Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet 60 hp
Examinerat och godkänt: 2025-06-05

Komplexiteten i den etiska kompassen

Sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder

The Complexity of the Ethical Compass

Nurses' Experiences of Performing Coercive Measures

Författare: Denise Génetay Herminge

Handledare: Johanna Salberg, Lektor

Examinerande lärare: Leah Emegwa Okenwa, med. dr., högskolelektor, docent

Röda Korsets Högskola
Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: när patienter är med om tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård är det komplext och innebär många gånger ett stort lidande. Tvångsåtgärder används inom alla psykiatriska heldygnsvårdavdelningar och har utöver lidande för patienten visat sig påverka den vårdpersonal som utför åtgärderna. Några huvudområden för specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård är att värna om patientens autonomi, integritet och att inte skada vilket står i direkt konflikt med de kränkningar av mänskliga rättigheter som det många gånger innebär att utföra tvångsåtgärder.

Syfte: att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård.

Metod: semistrukturerad intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: resultatet av studien visar att sjuksköterskor upplever blandade känslor i samband med utförandet av tvångsåtgärder. Tre huvudkategorier identifierades: 'mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd', 'att kommunicera i komplexa situationer' samt 'etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder'. Sjuksköterskorna upplevde att utförandet av tvångsåtgärder var en naturlig del av den psykiatriska tvångsvården men att det för dem endast var ett godtagbart alternativ när man provat allt annat.

Slutsats: sjuksköterskorna har ett pragmatiskt förhållningssätt till att utföra tvångsåtgärder. De strävar efter att få vara delaktiga i beslutsprocessen gällande tvångsåtgärder och har inga direkta problem att utföra dem när de själva bedömer det nödvändigt. Det är av yttersta vikt för sjuksköterskorna att samtliga omvårdnadsalternativ bedömts otillräckliga innan det blir aktuellt med tvångsåtgärder.

Nyckelord: Autonomi; Integritet; Psykiatrisk tvångsvård; Tvångsåtgärder; Sjuksköterska

ABSTRACT

Background: when patients are subjected to coercive measures during psychiatric compulsory care, it's highly complex and often entails significant suffering. Coercive measures are used in all psychiatric inpatient wards and have, besides suffering for the patient, been shown to effect healthcare professionals. As a Nurse Specialist in Mental Health Care, some of the primary responsibilities include to safeguard the patient's autonomy and integrity, and to commit to do no harm, which stands in direct conflict with the violation of human rights that coercive measures often entail.

Aim: to describe nurses' experiences of performing coercive measures in psychiatric inpatient care.

Method: semi-structured interviews with qualitative content analysis.

Results: the results of the study show that nurses experience mixed feelings within the execution of coercive measures. Three main categories were identified: 'between professional role and emotional resistance', 'communicating in complex situations' and 'ethical considerations before, during and after coercive measures'. Nurses felt that the execution of coercive measures was a natural part of compulsory psychiatric care, but that for them, it was only perceived as an acceptable alternative when everything else had been tried.

Conclusion: nurses have a pragmatic approach to performing coercive measures. They strive to be involved in the decision-making process regarding coercive measures and have no direct problems carrying them out when they themselves deem it necessary. It is of the utmost importance for nurses that all nursing alternatives are assessed as insufficient before coercive measures become relevant.

Keywords: Coercion; Involuntary Treatment, Psychiatric; Nurses; Personal Autonomy; Privacy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1

BAKGRUND 2

Vad är psykisk ohälsa? 2

Vad innebär psykiatrisk tvångsvård? 2

Att vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård inom heldygnsvård 3

Att vara närstående till någon som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård 4

Omvårdnad vid psykiatrisk tvångsvård 4

Teoretisk referensram och bärande begrepp 5

Problemformulering 6

SYFTE 7

METOD 8

Design 8

Urval 8

Datainsamling 9

Dataanalys 9

Etiska aspekter 10

RESULTAT 12

Mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd 12

Ett nödvändigt ont 12

Det man bär med sig 13

Att kommunicera i komplexa situationer 14

Behovet av att kommunicera med kollegor 14

Vikten av att informera patienterna och göra dem delaktiga under vårdtiden 16

Etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder 17

Vikten av att bevara patientens integritet 17

En oundviklig maktobalans 18

DISKUSSION 20

Metoddiskussion 20

Resultatdiskussion 22

SLUTSATSER 25

REFERENSER 27

BILAGOR

BILAGA 1: Utskick inför deltagande

BILAGA 2: Informationsbrev

BILAGA 3: Samtyckesformulär

BILAGA 4: Intervjuguide introduktion och bakgrundsfrågor

BILAGA 5: Intervjuguide

BILAGA 6: Utdrag ur intervjustranskript

BILAGA 7: Exempel på innehållsanalys

INTRODUKTION

Psykisk ohälsa är en vanlig företeelse som drabbar de flesta någon gång i livet, antingen direkt eller genom någon närstående (Folkhälsomyndigheten, 2022). Orsakerna till att en person drabbas av psykisk ohälsa är komplexa och Firth et al. (2020) beskriver att bidragande faktorer kan vara sociala, biologiska och psykologiska. Under 2000-talet har psykisk ohälsa och behovet av att vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård ökat både globalt och i Sverige, både bland barn och vuxna (Sheridan Rains et al., 2019; Socialstyrelsen, 2022; Folkhälsomyndigheten, 2024). När en person behöver vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård kan det vara frivilligt eller med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (Lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT], SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §). Att vårdas med stöd av LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) innebär att man vårdas mot sin vilja. Personen i fråga bedöms då vara i så stort behov av vård som den själv av någon anledning motsätter sig, att sjukvården får ta över dennes rätt att bestämma för sig själv (Socialstyrelsen, 2025).

När en person behöver vårdas enligt LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) ska det anses vara det sista alternativet (Socialstyrelsen, 2023). Psykiatrisk tvångsvård kan bedrivas både inom öppen- och heldygnsvård, men det är endast inom heldygnsvård som tvångsåtgärder får användas (Socialstyrelsen, 2025). Vid tvångsvård inom heldygnsvård är det vanligt att patienten utsätts för tvångsåtgärder, exempelvis avskiljning, tvångsmedicinering eller fastspänning (Gerle et al., 2018). Trots hårda regleringar avseende tvångsåtgärder upplever patienter fortfarande stort lidande och kränkningar kopplat till att utsättas för tvångsåtgärder (Gerle et al., 2018; Tingleff et al., 2017). Historiskt har psykiatrisk tvångsvård präglats av bristande respekt för patientens värdighet och forskning visar att det fortfarande förekommer (Durns, 202; Gerle et al., 2018; Maiese et al., 2019).

När en patient utsätts för tvångsåtgärder utmanas centrala principer för god omvårdnad, som att värna om patientens autonomi och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Det är inte klarlagt vilka långsiktiga konsekvenser detta skapar för patienten (Socialstyrelsen, 2023). Silva et al. (2023) beskriver att patienter upplever negativa känslor kopplade till kontrollförlusten och maktlösheten det innebär att utsättas för tvångsåtgärder. Forskning visar att patienter som utsätts för tvångsåtgärder generellt upplever en försämrad vårdupplevelse men att de gånger patienter är involverade i sin vård och beslutsfattande har lättare att acceptera tvångsåtgärder (Morandi et al., 2024).

