategorier; Personbaserad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringsförslag för kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) initierade för några år sedan projektet "Bättre vård - mindre tvång" (Socialstyrelsen, 2013). Utgångspunkten var att förbättra heldygnsvården inom psykiatrin, och att kompetenshöjande åtgärder är nödvändiga, specifikt inom tre områden: etik, juridik och praktik. I projektet framhålls att om personalen får kunskap om respektfullt bemötande och i metoder hur patienterna ska känna sig mer delaktiga i vården så torde det leda till att patienterna upplever vården bättre. I projektets kompetenshöjande del ingår utbildning av personal bland annat i den så kallade Bergenmodellen (a.a.). Modellen är inriktad på förebyggande arbete i vardagen, med syfte att bygga goda relationer mellan patienter och personal (Palmstierna, Björkdahl & Pollack,

2009). Samtidigt påvisar modellen tydliga riktlinjer för hur personalen ska agera i samband med hot- och våldshändelser. Utgångspunkten är att både patienter och personal ska känna sig trygga och säkra i den psykiatriska vården. Modellen bygger på aktuell vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet (a.a.). Den motsvarar Världshälsoorganisationens (WHO, 2002) rekommendationer för vilken kunskap hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att kunna förebygga och bemöta hot och våld.

Lag om psykiatrisk tvångsvård

Medborgarnas skydd mot frihetsberövande enligt grundlagen får endast begränsas genom lag (Adler, 2005). Lag om psykiatrisk tvångsvård medger tvångsåtgärder vid psykisk sjukdom under vissa strikt reglerade förutsättningar. Syftet med tvångsvård är att patienten ska bli i stånd att frivilligt medverka till psykiatrisk vård. Det är patientens vårdbehov som är utgångspunkt för tvångsvård. Intagning för tvångsvård kräver ett vårdintyg av legitimerad läkare där sannolika skäl för förutsättningar för tvång föreligger. En chefsöverläkare kan efter bedömning av vårdintyget och patienten fatta intagningsbeslut. Alla beslut om vårdinnehåll, inklusive tvångsåtgärder, ska fattas av chefsöverläkaren eller en specialist i psykiatri. Tvångsvården ska vara tidsbegränsad, men vid beslut om förlängning avgör Förvaltningsrätten ansökan. När förutsättningar för tvångsvård inte längre föreligger kan patienten erbjudas vård enligt HSL eller bli utskriven (a.a.).

Förutsättningarna för intagning enligt LPT ska framgå av vårdintyget som utfärdats av legitimerad läkare i allmän tjänst (Socialstyrelsen, 2009). Det ska framgå att patienten; 1) lider av en allvarlig psykisk störning 2) måste ha ett oundvikligt behov av att vårdas med stöd av psykiatrisk dygnetruntvård och inte går att behandla i öppenvård samt 3) saknar förmåga att ta grundad ställning till erbjuden vård eller motsätter sig frivillig vård. Samtliga tre kriterier måste vara uppfyllda (a.a.).

Patienten ska alltid informeras om beslut gällande tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder (LPT, SFS 1991:1128). En vårdplan ska omgående upprättas enligt LPT § 16, i samråd med patienten om dennes psykiatriska tillstånd likaså information om rätten att överklaga vissa beslut enligt LPT § 48 (a.a.).

Begränsningar för tvångsvårdade patienter

Inom slutenvården är ytterdörren alltid låst, vilket innebär att patienter som vårdas under HSL behöver be om lov att få bli utsläppta (Socialstyrelsen, 2009). Personal har rätt att enligt LPT

(SFS 1991:1128) hindra tvångsvårdade patienter, ibland med hjälp av tvångsåtgärder, från att lämna avdelningen. LPT § 21 reglerar inskränkningar i patientens rätt att inneha viss egendom. Patienten får till exempel inte inneha berusningsmedel, inte föremål ämnade för missbruk och inte heller något som kan användas för att skada sig själv eller andra. LPT § 20 tillåter personal att omhänderta till exempel mobiltelefoner och datorer under den tid som patienten vårdas under tvång. Personal har rätt att utföra kroppsvisitation om misstanke föreligger gällande föremål som definierats enligt § 20 och 21. Kroppsvisitation innebär en undersökning av patientens kläder, tillhörigheter och en yttre granskning av kroppen. Beslutet fattas av chefsöverläkaren och visiteringen ska bevittnas av två personal. Av respekt och hänsyn bör visitationen genomföras av personal av samma kön som patienten enligt LPT § 23 (a.a.).

Definition av valda tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder får endast användas om den står i rimlig proportion till syfte med åtgärdenproportionalitetsprincipen (LPT, SFS 1991:1128, 2a §; 2b). Principen syftar till att minska tvångsåtgärder och stärka patientens rättstrygghet. Den har sina rötter i FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och Europarådets rekommendationer beträffande regler om psykiatrisk tvångsvård (a.a.).

Enligt Socialstyrelsen (2009) beskrivs de tre vanligaste tvångsåtgärderna inom slutenvård psykiatri som *tvångsmedicinering*, *avskiljning* och *fastspänning*. Det är av stor vikt att inga av dessa under någon omständighet används i bestraffningssyfte (a.a.).

Tvångsmedicinering är den vanligaste förekommande tvångsåtgärden och sker oftast i samband med fastspänning (Socialstyrelsen, 2013). Åtgärden ska undvikas i största möjliga mån (Svenska psykiatriska föreningen, 2013). För att förhindra tvång ska en rad olika steg först utföras, som ett samtal med patienten där orsaken till nödvändig medicinering förklaras. Oberoende av svårigheter som kan uppstå när patienten lider av stark ångest, psykos eller mani, är det fortsatt nödvändigt att förklara varför en tvångsinjektion ska ges.

Tvångsmedicinering ska alltid ske på ordination och under läkaröversyn, även om annan personal administrerar läkemedlet (a.a.).

Avskiljning innebär att patienten, mot sin vilja, blir avskild och får enbart vistas på sitt rum alternativt särskilt isoleringsrum (Socialstyrelsen, 2009). Orsaker kan bero på att patienten uppträtt verbalt- och/eller fysiskt hotfullt, eller på annat sätt försvårat vården för medpatienter

och/eller vårdpersonal. Under avskiljningen ska vårdpersonal ha regelbunden tillsyn över patienten. Åtgärden är integritetskränkande och bör avslutas så snart som möjligt. Den ansvarige läkaren prövar kontinuerligt beslutet (a.a.). Enligt LPT (SFS, 1991:1128) 20 § får en avskiljning fortgå under åtta timmar med möjlighet till åtta timmars förlängning, om chefsöverläkaren anser att särskilda skäl föreligger (a.a.).

Fastspänning är en åtgärd som anses ytterst integritetskränkande (Socialstyrelsen, 2009). Patienten blir fastspänd i egen säng eller i en särskild bältesäng. Syftet med åtgärden är att förhindra att patienten skadar sig själv, medpatient eller vårdpersonal. En skada behöver inte ha skett för att fastspänning ska vara motiverad, utan det kan räcka med att en omedelbar risk finns för att en allvarlig fysisk skada ska inträffa. Det ska alltid finnas ett beslut från en specialist i psykiatri innan fastspänning sker. Tvångsåtgärden bör utföras under korta perioder, max fyra timmar. Vid behov av förlängning krävs nytt beslut av chefsöverläkaren, som då ska motivera och anmäla detta till Institutet för Vård och Omsorg (IVO). En patient som lagts i bälte får aldrig lämnas ensam utan måste ständigt ha en vårdpersonal hos sig. Socialstyrelsen beskriver förekomsten av så kallad frivillig bältesläggning, där patienten på eget bevåg önskas läggas i bälte. Denna åtgärd anses av Justitieombudsmannen inte som en tvångsåtgärd (a.a.).