Etisk medvetenhet och kompetens är centralt inom psykiatrisk tvångsvård vilket ställer höga krav på vårdpersonal (Manderius et al., 2023). Sjuksköterskan har en unik roll i relation till patienten och är många gånger dess förespråkare gentemot både närstående och övrig vårdpersonal (Sugiura et al., 2020). Sjuksköterskan bär det huvudsakliga omvårdnadsansvaret och ska i sin vård alltid utgå från mänskliga rättigheter och personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Författaren till den här studien har arbetat inom psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga och utfört tvångsåtgärder då det bedömts nödvändigt. Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård, oavsett ålder eller diagnos på patientgruppen, skulle kunna bidra till en djupare förståelse för sjuksköterskans roll vars fokus är patientcentrerad vård med omvårdnad i centrum.

BAKGRUND

Vad är psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa är ett brett samlingsbegrepp på en mängd olika mentala hälsoproblem (Folkhälsomyndigheten, 2022). Begreppet innefattar lindriga besvär som nedstämdhet, sömnsvårigheter och oro, men också mer allvarliga tillstånd som personlighetssyndrom, svår tvångsmässighet och psykossjukdomar (Socialstyrelsen, 2024). När en person drabbas av lindrig psykisk ohälsa är det vanligtvis så att symtomen inte kräver specialistvård, utan går i regress spontant och personen blir fullt återhämtad. När en person däremot drabbas av svårare psykisk ohälsa kan det påverka personens hela sätt att fungera och man kan uppfylla kriterier för ett psykiatriskt tillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2024). Personen kan till exempel få svårt att hantera sin vardag, isolera sig eller får svårt med känsloreglering och bli utåtagerande (Folkhälsomyndigheten, 2022; Socialstyrelsen, 2024). När personer söker vård för sin psykiska ohälsa finns det olika kriterier som behöver uppfyllas för att diagnos ska kunna ställas, detta för att säkerställa jämlik vård och att inte diagnoser ställs utan gedigen informationsinhämtning över symtom. Den ena manualen som finns för diagnostiska kriterier är framtagen av American Psychiatric Association och heter Manual of Mental Disorders. För närvarande används version fem och kallas förkortat DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Både lindrig och svår psykisk ohälsa ökar globalt och världshälsoorganisationen (World Health Organization [WHO], 2022) uppskattar att en miljard människor världen över lever med en diagnostiserad psykisk störning. Global statistik från 2024 visar att mer än 720 000 människor dör i suicid till följd av sin psykiska ohälsa varje år (WHO, 2024). I Sverige har andelen med psykisk ohälsa ökat under 2000-talet och enligt statistik från 2024 lider cirka 16% av befolkningen mellan 16–84 år av psykiska besvär av varierande grad (Folkhälsomyndigheten, 2024). En ökning har också noterats under 2000-talet av personer som får psykiatrisk vård i Sverige, både avseende läkarbesök och utskrivna läkemedel (Folkhälsomyndigheten, 2024).

Vad innebär psykiatrisk tvångsvård?

Tvångsvård förekommer i varierande grad över hela världen och är olika reglerat i olika länder men flera studier visar att lidandet som tvångsvård och tvångsåtgärder innebär för patienter är universellt (Gerle et al., 2018; McGuiness et al., 2018; Silva et al., 2023). Sheridan Rains et al. (2019) visar på stora skillnader i hur tvångsvård bedrivs internationellt i en komparativ studie. Studien var omfattande och inkluderade 22 europeiska länder samt Australien och Nya Zeeland men fann inte varför den psykiatriska tvångsvården ser så olika ut internationellt. Studien fann däremot korrelation mellan högre andel tvångsvårdade patienter och rika länder med många psykiatriska vårdplatser (Sheridan Rains et al., 2019). Att vårdas genom tvång i Sverige går emot grundlagsskyddade rättigheter och därför är det hårt reglerat genom lagstiftning vad som får hända inom ramen för tvångsvård (SFS 1991:1128, 1 kap, 18–23 §; Socialstyrelsen, 2023; Svenska Psykiatriska Föreningen, [SPF], 2013).

För att en person ska kunna vårdas med stöd av LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) i Sverige krävs att flera kriterier är uppfyllda. Dessa kriterier är att personen anses ha en allvarlig psykisk störning, det bedöms att personen är i behov av att vårdas dygnet runt på en psykiatrisk avdelning samt motsätter sig erbjuden vård. Utöver dessa kriterier behöver två av varandra oberoende läkare, varav en specialistläkare inom psykiatri, vid två olika tillfällen bedöma att patienten har ett oundgängligt behov av tvångsvården (SFS 1991:1128, 1 kap, 3–6 §). Tvångsvården bör ses som det sista alternativet när alla andra alternativ är uttömda och det bör eftersträvas att den ska pågå så kort tid som möjligt, dock högst i fyra veckor inledningsvis. Vården kan förlängas upp till fyra månader om det finns

särskilda skäl, men då behöver det prövas i förvaltningsrätten och patienten har då rätt till juridiskt ombud (Socialstyrelsen, 2023; SPF, 2013).

När en patient vårdas med LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) innebär det att denne också kan utsättas för tvångsåtgärder om en specialistläkare inom psykiatri bedömer det nödvändigt (SFS 1991:1128, 1 kap, 18–23 §). Tvångsåtgärder kan vara fasthållning, fastspänning, avskiljning, tvångsmedicinering per os eller genom intramuskulär injektion, sondmatning och inskränkning av elektronisk utrustning (Socialstyrelsen, 2023). Generellt upplevs samtliga av dessa åtgärder som integritetskränkande och psykiskt påfrestande för patienten (Tingleff et al., 2017). När tvångsåtgärder utförts finns det reglemente som vårdpersonal behöver förhålla sig till, detta för att säkerställa rättssäkerhet och minimera risken för missförstånd. Reglementet säger att åtgärderna ska dokumenteras skyndsamt, tvånget ska avvecklas så snart det är möjligt och uppföljningssamtal ska erbjudas inom skälig tid (Socialstyrelsen, 2023; SPF, 2013).

Att vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård inom heldygnsvård

Graden av hur stora besvär en person har av sin psykiska ohälsa varierar kraftigt och vanligtvis genomgår alla människor mer eller mindre psykiska påfrestningar genom livet. När en person har lindriga besvär går de oftast över av sig självt eller med hjälp av närstående och/eller livsstilsförändringar. Ibland kan lindriga besvär övergå till mer allvarlig karaktär som inkräktar på personens vardagsliv. Forskning visar att personer som har tillräcklig förståelse för sin situation och söker hjälp tidigt för sina problem har större chans att få tillbaka högre grad av funktionalitet (Hickie et al., 2019).