Tidigare studier av vårdpersonals erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård

Vårdpersonal som arbetar inom den slutna psykiatriska vården är oftare utsatta för våld, utbrändhet och stress jämfört med vårdpersonal i andra vårdinstanser (Johansson, Skärsäter & Danielsson, 2013)

Kontio et al (2010) påvisar att utifrån vårdpersonals perspektiv uppstår etiska dilemman genom restriktioner, särskilt vid isolering och fastspänning. Det fanns en inbyggd konflikt i vårdutförandet att antingen isolera, spänna fast eller göra ingenting. Konflikten bestod i vårdpersonalens känslor av att inte bara skydda patienten utifrån sitt professionella och etiska ansvar, utan även sitt personliga (a.a.). Sjuksköterskans etiska kod betonar respekt för patientens autonomi och värdighet genom att främja valmöjligheter framför paternalistisk praxis (Svensk sjuksköterskeförening, 2014)

Trots att sjuksköterskan har lagligt rätt att utföra tvångsåtgärder anser många av dem att det är ett felaktigt sätt att behandla andra människor på (Olofsson, Gilje, Jacobsson och Norberg, 1998). Användandet av tvång framkallade starkt obehag hos personalen. Sjuksköterskorna

motiverade behandlingsmetoden som ett sätt att hjälpa patienter som inte hade förmåga att hjälpa sig själva. De uppgav att de inte ville utföra tvång mot patienterna, men hade svårigheter att hitta alternativ. De försökte istället utöva tvånget så skonsamt som möjligt, till exempel att välja andra utvägar för att undvika fysiskt våld (a.a.).

Olofsson och Norberg (2001) ville undersöka hur patienter, sjuksköterskor och läkare upplevde situationer där tvång förekom. I studien berättade sjuksköterskor att syftet med tvång var att skydda och lugna patienter. Förutom det skyddande syftet menade de att tvångsåtgärder skapade struktur och tillfälle till kommunikation genom att låta patienten få en paus och behandla incidenten och sina egna känslor. Sjuksköterskorna rapporterade att genom restriktioner upplevde patienterna sig säkrare, trots att en tvångsåtgärd vidtagits. De menade även att vissa patienter till och med efterfrågade tvång och att de uttryckte tacksamhet efteråt (a.a.).

Olofsson och Norberg (2001) fann att alla intervjuade grupper kände betydelsen av ett gott mänskligt samspel, inte minst när tvång förekom. De föreslog att en bättre dialog bör utvecklas i vårdrelationen i varje situation med tvång. Det är en viktig förutsättning för att personalen bättre ska förstå patientens känslor och för att patienten ska få information om syftet med tvånget (a.a.).

Teoretisk referensram – Känsla av sammanhang

Grundaren till begreppet Känsla av sammanhang (KASAM), Aaron Antonovsky (2005), beskriver KASAM som ett salutogent perspektiv. Antonovsky väljer att fokusera på friskhetsfaktorer, det som kännetecknar en frisk människa, och vad som gör dennes tillvaro meningsfull. KASAM bygger på en skattningsskala som visar var individen befinner sig mellan polerna hälsa och ohälsa. Antonovsky menar att individen aldrig befinner sig i den ena polen eller den andra, utan att det konstant fluktuerar genom livet. KASAM innefattar tre centrala komponenter *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (a.a.).

Begriplighet är den första komponenten i KASAM och grundas i att individen ska ha möjlighet att begripa händelser omkring sig, samt ha en viss förståelse för den egna livssituationen (Antonovsky, 2005). Utöver detta syftar komponenten hur individen kan uppfatta inre och yttre stimuli som hanterbar, strukturerad och tydlig information, eller kaotiskt och oförklarligt. Antonovsky menar att en människa med hög känsla av begriplighet

är bättre rustad för att bemöta oförutsedda händelser genom att kunna uppfatta, förklara och hantera eventuella problem (a.a.).

Hanterbarhet är den andra komponenten som definieras utifrån den grad man anser att det finns resurser till ens förfogande och används av personen för att hantera händelser (Antonovsky, 2005). Dessa resurser ska personen använda sig av för att hantera händelser runt omkring sig. De resurser som Antonovsky syftar på kan vara det man själv disponerar över eller det som kontrolleras av någon annan, till exempel en partner, arbetskollega eller en högre makt. En individ med hög känsla av hanterbarhet upplever inte motgångar som onaturligt, utan något som ger en lärrik erfarenhet. En låg känsla av hanterbarhet innebär däremot att personen lättare faller in i en offermentalitet där världen anses orättvis och hopplös (a.a.).

Meningsfullhet betraktas som en motivationskomponent, då individer med stark KASAM ofta diskuterade områden i livet som var betydelsefulla för dem (Antonovsky, 2005). Meningsfullheten innebär att personen känner mening med livet och är delaktig i de processer som påverkar hennes dagliga upplevelser. En individ med stark känsla av meningsfullhet ser motgångar och svårigheter som en utmaning och något att övervinna, samt känner sig delaktig i vardagens händelser (a.a.)

PROBLEMFORMULERING

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska en person involveras i samtliga beslut som gäller den vård som erbjuds. När en person vårdas enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT), fråntas självbestämmanderätten vilket innebär en rad begränsningar under vårdtiden. Sjukvårdspersonal eftersträvar att så långt som möjligt undvika tvångsåtgärder i syfte att respektera patientens autonomi. Utifrån komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, är det av betydelse för personalen att ta del av patienters erfarenheter när tvångsåtgärder är ett faktum.

SYFTE

Syftet är att belysa hur patienter upplever tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård.

METOD

Design

Detta är en allmän litteraturstudie av artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter, som berör psykiatriska tvångsåtgärder. Metodens syfte är att skapa en strukturerad översikt över befintlig kunskap inom det aktuella området (Friberg, 2012) Utgångspunkten i studien är artiklar med kvalitativ ansats med fokus på patientens upplevelser av tvångsåtgärder som sedan analyserats enligt Antonovskys begrepp KASAM.

Urval

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats som skulle vara relevanta för syftet, det vill säga beskrev patientens upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård, författade på engelska publicerade mellan år 2000-2014, etiskt godkända och ”peer reviewed”. Exklusionskriterier var studier som baserades på sjuksköterskans upplevelse av tvångsåtgärder och studier som innebar tvångsvård inom öppenvård. Artiklar som inkluderade patienter under 18 år eller som var av kvantitativ ansats valdes bort.

Datansamlingsmetod

I sökningen av vetenskapliga artiklar användes följande databaser; *Cinahl with full text*, *Cinahl complete*, *Medline* och *SwePub*. Sökorden som användes var: *“patient experience”*, *“patient attitudes”*, *“coercion”*, *“restraint”*, *“restraint, physical”*, *“restraint and seclusion”*, *“seclusion”*, *“forced medication”* och *“psychiatric care”*.

En pilotsökning där sökning på enbart ett ord i taget genomfördes. Söktekniken utförs för att försäkra sig om att det finns relevant vetenskaplig litteratur inom ämnet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

För att komma fram till resultatartiklar för denna studie användes boolesk sökteknik då flera sökord efterfrågades i samma sökning. Booleska operatoren AND utnyttjades för att kombinera orden. Operatoren NOT användes för att utesluta *outpatient* i syfte att få en exaktare sökning, se *Tabell 1*. Därefter lästes samtliga rubriker, efterföljt av abstrakt om rubriken föranlett författarna att anta att dessa kunde besvara studiens syfte. Ämnesord (MM) användes även för *Cinahl*-specifika söktermer. Artiklar som exkluderades efter genomläsning av titel, abstrakt eller fulltext var de som enbart behandlade tvångsvård, dubletter eller var artiklar med kvantitativ ansats. Slutligen valdes 12 kvalitativa artiklar ut för analys och granskning (Bilaga).

Tabell 1. Sökmatrix över sökord och inkluderade artiklar i databaserna *Cinahl* och *Medline*.

Databas	Sökord	Datum	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa studier	Inkluderade studier
Cinahl with full text	patient experience AND coercion AND psychiatric care NOT outpatient	2014-11-03	49	49	9	4	2 (1, 2)
MedLine	seclusion AND restraint AND psychiatric care	2014-11-03	7	7	2	2	2 (11, 4)
Cinahl with full text	patient experience AND "restraint and seclusion" AND psychiatric care NOT outpatient care	2014-11-03	48	48	3	2	2 (5, 6)
Cinahl complete	MM "Restraint, Physical" AND MM "Patient Attitudes" AND "Psychiatric care"	2014-11-03	5	5	3	2	1 (3)
Cinahl complete	MM "Forced medication" AND MM "Patient Attitudes" AND "Psychiatric care"	2014-11-13	18	18	8	5	5 (7, 8, 12, 10, 9)

Dataanalys

Artiklarna har analyserats med inspiration av Evans (2002) analysgång. Samtliga artiklar genomlästes flera gånger av varje författare enskilt för att skapa överblick av syfte, metod och resultat. Därefter sammanställdes de inkluderade artiklarna enligt artikelmatrisen (Bilaga). I samband med genomläsning och sammanställning bedömdes kvaliteten på de ingående studierna enligt Statens Beredning för medicinskt Utvärdering ([SBU], 2013) med avseende på kvalitetskriterier för låg, medelhög och hög studiekvalitet, vilket redovisas i *Bilaga*. Kvalitetsbedömningen skedde inledningsvis gemensamt för en studie och därefter individuellt. Delar av artikelresultaten som ansågs svara på studiens syfte markerades enskilt. Därefter diskuterades de markerade delarna gemensamt för att nå konsensus om de svarat på syftet. Nyckelfynd identifierades gemensamt i resultaten och lyftes ut för att skapa en översikt av underliggande mönster. Nyckelfynden diskuterades därefter sinsemellan och verifierades återigen om de svarat på studiens syfte. Därpå delades fynden upp så att skillnader och likheter blev överskådligt och olika teman kunde urskiljas, vilka delades in i sju olika teman. Dessa teman skapades av författarna utifrån patienternas uttryckta upplevelser och sorterades

in under de tre komponenterna *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*, se Tabell 2. Analysen resulterade i teman som exemplifieras i Tabell 3.

Tabell 2. Analysmatris med exempel på hur meningsbärande enhet blev tema

Nyckelfynd →	Tema →	Komponent
Patienterna rapporterade att de inte fick tillräckligt med information om deras situation, behandling och vårdplan, vad som skulle hända härnäst och anledningen till avskiljningen/fastspänningen.	Jag vill veta varför	Begriplighet
Regler och rättsliga bestämmelser begränsar beviljandet av ”frikort” och vad patienterna får göra och inte göra på avdelningen.	Det var dom som bestämde	

Etiska aspekter

Helsingforsdeklarationen hänvisar bland annat till att medicinsk forskning ska vara underordnad de etiska normer som avser att förbättra aspekter för alla individer och skydda deras hälsa och rättigheter (Milton, 2002). Deklarationen påpekar att medicinsk forskning måste vara överensstämmande med allmänt accepterade vetenskapliga grundregler, grundade på ingående kännedom om den vetenskapliga litteraturen och andra relevanta informationskällor (a.a.).

I en allmän litteraturstudie är det viktigt att etiskt överväga artiklarna som används i studien (Forsberg & Wengström, 2013). Kontroll av artiklarna ska göras för att fastställa att tillstånd från etisk kommitté finns. Begreppet god forskning innebär att fusk och plagiat inte får förekomma. Det är viktigt att resultatet publiceras, även om det inte bekräftar studiens syfte och mål, då det anses oetiskt att endast presentera resultat som stöder studien (a.a.).

Etiskt tänkande har eftersträvat genom hela processen. Samtliga artiklar som behandlas i resultatet var etiskt godkända. I analysarbetet har beskrivningarna inte förvanskats utan resultatet redovisas utifrån textnära beskrivningar. Det finns en risk för att förförståelse färgat analys, val av artiklar och resultat, men för att undvika detta har diskussion förts beträffande förvrängning och tolkningsfrågor. Datainsamling och tolkning av data kan försvåras då ingen av författarna har engelska som modersmål (Östlundh, 2012). Svenskt-Engelskt lexikon användes som översättningshjälp i syfte att undvika tolkningsfel.

RESULTAT

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelser av tvångsåtgärder i psykiatrisk vård.

Resultatet från analysen delades upp i sju teman (Tabell 3). Dessa teman sorterades under de tre centrala komponenterna i Antonovskys (2005) KASAM, *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*.

Tabell 3. Resultatmatris beskrivande teman skapade utifrån de ingående artiklarna, sorterade enligt Antonovskys komponenter.

Tema Artikel	Begriplighet		Hanterbarhet			Meningsfullhet	
	Ingen vill berätta varför	Det var dom som bestämde	Jag vill vårdas med värdighet	Jag vill att någon ska finnas där	Dom vill mig illa	Jag förstår varför	Jag fick stöd
1					X	X	X
2	X	X				X	X
3		X	X	X	X	X	X
4	X		X	X			X
5				X	X		
6	X			X	X		X
7			X	X		X	
8		X		X	X	X	
9		X				X	
10	X				X	X	
11			X	X		X	
12	X					X	X

Begriplighet

Patienterna beskrev bristande begriplighet och svårigheter att förstå situationen de befann sig i. Här delas komponenten in i två teman; *Ingen vill berätta varför* och *Det var dom som bestämde*.

Ingen vill berätta varför

Ett påtagligt problem som skapat stort missnöje bland patienterna var brister i kontakten med vårdpersonal (Meehan, Vermeer & Windsor, 2000; Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002; Johansson & Lundman, 2002; Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki, 2010; Andreasson & Skärsäter, 2012). I flera studier framkom att patienter upplevde att tvångsåtgärder kunde undvikas om vårdpersonalen hade varit tillmötesgående och tagit sig tid att kommunicera till patienten vilka regler som gällde på avdelningen, och konsekvenser om de inte följde reglerna. De upplevde att de saknade information om sin situation, vårdplanering och vad som föranlett tvångsåtgärderna (a.a). Det var av stor vikt att patienterna förstod varför de fick behandling mot deras önskan (Johansson & Lundman, 2002; Andreasson & Skärsäter, 2012). Förståelse om varför tvångsåtgärden utförts kunde lindra

ångest och minska traumatiska upplevelser (Andreasson & Skärsäter, 2012). Informationen måste anpassas individuellt eftersom för mycket information kunde skapa ångest istället för att lindra (a.a). Patienterna upplevde även att de inte fick information om hur länge de var tvungna att vara avskilda och vilken typ av beteende som skulle kunde leda till att tvångsåtgärden upphävdes (Meehan et al., 2000).

Det var dom som bestämde

Att vårdas under tvång och utsättas för tvångsåtgärder kan tolkas som att individen blir fräntagen sin autonomi (Johansson & Lundman, 2002). Patienterna kände sig som objekt som vårdats utan egen delaktighet (a.a.). Baker, Lovell, Easton & Harris (2006) fann att tvångsmedicinering kunde leda till att patienterna ansåg att de inte hade någon kontroll över sin egen behandling, vilket innebar ett sätt att ytterligare reducera deras autonomi. De som blivit utsatta för tvångsinjektioner och fastspänning upplevde känslor av förlorad värdighet och minskad självrespekt (Johansson & Lundman, 2002; Hughes, Hayward & Finlay, 2009). Patienterna berättade att aggressiva och högljudda medpatienter ofta fick tvångsmedicin för att lugna ner sig, vilket förstärkte känslan av att makten låg hos personalen (Baker et al., 2006). De uppgav att de inte heller blev erbjudna några alternativa behandlingar till tvångsåtgärden (Larue, Dumais, Boyer, Goulet, Bonin & Baba, 2013). Personalens attityd och avdelningens regler kunde uppfattas som rigida och kunde bidra till att patienterna protesterade. Missnöje och oförståelse kunde yttra sig i fysiska utfall: "I fought, I kicked against, I put up my feet because they carried me by my arms..." (Johansson & Lundman, 2002, s. 643). Frihetsberövningen utgjorde en stor påfrestning (Larue et al., 2013). Det fanns en önskan om att kunna röra sig utanför avdelningen och att kunna vårdas frivilligt (Johansson & Lundman, 2002).