Att kunna urskilja att ens symtom blivit för svåra att hantera vid allvarlig psykisk ohälsa är dock inte självklart. Vid psykossjukdomar, maniska skov, svår depression, allvarlig Anorexia Nervosa eller vid hög suicidrisk kan det vara en del av symtombilden att patienten inte kan, eller vill, få den vård den behöver. I de fallen kan det bli aktuellt med sluten psykiatrisk tvångsvård för att säkerställa att patienten inte utgör en fara för sig själv eller andra (Socialstyrelsen, 2025). Sluten vård, eller heldygnsvård, innebär vård som pågår dygnet runt på en avdelning och kan vara både frivillig och med tvång (Socialstyrelsen, 2025). Som grund är psykiatrisk tvångsvård på en heldygnsvårdavdelning tänkt att skydda personer med allvarlig psykisk störning där det är förväntat att de inte är kapabla att fatta beslut som är i deras eget bästa intresse. När en patient vårdas med stöd av LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) så vårdas denne i första hand med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30, 3 kap, 1–2 §) där LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) utgör vissa undantag från HSL (SFS 2017:30, 3 kap, 1–2 §). Undantagen med tvångsvård innebär frihetsberövande och många gånger även kränkningar av både autonomi och integritet för patienten (Tingleff et al., 2017).

I Sverige kan både vuxna och barn vårdas enligt LPT (SFS 1991:1128, 1 kap, 2–9 §) på en heldygnsvårdsavdelning och det är endast inom psykiatrisk heldygnsvård som det förekommer tvångsåtgärder (Socialstyrelsen, 2023). Det finns inga skillnader i vilka tvångsåtgärder som får utföras på barn respektive vuxna, däremot är det olika tidsbegränsningar som gäller. År 2020 trädde en lagändring i kraft som gjorde särregleringar inom tvångsvård för barn och ungdomar under 18 år avseende fastspänning, avskiljning och inskränkning av elektronisk utrustning (Socialstyrelsen, 2021). Vid fastspänning av barn får det vara en timme i taget och för vuxna gäller fyra timmar i taget. För avskiljning gäller två timmar för barn och åtta timmar för vuxna. När beslut om inskränkning av elektronisk utrustning är aktuellt gäller det max en vecka för barn och två månader för vuxna. Särregleringen syftar till att minska tvångsåtgärder och förbättra för barn inom psykiatrisk

heldygnsvård genom att stärka deras rättigheter. Socialstyrelsen (2021) skriver också att när ett barn utsatts för fastspänning, avskiljning eller inskränkning av elektronisk utrustning tre gånger under ett vårdtillfälle måste chefsöverläkare meddela inspektionen för vård och omsorg (IVO).

När en person som vårdats med tvång på en heldygnsvårdsavdelning har stabiliserats är det av yttersta vikt att tvångsvården upphör då psykiatrisk vård, precis som all annan vård, bör bygga på frivillighet och delaktighet (Socialstyrelsen, 2023). En kartläggning från Socialstyrelsen (2023) visar att patienter som vårdats med tvång och sedan skrivits ut ur den psykiatriska heldygnsvården har ett omfattande behov av stöd från vården och löper högre risk för suicid jämfört med övrig befolkning.

Att vara närstående till någon som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård

Chronister et al. (2015) beskriver att när en person *ska* vårdas, *vårdas*, eller *har* vårdats med tvång inom psykiatrisk heldygnsvård har närstående en betydande roll för personens återhämtning. Närstående kan inför tvångsvård bidra med viktig bakgrundshistoria och information om personen som ska vårdas. Närstående kan också vara behjälpliga under tvångsvården genom att vara delaktiga i beslut rörande patienten och stötta inför utskrivning. Socialstyrelsens kartläggning (2023) visar att patienter efter tvångsvård behöver stort stöd och flertalet studier visar att just närstående är en viktig källa till stöd för personer som tvångsvårdats (Cree et al., 2015; Førde et al., 2016). Närstående har en unik roll i hur väl en person kan återanpassas till ett normalt liv efter avslutad tvångsvård (Stuart et al., 2020).

Närståendes roll relaterat till personer som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård är dock inte helt enkel att navigera i. Forskning visar att närstående till personer som tvångsvårdas upplever motstridiga känslor inför tvångsvården (Førde et al., 2016; Norvoll et al., 2018). Norvoll et al. (2018) har beskrivit att närstående upplevde emotionell belastning och stor oro när deras anhöriga uppvisade aggressivt beteende, ökad självskada, svält eller hotade om suicid vilket kunde leda till att närstående initierade en kontakt med psykiatrin som sedan ledde till tvångsinläggning. En studie från 2016 visar att närstående upplevde ilska och sorg över sin egen livssituation när deras anhöriga försämrades i sin psykiska hälsa och blev lättade när den anhöriga blev inlagd med tvångsvård (Førde et al., 2016).

Vidare visar flera studier att närstående kämpar med känslor av skuld och skam när de har en anhörig som tvångsvårdas och har ett stort behov av en välfungerande, stöttande kommunikation och relation med vårdpersonalen (Cree et al., 2015; Norvoll et al., 2018). Cree et al. (2015) beskriver att närstående, trots sina skuldkänslor kunde känna förtroende för vården när kommunikationen med vårdpersonalen fungerade men att de i de fall kommunikationen var otillräcklig kände sig otrygga vilket ledde till ett sämre samarbete.

Omvårdnad vid psykiatrisk tvångsvård

Som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård har man en unik och komplex roll i relation till såväl patient och närstående som till övrig vårdpersonal inom psykiatrisk tvångsvård (Manderius et al., 2023; Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Specialistsjuksköterskan har ett brett ansvarsområde med expertis inom både omvårdnad och medicin och behöver alltid utgå från etiska aspekter av tvångsvården. Specialistsjuksköterskan behöver ha flera perspektiv med sig i sitt arbete givet sina ansvarsområden. Specialistsjuksköterskan behöver se till patientens välbefinnande genom god omvårdnad. Detta innefattar att skapa en trygg vårdmiljö, bemöta med respekt samt hjälpa patienten att förstå sin situation och uppmuntra till frivillighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Manderius et al. (2023) beskriver att specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård behöver kunna utföra och leda tvångsåtgärder när överläkare inom psykiatri bedömt det som nödvändigt, men hen

behöver också hantera etiska dilemman och kunna argumentera för patientens räkning genom att arbeta preventivt för att så långt det är möjligt undvika tvångsåtgärder. Inför, under och efter tvångsåtgärder behöver sjuksköterskan också kunna agera stöd till såväl patient och närstående, som till övriga i teamet. De gånger tvångsåtgärder utförts ställs höga krav på sjuksköterskans förmåga att hantera dokumentation och journalföring på ett korrekt sätt för att säkerställa att patientens rättigheter tagits i beaktande (Socialstyrelsen, 2023).

Den etiska aspekten inom psykiatrisk tvångsvård är central, till stor del för att vården per automatik innebär att patienten förlorar sin rätt till självbestämmande (Chieze et al., 2021). Etik som begrepp innebär reflektion av värderingar och handlingar, att ständigt fråga varför något görs på ett visst sätt. Inom psykiatrisk tvångsvård kan etik handla om att balansera patientens rätt till självbestämmande med behovet av vård som patienten själv inte uppfattar att den har (Manderius et al., 2023).

Inom psykiatrisk tvångsvård förekommer utöver tvångsåtgärder även informellt tvång (Andersson et al., 2020). Informellt tvång är inte reglerat genom LPT och innebär en gråzon mellan vad som är etiskt försvarbart och inte. Informellt tvång kan innebära att vårdpersonal övertalar patienter att ta emot medicin eller att följa något i vårdplanen som patienten egentligen inte vill göra. Andersson et al. (2020) beskriver att detta informella tvång går emot sjuksköterskans värderingar och skadar relationen mellan patienten och sjuksköterskan.

Teoretisk referensram och bärande begrepp

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor har tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening tagit fram en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Kompetensbeskrivningen beskriver att specialistsjuksköterskan som omvårdnadsansvarig ska arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt med patientens återhämtande i centrum. Vidare beskrivs att specialistsjuksköterskan ansvarar för att den psykiatriska omvårdnaden är av god kvalitet samt genomförs på ett tillfredställande sätt utifrån både patient- och närståendeperspektiv. Författaren till denna studie har valt ut följande bärande begrepp för studien: integritet och terapeutisk allians.

Integritet innebär att alla människor har rätt till sitt eget jag, att inte kränkas av andra och att bli behandlade med respekt (Sastrawan et al., 2018). Att värna om patientens integritet inom psykiatrisk tvångsvård i allmänhet och inom utförandet av tvångsåtgärder i synnerhet, är ett mycket komplext område (Manderius et al., 2023; Svensk sjuksköterskeförening, 2024). När tvångsåtgärder utförs kommer patientens integritet att kränkas, det är oundvikligt givet handlingens karaktär. Sjuksköterskans ansvar blir att så långt det är möjligt ha patientens integritet i åtanke under hela processen; före, under och efter tvångsåtgärden (Socialstyrelsen, 2023).

Terapeutisk allians är ett begrepp som används inom psykiatrisk vård för att beskriva värdet av tilliten i relationen som kan skapas mellan den som vårdar och den som vårdas (Wangel et al., 2024). Terapeutisk allians är ofta beskrivet som relationen mellan patient och terapeut, men Gabrielsson et al. (2020) beskriver den terapeutiska alliansen inom omvårdnad som att själva relationen mellan sjuksköterskan och patienten är det terapeutiska. Terapeutisk allians är avgörande för att patienter som vårdas under tvång ska kunna känna tillit till vården och många patienter går i slutändan ”frivilligt” med på olika tvångsåtgärder vilket skulle kunna vara relaterat till terapeutisk allians och tillit (Støre Brinchmann et al., 2024).

Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård förväntas ha förmåga att värna om patientens rättigheter, så som självbestämmande och integritet. Specialistsjuksköterskan ska anpassa vården

utifrån varje individ och situation, skapa en tillitsfull relation med patienten och minimera risken för att vården i sig ska utgöra ett trauma (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Specialistsjuksköterskan ska arbeta preventivt för att minska utförandet av tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård, parallellt med att i ansvarsområdet vara den som leder och utför tvångsåtgärder. Specialistsjuksköterskans kompetens och förmåga ställs på sin spets när det gäller att skapa en terapeutisk allians med patienten och ha dennes integritet i åtanke, och samtidigt vara den som utför potentiellt traumatiserande tvångsåtgärder (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Problemformulering

Tvångsvård inom psykiatrisk heldygnsvård kan vara aktuell för både barn och vuxna som är svårt psykiskt sjuka och motsätter sig att få vård. När en person vårdas med tvång inom heldygnsvård kan tvångsåtgärder användas om det bedöms nödvändigt för att säkerställa att patienten får den vård som den behöver. Det pågår en ständig diskussion om tvångsåtgärder är ett etiskt korrekt alternativ när en patient vårdas inom psykiatrisk tvångsvård. Forskning visar att tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård riskerar att skada relationen mellan patient och sjuksköterska. När en patient är inlagd på en psykiatrisk heldygnsavdelning är patienten redan i ett skört och utsatt läge och tvångsåtgärder riskerar att traumatisera patienten och försämra den psykiska hälsan ytterligare. Baserat på en genomgång av publicerad forskning som belyser patientens perspektiv, framkommer det att patienternas önskemål är alternativ till tvångsåtgärder som värnar deras integritet och autonomi. Socialstyrelsen har gjort en kartläggning som efterfrågar hur samhället kan arbeta mer preventivt för att främja personers psykiska välmående och hur det i sin tur skulle kunna leda till både färre tvångsåtgärder och alternativ till tvångsåtgärder.

För att öka kunskapen om omvårdnaden kring tvångsåtgärder anser författaren till den här studien att det vore värdefullt att vidare undersöka sjuksköterskans upplevelser för att få perspektiv utifrån psykiatrisk omvårdnadsexpertis. Eftersom sjuksköterskan många gånger är en av de enskilt viktigaste kontakterna för både barn och vuxna som vårdas under lagen om psykiatrisk tvångsvård på en heldygnsvårdsavdelning, förväntas en djupare förståelse för sjuksköterskans upplevelser av tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård vara positiv för såväl patient som sjuksköterskor.

SYFTE

Syftet med den kvalitativa intervjustudien var att beskriva hur sjuksköterskor upplever att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård.

METOD

Design

I studien användes en kvalitativ studiedesign och det som genomfördes var en intervjustudie. Som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys beskriven av Erlingsson & Brysiewicz (2017).

Urval

Urvalsmetoden var ett strategiskt bekvämlighetsurval, vilket fungerar väl vid mindre studier som efterfrågar mer djupgående beskrivningar baserat på syftet (Henricson & Billhult, 2017). Innan sökning av deltagare tog författaren fram inklusions- och exklusionskriterer (se tabell 1).

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterer

Inklusionskriterier	**Exklusionskriterier**
Sjuksköterska/specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård	Tvångsvård har bedrivits men endast inom öppenvård
Arbetat med tvångsvård inom de senaste 10 åren	
Utövat tvångsåtgärder inom de senaste 10 åren	
Arbetet ska ha varit på heldygnsvårdsavdelning	
Arbetet kan ha varit inom barn och ungdomspsykiatrin eller vuxenpsykiatrin	

Tvångsåtgärder utförs både inom barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin, därför önskades en blandning av sjuksköterskor med erfarenhet från båda dessa vårdkontexter. Detta önskemål grundade sig i att vilja fånga flera upplevelser och få ett bredare perspektiv på psykiatrisk tvångsvård även om det inte skulle genomföras någon jämförelse av vårdkontext.

Deltagare till studien söktes i första hand genom sociala medier. Intresse för medverkan efterfrågades genom skaparna till kontot ”ätstörningsuppropret” på Instagram som har flera sjuksköterskor som följare. Författaren la även upp ett inlägg i sin egen story på Instagram som var möjligt att dela vidare för spridning. Tre personer kontaktades på LinkedIn. Två personer som tillfrågades var tips från medstudenter till författaren. Tre personer som kontaktades hade arbetat på samma avdelning som författaren men endast under en begränsad period och sällan under samma arbetspass. En tidigare kollega tillfrågades om hen kände någon som kunde vara intresserad av att medverka.

Genom samtliga söksätt användes en kort presentation av studien baserat på informationsbrevet där intresse efterfrågades (se bilaga 1). Fem personer hörde av sig och visade intresse genom Instagram. Till fyra personer som hörde av sig genom Instagram skickade författaren ett utförligt informationsbrev (se bilaga 2). Av dessa fyra personer deltog i slutändan tre. Av två personer på tips från medstudenter deltog en. Av tre personer som arbetat på samma avdelning som författaren valde en att delta. På tips från gammal kollega deltog en person. Av de tre personer som tillfrågades på LinkedIn deltog ingen. Bortfallet var i fem fall på grund av att personerna i fråga inte svarade och en för att hen inte hade tid att vara med. Två personer exkluderades, en för att hen hade en privat relation till författaren och en för att hen inte hade utfört tvångsåtgärder inom de senaste tio åren.