Hanterbarhet

Hanterbarhet beskriver patientens förmåga att kunna hantera och bemöta tvångsåtgärder med hjälp av dennes tillgängliga resurser. Här delas komponenten in i tre teman; *Jag vill vårdas med värdighet*, *Jag vill att någon ska finnas där* och *Dom vill mig illa*.

Jag vill vårdas med värdighet

Önskan om bättre kommunikation med personal var ett genomgående tema i flera studier. Patienterna ansåg att mer respekt, empati och artighet från personalens sida skulle kunna förebygga tvångsåtgärder och ansåg även att personalbrist, minskad tid för den enskilde patienten, dåligt mottagande och brist på uppföljning var problemområden som kunde

förbättras i syfte att minska tvång (Haglund, Von Knorring & Von Essen, 2003; Kontio et al., 2011; Gagnon, Desmartis, Dipankui, Ganon & St-Pierre, 2013; Larue et al., 2013). De föreslog att avdelningarna skulle satsa på utbildning av personal och bättre fördelning av arbetsuppgifter så att personalen fick mer tid att prata med patienterna (Gagnon et al., 2013). I de fall då tvångsåtgärder var oundvikliga önskade patienterna möjligheten att kunna förhandla med vårdpersonalen gällande val av åtgärd. De ville ha möjligheten att få ta tabletter istället för att få en tvångsinjektion, välja avskiljning eller konstant observation istället för fastspänning (Haglund et al., 2003; Larue et al., 2013). När det gällde åtgärder som krävde konstant observation betonade patienterna vikten av att kunna kommunicera med den som övervakade (Kontio et al., 2011; Gagnon et al., 2013). De kvinnliga patienterna framförde önskemål om att övervakande vårdpersonal skulle tillhöra samma kön (Ganon et al., 2013). Patienter saknade meningsfulla aktiviteter under avskiljningen, som att läsa en bok, tillgång till musik eller någon form av fysisk träning (Kontio et al., 2011; Larue et al., 2013). Larue et al. (2013) rapporterade att patienter saknade möjligheten att kunna ändra rumstemperatur, få byta ställning under fastspänning och ha en klocka att titta på. En patient beskrev avskiljningsrum som en kombination av dagis, dårhus och fängelse (Larsen & Terkelsen, 2014).

Jag vill att någon ska finnas där

I sex artiklar framkom patientens önskan om att få tala med någon innan, under och efter tvångsåtgärder. Att ha någon med sig vid avskiljning kunde minska känslan av övergivenhet (Meehan, Vermeer & Windsor, 2000; Haglund et al., 2003; Holmes, Kennedy & Perron, 2004; Kontio et al., 2011; Gagnon et al., 2013; Larue et al., 2013). Patienter upplevde ensamhet under tiden i avskiljning och att det var svårt att få kontakt med vårdpersonal (Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2011). De menade att vårdpersonalen inte brydde sig om när de uttryckte önskningar om att få äta eller uträtta andra basala behov (a.a.). Meehan et al. (2000) beskriver vikten av att kunna kommunicera med vårdpersonal under avskiljningen. Även bland de som fått erhålla tvångsinjektioner fanns en stark önskan om att ha någon att samtala med (Haglund et al., 2003). Flera av patienterna kände sig deprimerade efter avskiljning tack vare känslan av att vara inlåst utan stöd och hjälp (Holmes et al., 2004). De ville ha möjligheten att tala med vårdpersonalen direkt efter tvångsåtgärden för att kunna få ”ladda ur” känslor (Meehan et al., 2000). En patient uttryckte att hon enbart hittade tillbaka till sig själv efter att hennes pojkvän påmint henne om vem hon egentligen var (Hughes et al., 2009) Meehan et al. (2000) beskrev att patienter uppfann coping-strategier under

avskiljningen, som att prata med sig själv eftersom tystnaden var så påtryckande. Holmes et al. (2004) påvisade andra strategier som att en del valde att inte lyssna på direktiv från vårdpersonalen utan la sig på golvet och skrek eller förstörde saker för att påkalla uppmärksamhet. Andra uppförde sig lugnt och följde reglerna, och ville ha en god relation till vårdpersonalen för att snabbare få slut på avskiljningen (a.a.). Patienterna framhöll vikten av att få ha en stödperson i närheten (Haglund et al., 2003; Gagnon et al., 2013). De menade att det skulle hjälpa vårdpersonal att bättre förstå patientens beteende i syfte att effektivare kunna undvika tvångsåtgärder (Gagnon et al., 2013). De ansåg att om någon lyssnat, pratat och funnits där hade det inte behövt gå så långt som till fastspänning och avskiljning (a.a.). Patienter beskrev dessutom en markant skillnad mellan ordinarie- och inhyrd personal, då den ordinarie personalen var mer engagerade i omvårdnaden (Bonner et al., 2002). En patient beskrev det som: "They [the agency staff] are only in it for the money. They sit and watch telly, play pool and basically ignore the patients." (a.a., s. 470).

Dom vill mig illa

Att bli utsatt för tvångsåtgärder framkallade starka negativa känslor hos patienterna (Meehan et al., 2000; Holmes et al., 2004; Hughes et al., 2009; Larue, et al., 2013; Larsen & Terkelsen, 2014). Deras känsla av maktlöshet ledde oftast till ilska och de kände att de inte fick chansen att diskutera eller försvara sina handlingar innan de blev avskilda (Meehan et al, 2000). Meehan et al menar att många kände ilska mot vårdpersonalen före, under och efter isolering (a.a.). Andra upplevde känslor av skam, bristande respekt och orättvis behandling, likaså framkom känslor av rädsla, misstro och skuld (Larue et al., 2013). En patient var tvungen att byta om framför personal i samband med avskiljning och upplevde att personalen inte brydde sig om dennes välmående och kände sig förödmjukad och skamsen (Holmes et al, 2004). Avskiljning förstärkte den närvarande känslan av att vara ensam och övergiven hos vissa (Holmes et al., 2004). Patienterna beskrev upplevd maktlöshet i form av förnedring relaterat till att de måste lämna ifrån sig kläder och värdesaker (Meehan et al., 2000). Maktlöshet manifesterades även i form av rädsla; för trånga utrymmen, nålar och medicin. Rädslor som inte ens försvann direkt efter avskiljningen (a.a.). Patienterna i Meehan et al (2000) studie upplevde att våld användes vid avskiljningen, borttagande av deras kläder och när medicin skulle ges. De beskrev användandet av våld som oförsvarbart och liknade avskiljning vid att vara inspärrad i fängelse (a.a.). Fysisk fasthållning gav upphov till känslor av ångest, ilska och rädsla långt efter fastspänning upphört (Bonner et al, 2002; Holmes et al., 2004). Kontrollförlust vid fastspänning och tvångsmedicinering var traumatiskt och hos vissa

framkallades barndomsminnen av övergrepp (Bonner et al, 2002; Hughes et al., 2009). En patient trodde att hon blev våldtagen under en tvångsinjektion:

They took me back to the room, they put me face down on the bed, actually holding my face into the cushions, so that I couldn't breathe. I was fighting and fighting. And they were saying, um, go on, pull her trousers down and stick it in her arse. I thought they were raping me. (Hughes et al, 2009, s. 157)

Flera berättade om rädsla att ta kontakt med psykvården efteråt, trots att de på nytt försämrades i sin sjukdom, eftersom de var rädda att hamna i konflikt med personal och återigen bli utsatta för tvångsåtgärder (Bonner et al., 2002). Utebliven kontakt med vården eskalerade deras situation och slutade ändå med tvångsintagning, fastspänning och starkt försämrat tillstånd (a.a.).

Meningsfullhet

Patienterna upplevde att det fanns en känsla av engagemang från personal, en känsla av delaktighet och mening med behandlingen. Här delas komponenten in i två teman; *Jag förstår varför* och *Jag fick stöd*.