Totalt tillfrågades nio personer om deltagande och fem hörde själva av sig via Instagram. Av dessa totalt 14 personer var det sju personer som återkom och visade intresse för att delta och då tog del av

informationsbrevet. Intressenter ombads att återkomma inom 48 timmar om de ville delta efter att ha läst informationsbrevet. Av de sju som tog del av informationsbrevet valde sex personer att delta och fick därefter samtyckesblankett skickad till sig (se bilaga 3). Det slutgiltiga utfallet blev att hälften av deltagarna hade arbetat inom barn och ungdomspsykiatrin och den andra hälften inom vuxenpsykiatrin. Deltagarna skrev ut samtyckesblanketten och signerade den och skickade sedan tillbaka den via mail innan intervjustart. Vid intervjutillfällena fick deltagarna muntlig information om studien baserat på informationsbrevet för att sedan få lämna muntligt samtycke, utöver det skriftliga samtycket som redan inhämtats. Detta för att i stor utsträckning säkerställa frivilligt deltagande och möjliggöra eventuella avbrott innan intervjustart.

Datainsamling

Studien genomgick en etisk granskning på Röda Korsets Högskola och examinator godkände genomförande av studien. Data samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer. Målet med studien var att få svar på sjuksköterskors egna upplevelser och då är en intervjuform med öppna frågor att föredra (Henricson & Billhult, 2017).

Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 5) säkerställdes att deltagarna svarade på det som efterfrågades, men med deras egna ord och fria beskrivningar (Polit & Beck, 2021). En grund till intervjuguiden togs fram av författaren och genomarbetades sedan i samråd med handledaren innan slutgiltig version användes vid intervjuerna. Intervjuguiden användes och deltagarna tilläts svara fritt men fick hjälp att gå vidare med stöd av följdfrågor vid de tillfällen svaren tenderade att sväva för långt från ämnet som efterfrågades. Samtliga frågor som ställdes hade utgångspunkt i sjuksköterskornas upplevelser av att utföra tvångsåtgärder. Frågorna handlade om vilka tvångsåtgärder som sjuksköterskorna utfört, i vilken utsträckning de kände sig förberedda inför utförandet av tvångsåtgärder, vilka etiska överväganden de haft inför, under och efter utförandet av tvångsåtgärder, kommunikation samt patientperspektiv.

Slutligt utfall blev sex deltagare. Sjuksköterskorna som intervjuades hade alla arbetat med tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård senast under 2024. Fem deltagare var grundutbildade sjuksköterskor och en var specialistutbildad inom psykiatrisk vård. Yrkeserfarenheten varierade mellan 8 månader och 9 år. Två av deltagarna hade endast arbetat inom barn- och ungdomspsykiatrin och tre deltagare endast inom vuxenpsykiatrin, en deltagare hade arbetat inom både vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin men i det här examensarbetet räknas hon med i den gruppen som arbetat inom barn- och ungdomspsykiatrin. Samtliga identifierade sig som kvinnor och var mellan 25–42 år gamla. Intervjuerna genomfördes mellan 6/2–24/2 2025. Intervjuerna varade från 17:42 minuter till 49:17 minuter och beskrev djupgående upplevelser kring utförandet av tvångsåtgärder. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning på lösenordskyddad mobiltelefon och ljudfilerna transkriberades på lösenordskyddad dator. Ljudinspelning är enligt Polit & Beck (2021) att föredra jämfört med att föra anteckningar under intervjuerna för att säkerställa att ingen information förloras under tiden. Under tiden som ljudfilerna fanns på mobiltelefonen och dokumenten med transkriberade ljudfiler fanns på datorn hade ingen annan än författaren tillgång till de tekniska anordningarna.

Dataanalys

Dataanalysen utfördes i enlighet med Erlingsson & Brysiewicz (2017) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Erlingsson & Brysiewicz (2017) menar att kvalitativ innehållsanalys är en reflekterande process där det inte finns tydliga steg utan att man behöver gå fram och tillbaka genom processen att analysera materialet. När intervjuerna var klara transkriberades ljudfilerna verbatim (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Att transkribera verbatim innebär att transkriberingen sker ordagrant och omfattar

även utfyllnadsord. Denna typ av transkribering valdes för att inte missa något i efterföljande bearbetning av text (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Processen att transkribera var ett tidskrävande moment då författaren lyssnade på intervjuerna flera gånger för att säkerställa att de transkriberade texterna verkligen överensstämde med ljudfilerna. När transkriberingen var klar påbörjades den kvalitativa innehållsanalysen, syftet med analysen var att hitta kärnan i texterna genom att systematiskt bearbeta dem till kortare texter (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Samtliga intervjuer lästes först flera gånger för att få en uppfattning av vad som svarade på studiens syfte (se bilaga 6 för utdrag ur intervjutranskript). Nästa steg blev att slå ihop de transkriberade texterna till ett samlat material för sedan rödmarkera meningsenheter för att få en tydlig överblick av innehållet. Erlingsson & Brysiewicz (2017) beskriver att det är vanligt att behöva gå fram och tillbaka under analysens gång, under processen att hitta meningsenheter lästes intervjuerna om var för sig flera gånger för att undvika eventuella missförstånd eller syftningsfel i texterna. När meningsenheter hittats kondenserades de ner till korta sammanfattningar för att sedan komprimeras och därefter kodas och kategoriseras i huvudkategorier och subkategorier (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Innehållsanalysen till kategorierna sammanställdes sedan (se bilaga 7 för utdrag ur innehållsanalysen). Resultatet blev tre huvudkategorier och sex subkategorier. Kategorierna fungerade sedan som rubriker i examensarbetets resultatdel.

Etiska aspekter

Etiska koder har tagits fram för att undvika att människor lider i forskningens namn. Exempel på etiska koder är Nürnbergkodexen och Helsingforsdeklarationen. All forskning som bedrivs etiskt korrekt idag, omfattas av sådana koder (Polit & Beck, 2021). När forskning ska genomföras behöver forskaren utgå från att resultatet skulle kunna vara samhällsnyttigt eller leda till ökad kunskap, då kan forskningen antas ha väsentligt värde (Kjellström, 2017). Resultatet som framkommer i denna studie skulle kunna leda till ökad kunskap och på sikt vara till nytta för samhället.

Det finns, utöver ovannämnda etiska koder, tre forskningsetiska principer att förhålla sig till vid forskning, som likt koderna syftar till att skydda människors grundläggande rättigheter (Polit & Beck, 2021). De tre principerna kom till i Belmontrapporten efter en granskning av det så kallade Tuskagee-projektet, där det framkom etiska tveksamheter och där människor hade skadats i projektet (Department of Health, Education, and Welfare, 1979). De tre principerna är respekt för personen, göra-gott-principen samt rättviseprincipen. Respekt för personen handlar om deltagarens rätt till informerat samtycke och respekt för dennes privatliv (Polit & Beck, 2021). Göra-gott-principen handlar om att minimera risker för deltagaren, att väga för och nackdelar med forskningen samt att skydda konfidentilaliteten. Rättviseprincipen handlar om att alla deltagare ska behandlas lika samt att skydda sårbara grupper (Polit & Beck, 2021).