Jag förstår varför

Allmänt upplevdes fastspänning och avskiljning negativt. Trots detta ansåg majoriteten att åtgärderna var rättfärdigade när det gällde patienternas och personalens säkerhet. Patienterna påpekade vikten av att få information om varför dessa åtgärder valts och att snarast få kunna diskutera annan behandling (Meehan et al., 2000; Andreasson & Skärsäter, 2012; Gagnon et al., 2013). En tvångsåtgärd utförd med respekt eller av "rätt" personal bidrog till större acceptans bland patienterna (Haglund et al., 2003). I ett flertal studier kunde patienterna i efterhand godta tvångsåtgärder som ett nödvändigt ont (Haglund et al., 2003; Baker et al., 2006; Larue et al., 2013; Larsen & Terkelsen, 2014). Somliga ansåg att det var oundvikligt för deras återhämtning, men de var inte helt komfortabla med de metoder som använts (Larsen & Terkelsen, 2014). En patient beskriver upplevelsen av fastspänning som: "Hell is the right word. When you don't understand why, it's like going through a real Hell [...] It means restraints may trigger paranoia, although you know the staff wants the best for you" (a.a., s. 432). Vissa uppskattade avskiljning när allt omkring kändes kaotiskt, speciellt under kortare perioder (Larsen & Terkelsen, 2014). Det framkom att en del upplevde avskiljning som en lugnande åtgärd vilket gav en känsla av att vara skyddad från omvärlden (Larue et al., 2013). De uppgav att avskiljning presenterade möjligheten att samla sig istället för att utföra handlingar de senare skulle ångra (Meehan et al, 2000; Larue et al, 2013). Baker et al. (2006)

menade att patienter uppfattar tvångsmedicinering som ett steg i att kontrollera ”andra” patienter i syfte att förbättra måendet för alla patienter. Dock handlade detta om ”andras” mående och sällan deras egen vård (a.a). Hughes et al (2009) beskrev emellertid att vissa patienter upplevde medicinering som en viktig del i tillfrisknandet: ”without medication I wouldn’t have become well again” (a.a., s. 157). Johansson och Lundman (2011) fann att patienterna upplevde vården som skyddande. De ansåg att åtgärder som tvångsmedicinering ibland kunde vara nödvändigt och att det gjordes i syfte att skydda patienten från att göra sig själv illa (a.a.).

Jag fick stöd

Tillit till vårdpersonal kunde desarmera hotfulla situationer som sannolikt annars skulle ha lett till tvångsåtgärder (Andreasson & Skärsäter, 2013). De uppskattade att kunna ha vanlig konversation och få praktiskt stöd som hjälp att kunna slappna av och skingra tankarna (a.a.). Patienterna tyckte att den vårdpersonal som var vänlig, humoristisk och behandlade dem som ”normala” människor och inte som ”en diagnos”, hade ett positivt inflyttande i upplevelsen av tvångsåtgärder (Bonner et al., 2002; Andreasson & Skärsäter, 2013; Larue et al, 2013; Larsen & Terkelsen, 2014). Patienterna berättade att personal som tagit sig tid att förklara varför de var tvungna att utföra vissa tvångsåtgärder upplevdes som mycket positivt (Bonner et al., 2002; Kontio et al., 2011). De uppskattade att få en kontaktperson att samtala med och reflektera över tiden som tvångsvårdad, för att kunna känna sig delaktiga och finna sätt att undvika tvångsåtgärder i framtiden (Bonner, 2002; Andreasson & Skärsäter, 2013). Däremot rapporterade vissa att det var svårt att samtala med personal som varit med vid fastspänningen (Bonner et al, 2002). De önskade istället att det fanns någon utomstående att få tala med (a.a.). Johansson och Lundman (2002) rapporterade att medpatienter kunde vara en tillgång genom att verka stödjande och underlätta sjukhusvistelsen för de tvångsintagna (Johansson & Lundman, 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna har valt att göra en allmän litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Metoden har i syfte att skapa en strukturerad översikt över befintlig kunskap inom det undersökta området (Friberg, 2012). Kvalitativ utgångspunkt är ett bra sätt att belysa patienternas subjektiva upplevelser (a.a).

Artikelsökningen genomfördes i tre olika sökdatabaser: *Cinahl*, *SwePub* och *Medline*, för att få en bredare mer syftes Anpassad sökning. Sökningar i SwePub gav inga resultat varför dessa inte inkluderades i sökmatrixen (Bilaga). Det är möjligt att fler relevanta artiklar har missats då tillgång saknades till databaser som *PubMed* och speciellt *PsychINFO*. Den senare är en bred databas som innefattar bland annat psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013).

Viktigt är att välja sökord som besvarar syftet i studien (Forsberg & Wengström, 2013). Sökorden skapades utifrån en av författarens befintliga kunskaper i engelska och översättning av svenska termer till engelska med hjälp av lexikon. Trots detta kan relevant material ha missats. I fritextsökning användes de booleska operatorerna AND och NOT för att begränsa resultat och uppnå en sökning som bättre besvarade studiens syfte. Cinahl headings (MM), eller ämnesord, är Cinahls alternativ till MeSH-termer och användes vid vissa sökningar för att uppnå så korrekt resultat som möjligt.

Vid genomgång av sökresultat exkluderades ett antal artiklar redan efter innehåll i titeln. Det är möjligt att en mer ingående granskning av samtliga abstract hade kunnat ge ytterligare resultat. Artiklar som till synes enbart handlade om patienters upplevelser av tvångsvård, men som inte innehöll tvångsåtgärder exkluderades. Likaså exkluderas artiklar som förmodades enbart behandla sjuksköterskors upplevelse av tvångsåtgärder. Det kan inte uteslutas att dessa artiklar kunnat innefatta text som berört patienters upplevelser av tvångsåtgärder. En av resultatartiklarna innehöll såväl kvantitativ som kvalitativ metod, varför enbart resultatet från den kvalitativa delen rapporterades. Genom att exkludera artiklar med kvantitativ ansats kan ytterligare information missats.

Artiklar som användes till resultatet var ”peer-reviewed” och etiskt godkända. Samtliga utvalda artiklar granskades enligt SBU:s (2013) kvalitetsgranskningsmall för att fastställa den vetenskapliga kvaliteten. En av artiklarna granskades gemensamt för att säkerställa att

analysen skedde på liknande sätt. Samtliga artiklar granskades individuellt därefter jämfördes resultaten. Nio artiklar bedömdes uppnå hög studiekvalitet, medan tre uppnådde medelhög, men dessa ansågs dock fortfarande vara relevanta för studien. Samtliga artiklar var författade på engelska vilket kunnat resultera i viss feltolkning och att information missats då ingen av författarna har engelska som modersmål. Svenskt-engelskt lexikon användes som stöd för att i största möjliga mån undvika feltolkningar.

Resultatartiklarna var alla publicerade åren 2000 – 2014. Forsberg och Wengström (2008) anser att artiklar är en färskvara och bör inte vara äldre än fem år. Sex av de utvalda artiklarna uppfyller inte detta krav, utan var publicerade mellan år 2000-2006. Litteratursökning med restriktivare årtal genomfördes med för få resultat. Följaktligen krävdes en bredare sökning för att få en överblick över ämnet.

De analyserade artiklarna var utförda i olika länder, som Norge, England och Kanada. Författarna är medvetna om att sjukvården skiljer sig åt i länderna, vilket kan innebära svårigheter att tillämpa resultatet i det svenska sjukvårdssystemet. Tre studier genomförda i Sverige uppvisade flera likheter med de övriga studierna och således ansågs resultaten från dessa studier även kunna tillämpas i svensk sjukvård. Henricson (2012) menar att överförbarheten i en litteraturstudie stärks om artiklar från olika länder inkluderas.

Vid analys av en allmän litteraturstudie ska forskarna försöka finna mönster, regelbundenheter eller kategorier i resultaten (Polit & Beck, 2013). De teman i denna studies resultatdel utgår från författarnas förståelse och förhållningssätt till resultatanalysen. Det finns således en viss risk för feltolkning vid skapandet av teman och uppdelning i de tre komponenterna i den teoretiska referensramen. För att motivera de utvalda temana valde författarna att sortera dem under Antonovskys (2005) tre komponenter med syfte att pröva relevans och den teoretiska referensramens giltighet. Författarna anser att Antonovsky belyser tre komponenter som är viktiga för patientens psykiska välmående och gav en överblick av patienters upplevelser av tvångsåtgärder. Komponenterna har fungerat som ett stöd genom hela resultatprocessen. Författarna anser att de med hjälp av dessa kunnat identifiera patientens subjektiva upplevelser och således kunnat reflektera över dem utifrån en teoretisk referensram.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården. Författarna anser att KASAMs komponenter är viktiga för patientens välmående och dennes förmåga att hantera de integritetskränkande och påfrestande situationer som tvångsvård kan innebära. Hur intakta dessa är har även stor betydelse för patientens förmåga att bemöta och återhämta sig från tvångsåtgärder och för framtida kontakter med sjukvården, vilket Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad (2007) diskuterar i sin studie om hur sjuksköterskor kan stärka patienters KASAM (a.a).

Föreliggande studier visade att patienter allmänt upplevde tvångsåtgärder som negativa och som väckte känslor hos patienterna som obehag, rädsla och förlorad autonomi. Det kunde återuppväcka minnen som var förknippade med trauman, till och med våldtäkt. Patienter rapporterade brist på information och förståelse om genomförda tvångsåtgärder, vilket i sin tur härleddes till brister i kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Patienterna hade en önskan om att få utnyttja sin medbestämmanderätt och kunna påverka tvångsåtgärderna. De efterlyste en bättre relation till vårdpersonalen. Även om tvångsåtgärder i största utsträckning var en negativ upplevelse så fanns det patienter som kunde förstå att det var för deras egen, personalens och medpatienternas bästa och säkert.

Resultatet i denna studie indikerar att kärnkompetenserna och utveckling av dessa torde öka patientens uppfattning av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, samt resultera i ett minskat behov av tvångsåtgärder. ”Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad” beskriver sex kärnkompetenser som kan användas för att tillgodose en god och säker vård och som föreslagits gälla alla yrkesgrupper inom vård och omsorg (Svensk sjuksköterskeförening (2014).

En av dessa kärnkompetenser är personcentrerad vård som innebär att patienten är expert på sin upplevelse, vardag och ska mötas som en medmänniska och jämlike. Det patientcentrerade synsättet bör kunna tillämpas som ett förbättringsområde inom psykiatrisk tvångsvård. Med förbättrad kommunikation mellan patienter och personal borde tillämpningen av tvångsåtgärder kunna undvikas visar flera av de ingående studierna (Meehan et al, 2000; Bonner et al, 2002; Johansson & Lundman, 2002; Kontio et al, 2010; Andreasson & Skärsäter, 2012).

Resultaten visar att patienter upplever tvångsåtgärder som övergrepp eller omotiverade åtgärder på ett sätt som skiljer sig från personalens och de beskriver det inte sällan som övergrepp eller omotiverat. Deras upplevelse ska ställas mot personalens uppfattning om att det ofta är nödvändigt och för patientens bästa. Frågan bör ställas om vem av dessa två grupper som har tolkningsföreträde i situationen med lagen i ryggen. Författarna och Svenska psykiatriska föreningen (2013) hävdar att en patient som vårdas mot sin vilja inte har förmåga att bedöma sitt vårdbehov, eftersom anledningen till att tvångsvården är just detta. O'Brien och Goldin (2003) utgick från att patienter med allvarlig psykisk störning per automatik inte kunde förmodas ha ett självbestämmande. Vidare påpekade de att generella argument om patientens sjukdom inte borde användas som motiv till tvång och varje enskild situation måste bedömas som unik. Deras utgångspunkt var att använda principen om minsta möjliga våld vid varje enskilt tillfälle (a.a.)

Att kommunicera är en stor del i den personcentrerade vården och ger patientens möjlighet att begripa situationer. Flertal av de analyserade studierna påvisade brister i kommunikationen. Resultatet i denna studie pekar på att en sjuksköterska kan genom att aktivt lyssna till patienten och informera om kommande och nödvändiga åtgärder, öka patientens upplevelse av delaktighet och framtida förtroende för vården. Sjuksköterskans etiska kod innefattar bland annat att sjuksköterskan ansvarar för att patienter får korrekt, tillräcklig och lämplig information, som grund för samtycke till vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförenings, 2014). Gilburt, Rose & Slade (2008) anser att kommunikation och tvång är sammankopplat. De fann att positiva erfarenheter av kommunikation mellan vårdpersonal och patient ledde till att patienten kände sig stöttad och omhändertagen. Däremot upplevdes kommunikation med underliggande toner av hot om tvång negativt (a.a.). Välfungerande kommunikation är således av betydelse för hur patienten förstår sig på vårdsituationen. Resultatet i denna studie visar att brister i kommunikation kan resultera i att patienten förlorar begripligheten och har svårt att finna meningsfullhet i omvårdnaden och att kommunikation är det främsta hjälpmedlet personalen har för att kunna skapa förtroende i den vårdande relationen.

Evidensbaserad vård är ytterligare kärnkompetens och här kan nämnas Bergenmodellen (Socialstyrelsen, 2013). Modellen har utvecklats för att säkerställa att fastspänning sker på ett säkert och tryggt sätt för patient och personal (a.a.). Syftet är att öka patientens känsla av kontroll vid tvångsåtgärder, något som efterfrågas av patienterna i studiens resultat, och torde

innebära en högre hanterbarhet för patienten. Metoder som denna ställer stora krav på sjuksköterskan i egenskap av arbetsledare för att informera patienten och teamet inför kommande åtgärder.

Under begreppet evidensbaserad vård ingår ökad kunskap baserad på forskningsresultat med syfte att utveckla vården genom till exempel aktiv medverkan från patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Behovet av utbildning i situationer där tvång används understryks av Kontio et al (2009), som menar att det är skillnad på skriftliga riktlinjer, allmänt rådande etiska värderingar och de situationer som uppstår i vardagen. Fem läkare och 22 sjuksköterskor intervjuades och kunde rapportera att utbildning och stöd till personal fick positiva effekter på situationer där tvångsåtgärder användes. Om personalen känner sig trygg och säker leder det till att patienterna får ökad förståelse och känner att sammanhanget är mer begripligt när tvång används (a.a.). Författarna anser att om de förbättringsförslag som patienterna uttryckt i resultaten kan implementeras torde detta höja patientens begriplighet, hanterbarhet och hjälpa till att finna mening i vården. Detta sammanfaller med Svensk sjuksköterskeförenings (2014) syn på evidensbaserad vård där kombinationen av sjuksköterskors erfarenhet och patientens förutsättning, önskemål och aktiva deltagande i vårdsituationen kan bidra till att omvårdnadsåtgärder tillämpas som bäst främjar patientens hälsa och livskvalitet (a.a.). Detta knyter även an till kärnkompetenserna i *Förbättringsförslag för kvalitetsutveckling*.

Projektet ”Bättre vård – mindre tvång” har som syfte att minska behovet tvångsåtgärder och att förbättra patientens upplevelse vid tvångsåtgärder (SKL, 2013). I de artiklar som granskats framgår att patienter anser att andra åtgärder skulle kunnat användas för att lugna situationer, till exempel att de istället för injektioner skulle erbjudas tabletter. Samtidigt bör hänsyn tas till hur väl personal kan bedöma patientens tillstånd, till exempel om en utåtagerande patient är farlig för sig själv eller andra på avdelningen till den grad att tvångsåtgärder krävs. Personalen kan bli stressade av en pressad situation och bidra till att förvärra situationen (Olofsson och Norberg, 2002). Vilket författarna anser torde förbättras genom ytterligare utbildning av vårdpersonal och är ett av de tre huvudområdena i ”Bättre vård – mindre tvång”.