I relation till de tre forskningsetiska principerna behöver en riskanalys utformas innan en forskningsstudie påbörjas (Polit & Beck, 2021). Eventuella risker för deltagare i denna kvalitativa intervjustudie kunde vara att känslor eller funderingar kopplade till att ha utfört tvångsåtgärder uppstod, en känsla av att ha delat för mycket information eller att sjuksköterskor som ville delta upplevde oro för repressalier från sin arbetsgivare om de berättade om sina upplevelser av att utföra tvångsåtgärder. Riskerna minimerades i så stor utsträckning som möjligt genom transparens och information genom informerat samtycke (Polit & Beck, 2021). Deltagare fick information om den potentiella nyttan med studien. Med nytta avsågs förväntad ökad kunskap om sjuksköterskors upplevelser av tvångsåtgärder, som skulle kunna bidra till att utveckla omvårdnaden för patienter inom psykiatrisk heldygnsvård, specifikt gällande tvångsåtgärder samt för sjuksköterskor som utför

tvångsåtgärder. De risker som identifierades inför detta examensarbete bedömdes inte överskugga nyttan med studien.

Ett informationsbrev om vad eventuellt deltagande i studien skulle innebära skickades ut och de potentiella deltagarna gavs minst 48 timmars betänketid att acceptera deltagande. De sjuksköterskor som var intresserade av att delta fick information om att deras personuppgifter skulle behandlas konfidentiellt samt fick lämna skriftligt samtycke till deltagande för att värna om deras integritet samt bibehålla god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2024). Deltagarna var anonyma och varje deltagare tilldelades en siffra så att personen inte kunde identifieras. Vid intervjutillfällena fick deltagarna återigen information om innebörden av deltagande samt lämna muntligt samtycke. Samtliga deltagare fick information om att allt material förutom personuppgifter spelades in via ljudupptagning men skulle destrueras när studien var klar och godkänd. Deltagare fick också löpande information om att deltagande var frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde avbryta medverkan utan förklaring (Polit & Beck, 2021). Deltagare fick information om att de kunde vända sig till vårdcentral, 1177 vårdguiden samt företagshälsovården om behov av att prata uppstod efter deltagande. Flera gånger under förloppet poängterades att deltagande är konfidentiellt och inte kommer kunna härledas till person och/eller arbetsplats. En ytterligare viktig aspekt som informerades om vid intervjustart var att om deltagarna skulle råka nämna någon person eller plats vid namn så skulle det inte transkriberas eller vara med i resultatet.

För att undvika forskningsbias var det önskvärt att inte ha med deltagare som hade en relation eller privat koppling till författaren (Polit & Beck, 2021). Avgränsning gjordes vid deltagare som hade en ytlig relation till författaren eller där personerna inte kände varandra mer än vid namn. Vid de två tillfällen där författaren hade en ytlig relation till deltagarna säkerställdes vid flertal tillfällen att deltagarna samtyckte till att författaren var den som intervjuade dem samt att de upplevde trygghet i att vara med.

Eftersom detta examensarbete skrevs av endast en person behövde särskilda etiska överväganden tas i beaktande. Under analysprocessen återgick författaren tillbaka flera gånger till råmaterialet för att säkerställa att resultatet speglade syftet (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Där citat i examensarbetet har använts är de använda precis som de är och utan justering eller egen tolkning. Genom hela skrivprocessen granskades och reviderades examensarbetet genom grupphandledning fyra gånger, av både handledare och medstudenter.

RESULTAT

Resultatet av studien beskriver sjuksköterskors upplevelser i samband med tvångsåtgärder, både inför, under och efter utförandet. Tre huvudkategorier identifierades: 'mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd', 'att kommunicera i komplexa situationer' samt 'etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder'.

Tabell 2. Huvudkategorier och subkategorier

Mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd	**Att kommunicera i komplexa situationer**	**Etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder**
Ett nödvändigt ont *Det man bär med sig*	*Behovet av att kommunicera med kollegor* *Vikten av att informera patienterna och göra dem delaktiga under vårdtiden*	*Vikten av att bevara patientens integritet* *En oundviklig maktobalans*

Mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd

Sjuksköterskor upplevde blandade känslor i relation till att utföra och många gånger leda tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna beskrev vid flertalet tillfällen att utförandet av tvångsåtgärder var en naturlig del av den psykiatriska tvångsvården men att det för dem endast upplevdes som ett godtagbart alternativ när man provat allt annat.

Ett nödvändigt ont

Det framkom att sjuksköterskor upplevde känslomässiga påfrestningar i samband med tvångsåtgärder, både inför, under och efter utförandet. De känslomässiga påfrestningarna handlade om att känna sig otillräcklig i relation till både patient och närstående, känslan av att utföra övergrepp på patienten samt kollegors bristande kompetens som upplevdes öka patientens lidande. Sjuksköterskorna beskrev att tvångsåtgärder sågs som en arbetsuppgift likt vilken som helst, men att det var den arbetsuppgift som man tyckte var jobbigast att genomföra. Sjuksköterskorna arbetade mycket förebyggande och såg det som sitt ansvar att minska risken för att tvångsåtgärder skulle bli aktuellt. De brottades med att stå emellan patient och överläkare, eftersom de utifrån sitt omvårdnadsansvar ofta ansåg sig vara den som kände patienten bäst och inte alltid nödvändigtvis höll med om beslutet men ändå var tvungna att vara den som genomförde åtgärden.

> "Väldigt påtagligt känslomässigt, att här är det en individ som inte vill ha den här medicinen, vi håller fast och ger den ändå, så jag tror bara att jag blev väldigt känslomässigt påverkad av det, tyckte att det var jobbigt. Det är någonstans ett övergrepp, även om vi kan motivera det med att vi menar väl så är det ju någonstans ett övergrepp." Deltagare #5, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Det framkom att sjuksköterskorna ansåg många av de utförda tvångsåtgärderna som nödvändiga trots de svårigheter som kom med dem. Tvångsvård och även tvångsåtgärder ansågs i viss utsträckning vara ett nödvändigt ont för att skydda både patienten och personalen. Utöver att tvångsåtgärder ansågs vara ett skydd när ingenting annat fungerat, var det också ett sätt att möjliggöra att patienterna fick den vården de behövde. Sjuksköterskorna upplevde att framför allt tvångsinjektioner vid maniska skov

eller episoder av psykos varit lättast att motivera behovet eftersom det vid de tillfällena var så tydligt att patienten behövde åtgärden. Flera sjuksköterskor ansåg att den mest problematiska åtgärden de utförde var fastspänning då åtgärden i sig ofta förde patienten in en panikångestattack vilket i sin tur kunde leda till tvångsinjektion.

”Min upplevelse av att utföra tvångsåtgärder var att det var väldigt påfrestande psykiskt, för det kändes som att man gjorde ju våld mot de här ungdomarna, även om det i många fall var nödvändigt för att de skulle överleva.” Deltagare #3, sjuksköterska inom barn- och ungdomspsykiatrin

De tvångsåtgärder som sjuksköterskorna upplevde som svårast att acceptera var de som de själva inte hade ansett som nödvändiga eller där informationen om varför åtgärden blivit aktuell varit bristfällig. De gånger som dialogen med läkaren varit bra, där sjuksköterskorna blivit hörda och var med och fattade beslut att en tvångsåtgärd behövde utföras så hade det oftast blivit bättre för samtliga inblandade. Det var också vid de tillfällena som sjuksköterskorna lättare kunde släppa tankarna på åtgärden för att det slutgiltiga utfallet blivit bättre, de patienterna fick de se tillfriskna och sedan skrivas ut och då blev det lättare att motivera för sig själv att det var rätt beslut.