Säker vård är en kärnkompetens med syfte att skydda patienten från skador vid vård och behandling. Fastspänning kan innebära risk för såväl fysisk som psykisk skada. I en studie utförd av Berzlanovich, Schöpfer & Kiel (2012) förekom ett dödsfall relaterat till

bältesläggning, där patienten ströps av en lös anordning i ett försök att ta sig loss. Studien beskriver 22 andra incidenter där patienter inte haft personal hos sig som resulterat i allvarliga vårdskador och dödsfall (a.a.). Liknande situationer får absolut inte förekomma och författarna anser att de skulle kunna undvikas genom säkrare vård och kompetensutveckling. Bergenmodellen är början för att säkerställa säkrare vård i syfte att undvika vårdskador vid tvångsåtgärder. Aktivt deltagande från vårdpersonalen torde kunna bidra till att vården säkras ytterligare till exempel genom att ingripa i situationer innan de eskalerar och resulterar i en tvångsåtgärd. Författarna anser att aktivare vårdpersonal kan bidra till patientens möjlighet att bättre hantera upplevelser av tvång.

Slutsats

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av tvångsåtgärder genom en allmän litteraturstudie. Det framkom att patienterna rapporterade att de ville bli informerade, förstådda och bemötta som medmänniskor med respekt och inte behöva känna sig ensamma och övergivna, vilket kunde väcka traumatiska minnen och leda till misstro mot sjukvården inför kommande behov. De ansåg att förbättrad kommunikation kunde innebära att tvångsåtgärden undvikits helt. Tvångsåtgärder och lidande kan lindras genom att personal utvecklar sitt aktiva lyssnande och kunskap att kunna ge adekvat information. Genom att använda Antonovskys tre komponenter; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* har författarna kopplat patientens rapporterade upplevelser av tvångsåtgärder till några av kärnkompetenserna som nämns i ”Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad” inom området förutom det etiska ansvaret, personcentrerad- och säker vård, och evidensbaserad omvårdnad.

Klinisk betydelse

Studien är relevant för sjuksköterskor, främst inom psykiatri, genom att tillföra en ökad förståelse för patientens upplevelser av tvångsåtgärder. Studien belyser genomgående att patientens känsla av sammanhang genom ökad begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan stärkas med god kommunikation. Med ett patientcentrerat synsätt finns incitament för förbättringsarbete vad gäller evidensbaserad, säker vård för patienter inom psykiatrisk tvångsvård. Ökad kunskap innebär ett förbättrat förhållningssätt och illustrerar de etiska aspekter som behöver beaktas vid bemötande av patienten och bidrar till en förbättrad omvårdnad för patienter som vårdas under tvång. För att ge god och säker vård och öka sin

professionella kompetens hoppas författarna att denna studie givit kunskap om vikten att möta alla patienter med lika respekt och förståelse oavsett vårdnivå.

Förslag på vidare forskning

Sökningar påvisar ett större omfång studier som syftar till att belysa vårdpersonalens upplevelser av tvångsåtgärder. Patienters upplevelser av vården är viktiga att följa och utvärdera kontinuerligt i förbättringssyfte, inte minst gällande tvångsåtgärder. Ett sätt kan vara via djupintervjuer som dock är tids- och personalkrävande. Ett annat kan vara att varje sjuksköterska i sin omvårdnadsepikris inför en utvärdering av patientens upplevelse av tvångsåtgärder. Utveckling av ett standardiserat instrument som kan ingå i journalen så att relevant data kan utvärderas. Det kan vara intressant ur ett genusperspektiv att finna eventuella skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser av tvångsåtgärder.

Författarnas insatser

Stora delar av studien har varit en gemensam insats. Dokument har delats via Google Drive för att möjliggöra ett gott arbetsflöde. Då någon av författarna fokuserat mer på en del har båda författarna diskuterat och reviderat texten tillsammans. Granskning av artiklar, analyser och kvalitetsgranskning skedde var för sig för att sedan diskuteras tills konsensus uppnåtts. GV har specifikt bidragit med abstract, tabeller och formatering.

REFERENSER

Artiklar som använts i resultatet är markerade med *

Adler, H. (2005). *Psykiatrins juridik 2005*. Stockholm: Juris.

* Andreasson, E., & Skärsäter I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och Kultur

* Baker, J. A., Lovell, K., Easton, K., & Harris, N. (2006). Service users' experiences of 'as needed' psychotropic medications in acute mental healthcare settings. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 354-362. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04016.x

Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W.(2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27-32. DOI:10.3238/arztebl.2012.0027

* Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>

Engelsk ordbok: engelsk-svensk / svensk-engelsk : [90 000 ord och fraser]. (1. uppl.) (2012). Stockholm: Norstedt.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.uppl.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

* Gagnon, M-P., Desmartis, M., Dipankui, M. T., Ganon, J., & St-Pierre, M. (2013). Alternatives to seclusion and restraint in psychiatry and in long-term care facilities for the elderly: Perspectives of service users and family members. *The Patient*, 6(4), 269-280. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-013-0023-2>

Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M.(2008).The importance of relationships in mental health care: qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92), 1-12. DOI:10.1186/1472-6963-8-92

* Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471-499) Lund: Studentlitteratur

* Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578. DOI: 10.1080/01612840490472101

* Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160. DOI: 10.1080/09638230802053326

* Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 639-647. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x>

Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic journal of psychiatry*, 63(6), 501-507. DOI: 10.3109/08039480903118208

* Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., Joffe, G. (2009). Nurses' and Physicians' Educational Needs in Seclusion and Restraint Practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 198-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00222.x>

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, *17*(1), 65-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009350140>

Langeland, E., Wahl, A., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, *28*(3), 275–295. DOI: 10.1080/0161284060117262

* Larsen, I-B., & Terkelsen, T-B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, *21*(4), 426-436. DOI: 10.1177/0969733013503601

* Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M-H., Bonin, J-P., & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*(5), 317-324. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>

* Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(2), 370-377. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>

Milton, A. (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration: etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen* *99*(11), 1214-1216. Hämtad från <http://sls.se/PageFiles/229/helsingfors.pdf>

O'Brien, A. J., & Golding, C. J. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(2), 167-173. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00571.

Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(1), 45-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x>

Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(1), 89-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>

Palmstierna, T., Björkdahl, A., & Pollack, C. (2009). *Våld mot personal i psykiatrisk vård: Utvärdering av ett systematiskt införande av ett våldsförebyggande utbildningsprogram i*

psykiatrisk vård. Stockholm: Karolinska Institutet. Från
<https://www.suntliv.nu/forskning/forskningsprojekt/?diarienr=070152>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkens

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslag*. Hämtad 16 december, 2014, från Riksdagen,
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 16 december, 2014, från Riksdagen,
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/

SFS 1991:1472. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Hämtad 16 december, 2014, från Riksdagen,
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-rattpsykia_sfs-1991-1129/

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 23 januari, 2015, från Riksdagen,
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Bättre vård mindre tvång 7.2.1. utvecklingsarbete i den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från
<http://skl.se/download/18.375fc90414642bd5f8a591a7/1402561844265/Rapport+BVMT+2013.pdf>

Socialstyrelsen. (2008). *Tvångsvården 2008 - Sammanställning från inventeringen den 6e maj 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8785/2008-126-40_200812640_rev.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)*. Västerås: Edita västra Aros AB. Från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Bättre vård – mindre tvång?*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19264/2013-11-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Statistik om psykiatrisk tvångsvård – enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), år 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-psykiatrisk-tvangsvard-enligt-lpt-2013.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: SBU.

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård: kliniska riktlinjer för vård och behandling*. (1.uppl.) Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen (SPF).

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Etiska koder för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014) *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kvalitet-publikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>

Vårdförbundet.(2012). *Vårdförbundets utbildningspolitiska ide* [Broschyr]. Stockholm: Vårdförbundet. Från https://vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyrrer/Vardforbundets_utbildningspolitiska_ide_1203.pdf

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Office. Från http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2., [rev.]uppl., s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA

Bilaga 1. Artikelmatris beskrivande de 12 utvalda artiklar som redovisats i resultatet.