Det man bär med sig

”Det är det jag menar, man kommer alltid ihåg de situationerna, kommer aldrig glömma dem eller hur personen såg ut eller hur rädd hon var, alltså det finns ju alltid med mig på något sätt om jag bara tänker på det.” Deltagare #1, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Den händelse hon refererade till var en händelse som hon tagit mycket illa vid sig av, hon hade blivit kallad till en annan avdelning för att vara med vid en tvångssondning. Hon upplevde att hon bara ”kastades” in på avdelningen, hade inte fått någon information innan och efteråt fick hon ingen chans till reflektion eller spegling utan förväntades bara gå tillbaka till sin avdelning. Sjuksköterskorna upplevde att sådana situationer hände då och då att det var en del av jobbet att behöva springa på larm på andra avdelningar. Dessa situationer ledde till större psykisk påfrestning och blev något man bar med sig längre för att man själv kanske inte riktigt förstod vad som föranlett åtgärden, hur det kunde få gå till som det gjorde eller vad som hände med patienten efteråt.

Sjuksköterskorna var överens om att man bär med sig de tvångsåtgärder man utfört, vissa mer än andra. De tvångsåtgärder som sjuksköterskorna kunde lämna bakom sig var de som var välfungerande, de var oftast de som var planerade och där majoriteten av personalgruppen hade en bra relation till patienten. De tvångsåtgärder som hade sett mest spår i sjuksköterskorna var de där patienter fått utstå trauma och stort lidande och där man inte upplevt sig ha kontroll över situationen. Sjuksköterskorna beskrev att många gånger som det blivit ett sämre utfall så var det till följd av faktorer som de själva inte kunde påverka, vilket kunde leda till frustration och slitningar i personalgruppen.

”Den jag bär med mig mest, en som kom in som visar tydliga tecken på dilleutveckling (delirium), man har precis skrivit av hans LPT och under natten får han symtom på att han har någon form av abstinens, eller delirium, så att nattsköterskorna har gett honom bens (Bensodiazepiner) som inte har hjälpt någonting, de har ringt jouren, framjouren kommer, skriver ett nytt vårdintyg, bakjouren dröjer fyra timmar och under de här fyra timmarna så hinner patienten, från att man ändå kan sitta med honom, han är lite plockig men man kan sitta och hålla honom i handen, till att vi behöver bälta honom. Läkaren ordinerar Phenergan (Prometazin) och Haldol som inte har någon effekt alls, jag tror att jag ringer honom jättemånga gånger och han blir mer och mer, till slut har vi gett maxpaketet av det man får ge, inklusive Ativan (Lorazepam) och hela det där. Där ligger han i bälte i fem eller sex timmar, läkaren kommer inte ut och träffar patienten under förlängning, till slut säger jag att vi måste skicka

in patienten, så skickar vi in honom, går över bakjouren och ringer ambulans. Det slutar med att patienten ligger i koma i tre veckor, får sepsis och lunginflammation under den här tiden och behöver ligga sövd." Deltagare #5, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Ätstörningsvården upplevdes som särskilt svår där sjuksköterskorna hade flera negativa upplevelser, eftersom det ofta inte gick att nå fram till de patienterna och att det många gånger fanns ett underliggande trauma som inte var bearbetat. Sjuksköterskorna beskrev att tvångsåtgärderna inom ätstörningsvården, då specifikt tvångssondning under fastspänning ledde till ytterligare trauma för patienterna och de uppgav skuld- och skamkänslor vid återblickande av de situationerna. Sjuksköterskorna beskrev att patienter inom ätstörningsvården generellt hade så höga ångestnivåer vilket ledde till ett väldigt stort motstånd från dem under tvångsåtgärder. Deras upplevelser var att tvångsåtgärderna för den patientgruppen oftast var väldigt våldsamma, att personalen var tvungna att använda all sin kraft för att hålla ned patienten trots att den redan låg fastspänd i bältessäng för att det skulle gå att sätta sonden på ett säkert sätt. Sjuksköterskor som arbetade inom barn- och ungdomspsykiatrin uppgav att tvångssondning var den vanligast återkommande tvångsåtgärden och beskrev också att det vanligaste var att de patienterna fick sond ofta och under en lång period vilket gjorde att de fick sår i näsan, så man visste att det gjorde fysiskt ont utöver den psykiska smärta som de redan upplevde vilket var svårt att släppa för sjuksköterskorna.

"Jag kan inte säga att jag går runt och mår så dåligt för dem i vardagen men om jag börjar fundera på dem så är det klart det är tuffa situationer man har varit i och där människor mått väldigt dåligt och vi också behövt göra saker som vi innerst inne inte vill men sett som nödvändiga, men de här som sagt misslyckade tvångsåtgärder eller när det liksom inte blev bra, ja, jag tror att så länge jag har minnet med mig kommer jag nog inte glömma dem och alltid, alltid skämmas lite för att det blev väldigt fel." Deltagare #1, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Att kommunicera i komplexa situationer

Kommunikation ansågs som en av de viktigaste aspekterna för ett hållbart arbetsliv för sjuksköterskorna. Med kommunikation menades kommunikationen mellan både vårdpersonal och med patienterna. Välfungerande kommunikation gjorde att sjuksköterskorna mådde bra på jobbet och kände en acceptans även över delarna av yrket som inte kändes bra. När kommunikationen var icke-fungerande kändes många aspekter sämre och det var svårt för sjuksköterskorna att inte ta med jobbet hem.

Behovet av att kommunicera med kollegor

Sjuksköterskorna hade upplevelser av att det var lättare att utföra tvångsåtgärder de gånger de hade en god kommunikation med sina kollegor, både under och efter utförandet. De gånger där sjuksköterskorna kände sig trygga med sina kollegor och att de kunde prata med dem om det som var jobbigt ledde till att kunna lämna jobbet på jobbet. Att lämna jobbet på jobbet ansågs vara en viktig pusselbit i att långsiktigt klara av att arbeta inom den psykiatriska heldygnsvården och av de sjuksköterskor som valt att lämna psykiatrin var en parameter att man inte klarat att göra just det vilket lett till bristande återhämtning och egna svårigheter. Tillit till sina kollegor ansågs vara viktigt och till viss del upplevde sjuksköterskorna att tvångsåtgärder svetsade samman arbetslaget och att man per automatik fick tillit till sina kollegor genom att utföra de svåra arbetsuppgifterna som tvångsåtgärder är. Det beskrevs som viktigt att arbetslaget påminde varandra om att tvångsåtgärder är det sista alternativet när alla andra alternativ är uttömda.