Nr	Författare/år/titel/tidskrift/land	Syfte	Metod	Resultat
1	Larsen, I-B., & Terkelsen, T-B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. <i>Nursing Ethics</i> , 21(4), 426-436. Norway.	Hur patienter och personal uppfattade tvång på en norsk låst psykiatrisk avdelning.	Design: Kvalitativ Deltagare: 12 patienter (3 kvinnor, 9 män) 22 vårdpersonal (8 kvinnor, 14 män) Datainsamlingsmetod: Etnografisk fältstudie Dataanalysmetod: Fenomenologisk analysmetod Bedömd kvalitet: Hög	Deltagarna upplevde tvång på olika sätt. Patienterna kände sig ofta mindre värda, medan många av personalen kände skuld känslor efter tvångsåtgärder.
2	Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 9(6), 639-647. Sweden.	Införskaffa en djupare förståelse för patienter som vårdades under tvång.	Design: Kvalitativ Deltagare: 5 patienter (3 kvinnor, 2 män) Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerade intervjuer Dataanalysmetod: Fenomenologisk analysmetod Bedömd kvalitet: Medelhög	Studien fann att patienter inte kände sig sedda eller hörda. De upplevde att de blivit kränkta och frihetsberövade. Det fanns dock upplevelser som beskrev respekt och ömhet mellan personal och patienter.
3	Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M-H., Bonin, J-P., & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 34(5), 317-324. Canada.	Att förstå hur patienter upplevde fasthållning och isolering.	Design: Blandade metoder – kvalitativ och kvantitativ Deltagare: 50 patienter (19 kvinnor, 31 män) Datainsamlingsmetod: Strukturerade intervjuer Dataanalysmetod: Deskriptiv innehållsanalys Bedömd kvalitet: Hög	Resultatet påvisade patienters synsätt på fasthållning och isolering var väldigt nyanserat. Vissa upplevde det som en hjälpande åtgärd, medan andra raka motsatsen. Gemensamt tyckte dock alla patienter att de saknade uppföljning efter tvångsåtgärder.
4	Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients'	Undersöka patienternas upplevelse av isolering och fastspänning, samt eventuella förbättringar eller alternativ	Design: Kvalitativ Deltagare: 30 patienter (11 kvinnor, 19 män)	Patienter upplevde att de inte fick tillräckligt med uppmärksamhet under isolering och fasthållning. Även känslor av rädsla, ilska och

	experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 48(1), 16-24. Finland.		Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Induktiv innehållsanalys Bedömd kvalitet: Hög	ensamhet efter tvångsåtgärder. Vissa patienter upplevde dock att det fanns något positivt att hämta från erfarenheten. Patienterna föreslog ett flertal förbättringsalternativ.
5	Holmes, D., Kennedy, S.L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 25(6), 559-578. Canada.	Ge ökad förståelse för patienter med en allvarlig psykisk sjukdom som under sin vårdtid blivit isolerad på en psykiatrisk avdelning.	Design: Kvalitativ Deltagare: 6 patienter Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Fenomenologisk innehållsanalys Bedömd kvalitet: Hög	Patienter upplevde bland annat rädsla, ilska och skam under isolering. De uttryckte att de inte fick den vård de behövde. Den största faktorn till negativa känslor var bristen på kontakt med sjuksköterskor under och efter isoleringen.
6	Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 9(4), 465-473. United Kingdom.	Införskaffa information från patienter och personal gällande vad som var hjälpsamt/inte hjälpsamt under och efter fasthållning.	Design: Kvalitativ Deltagare: 6 patienter, 12 vårdpersonal Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Tematisk innehållsanalys Bedömd kvalitet: Medelhög	Fasthållning skapade starka känslor för alla inblandade. Patienterna upplevde att de kände sig upprörda och ignorerade innan fasthållning. Flera patienter och även personal uppgav att fasthållning väckte gamla traumatiska minnen.
7	Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 10(1), 65-72. Sweden.	Belysa både patienter och sjuksköterskors upplevelse av tvångsmedicinering.	Design: Kvalitativ Deltagare: 11 patienter Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Fenomenologisk analysmetod Bedömd kvalitet: Hög	Patienterna kände sig kränkta. De upplevde dålig kommunikation med vårdpersonal, illa fungerande rutiner och förlust av sin autonomi.
8	Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. <i>Journal of Mental Health</i> , 18(2), 152-160.	Undersöka patienters upplevelser av effekterna av ofrivillig slutenvård på jaget, relationer och återhämtning.	Design: Kvalitativ Deltagare: 12 patienter (7 kvinnor, 5 män) Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju	Deltagarna rapporterade varierande upplevelser av tvångsvård. Deras syn på jaget var relaterat till erfarenheter och relationer med vårdpersonal. Negativa erfarenheter

	United Kingdom.		Dataanalysmetod: Tematisk innehållsanalys Bedömd kvalitet: Medelhög	av medicinering sågs som ett hinder för återhämtning.
9	Baker, J. A., Lovell, K., Easton, K., & Harris, N. (2006). Service users' experiences of 'as needed' psychotropic medications in acute mental healthcare settings. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 56(4), 354-362. United Kingdom.	Utforska patienters synsätt och erfarenheter av administrering av "vid behovs" psyko-farmakologisk medicinering inom psykiatrisk akutvård.	Design: Kvalitativ Deltagare: 25 patienter Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Tematisk innehållsanalys Bedömd kvalitet: Hög	Patienterna betonade värdet av "vid behovs" medicinering men upplevde att användandet av dessa var förvirrande och stigmatiserande. Patienterna hade bristande förståelse för alternativa behandlingar och fann inget stöd när de själva försökte hitta alternativ. Slutligen framkom det kan finnas problem gällande makt och kontroll inom akutpsykiatrisk vård.
10	Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 31(2), 370-377. Australia.	Redovisa patienters upplevelse av isolering på en psykiatrisk avdelning i Australien.	Design: Kvalitativ Deltagare: 12 patienter (7 män, 5 kvinnor) Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Fenomenologisk analysmetod Bedömd kvalitet: Hög	Studien fann att största delen av patienterna upplevde isolering som något negativt och skrämmande. Författarna beskriver ett utökat behov av att tillgodo se patienterna med bättre information och tätare kontakt, både under och efter isolering. Vilket bör hjälpa både patienter och personal att förstå och ge dom någon form utav mening med isolering.
11	Gagnon, M-P., Desmartis, M., Dipankui, M. T., Ganon, J., & St-Pierre, M. (2013). Alternatives to seclusion and restraint in psychiatry and in long-term care facilities for the elderly: Perspectives of service users and family members. <i>The Patient</i> , 6(4), 269-280. Canada.	Utforska patienter och deras anhörigas syn och förslag till isolering och fasthållning.	Design: Kvalitativ Deltagare: 40 patienter Datainsamlingsmetod: Fokusgrupper Dataanalysmetod: Tematisk innehållsanalys Bedömd kvalitet: Hög	Deltagarna uttryckte vikten av att kommunicera med patienter i syfte att minska tvångsåtgärder. Patienterna föreslog att personal som inte var vårdgivare skulle kunna vara bättre involverade, till exempel kontaktpersoner.

12	<p>Andreasson, E., & Skärsäter I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 19(1), 15-22.</p> <p>Sweden.</p>	<p>Beskriva patienters uppfattningar och upplevelser av tvångsåtgärder.</p>	<p>Design: Kvalitativ Deltagare: 12 patienter (5 kvinnor, 7 män) Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerad intervju Dataanalysmetod: Fenomenologisk innehållsanalys. Bedömd kvalitet: Hög</p>	<p>Studien påvisar vikten av att förebygga trauma vid tvångsåtgärder. Patienterna upplevde att vissa åtgärder kunde vara positiva om de blev informerad om varför de behövdes utföras och om gjordes med god omvårdnad. Genom att få vara mer delaktig i sin omvårdnad kände patienterna sig respekterade av vårdpersonal.</p>
----	---	---	---	--