"Kommer det en person och säger att nu håller det inte längre, då vet jag att den personen har gjort allt som skulle kunna tänkas göras för att undvika det här." Deltagare #6, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Att förbereda sig inför att utföra tvångsåtgärder handlade mycket om att föra dialog med kollegorna så att alla visste vilken roll de hade i själva utförandet, de gånger man inte hade fört sådana dialoger var risken högre att det slutade sämre. Det var alltså av yttersta vikt att arbetslaget var samordnade och att alla visste sin roll. Efter att personalen synkat var det viktigt att informera och förklara för patienten, i akuta situationer var detta av förklarliga skäl väldigt svårt, men ändå väldigt viktigt för att bibehålla patientsäkerhet. Flera sjuksköterskor beskrev också att det var svårt för dem att utföra tvångsåtgärder när de själva inte förstod syftet med dem och att det var viktigt för att själva känna att man gjorde sitt jobb på rätt sätt att alltid våga fråga överläkaren varför beslutet fattats innan man sedan gick in och utförde åtgärden.

Det fanns också beskrivningar av när kommunikationen inte hade fungerat bra kolleger emellan, och hur det kunde leda till förvärrade situationer för patienten och således även för sjuksköterskorna. Många gånger handlade det om när man behövde ”rycka ut” till andra avdelningar som kanske inte hade likadana rutiner som man själv var van vid och där kommunikationen med patienten inte fungerade. Sådana händelser kunde leda till traumatiserande upplevelser som var svåra att komma över även efter flera år och där det inte fanns någon att prata om det med. Vid sådana tvångsåtgärder kunde sjuksköterskorna uppleva att de skadat patienten för mycket och att det i sin tur gjort att patienten fick sämre tillit till sjukvården framöver. Det var känslomässigt påfrestande för sjuksköterskorna att veta att de varit med och tagit över någon rätt till självbestämmande och utfallet sedan inte hade varit hjälpsamt för patienten, det upplevdes som ett misslyckande som inte kunde fört med sig något gott mer än att personen i fråga där och då överlevde.

> ”Jag minns speciellt en gång med en ätstörningspatient när som sagt alla pratade och den som skulle sätta sonden var så men jag har aldrig gjort det här innan, står hon och säger över patienten och man känner bara men vad fan händer, alltså vad är detta, det känns ju så otryggt och samtidigt ska vi då på något sätt hålla fast en person som är bara skinn och ben. Alltså man är ju nästan rädd för att bryta personen, alltså man måste ju vara väldigt försiktig och man får ju hålla mer i byxbenet än i benet för att det är så sköra individer och sen så slutar det med att läkaren säger att hade du bara varit en duktig flicka så hade du inte behövt det här nu och då kände jag att nu spyr jag snart, det här var det värsta jag hört i hela mitt liv.” Deltagare #1, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskorna upplevde att förberedelse tillsammans med kollegor var viktigt för att utförandet av tvångsåtgärder skulle vara så smärtfritt som möjligt för både patienten och personalen. Sjuksköterskorna ansåg att de akuta tvångsåtgärderna var svårare att hantera känslomässigt än de som var planerade eftersom förberedelsetiden många gånger försvann. I vissa fall upplevde sjuksköterskorna att det gick lättare att hantera de akuta tvångsåtgärderna genom att lämna en del av sig själv utanför och stänga av. Andra sjuksköterskor beskrev vikten av inte tappa den biten av sig själv som ansåg att tvångsåtgärder var jobbiga att utföra, att den mänskliga sidan i den professionella rollen gjorde att man höll sig respektfull i bemötandet till patienten.

Reflektionen efter de tvångsåtgärder som gått bra uppgavs av sjuksköterskorna falla bort, att det ofta var som att det inte var något att prata om när det gått bra men de upplevde att det var synd eftersom de ansåg att det faktiskt var vid de tillfällen det gått bra som man faktiskt kan ta med sig vad man ska göra och inte alltid arbeta efter vad man inte ska göra. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att få prata med kollegorna efter samtliga åtgärder, oavsett positiva eller negativa känslor eftersom alla bär med sig olika erfarenheter och vad som är bra för någon inte nödvändigtvis är bra för någon annan.

”Min upplevelse var väl att det handlade mycket om relationen som skötaren som jobbade just den dagen hade till patienten, och de som hade god kontakt med patienten och hade en bra relation, det var större sannolikhet att det inte blev en tvångsåtgärd då, och där kunde jag också se en koppling mellan erfarenhet och sunt förnuft för vissa som jobbade där var ju, skulle inte ha jobbat där enligt mig.” Deltagare #3, sjuksköterska inom barn- och ungdomspsykiatrin

Vikten av att informera patienterna och göra dem delaktiga under vårdtiden

Sjuksköterskorna upplevde att det var av yttersta vikt att patienten fick löpande information under tiden som den tvångsvårdades. De beskrev att det var naturligt för dem att informera patienten oavsett om patienten var mottaglig eller inte, allt för att skapa trygghet för patienten under situationer som generellt var väldigt otrygga. Detta var något som sjuksköterskorna beskrev att de hade med sig från sjuksköterskeutbildningen, att alltid informera om vad man gör och varför; det kunde leda till ökad förståelse och acceptans för både patient och närstående. Flera gånger så var det patienter som vanligtvis inte sa så mycket men ändå kunde svara om de fick chansen.

”Sen är jag alltid väldigt noga med, jag försöker oavsett om patienten är knallpsykotisk eller aggressiv så brukar jag vara väldigt noga med att jag förklarar vad det är jag ger, att det är någon som sitter vid huvudet och pratar med patienten, att man gör det så tryggt som möjligt.” Deltagare #5, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskorna beskrev att de försökte anpassa sig till den individ de hade framför sig när de kommunicerade, eller inte kommunicerade. Det var helt avgörande vad respektive patient ville och sjuksköterskan försökte anpassa sin kommunikation därefter. Det upplevdes som viktigt att ge information som sjuksköterska, även om läkaren redan informerat patienten. Sjuksköterskan var mån om att patienten skulle få vara välinformerad men också få möjlighet att påverka utfallet i största möjliga mån, detta kunde ske genom till exempel tillmötesgå patienten i var den ville att tvångsåtgärden skulle utföras, med vem och vilken tid.

Att patientens perspektiv skulle tas tillvara på var återkommande. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att hela tiden fråga patienten, även om det inte handlade om att få direkt samtycke så var upplevelsen att de gånger patienterna var delaktiga och tillfrågades kontinuerligt under processen, blev det slutgiltiga utfallet mindre traumatiskt. Sjuksköterskorna beskrev det som viktigt att patienten gjordes delaktig för att på något sätt öka förståelsen hos patienten för varför åtgärden genomfördes, det kunde leda till ökad tillit till vården och förbättra patientens behandlingsresultat framåt. Vidare beskrevs det viktigt att försöka förmedla möjliga alternativ inom de ramar sjuksköterskor har att vara flexibel, till exempel genom att fråga vilka personer en patient ville ha med sig under en tvångsåtgärd eller om patienten vid fastspänning till exempel ville ha filt eller inte, öppet fönster eller inte och så vidare. Den typen av kommunikation ledde till att patienter gav uttryck för det var skönt att få frågan eftersom de inte kan bestämma om så mycket under sin vårdtid, så minsta lilla möjlighet till självbestämmande var värdefullt. Att patienten gjordes delaktig från början till slut förbättrade samarbetet och den terapeutiska alliansen mellan sjuksköterska och patient, och patienten fick en ökad känsla av kontroll och värdighet.

Sjuksköterskorna beskrev att patienterna alltid erbjöds uppföljningssamtal efter utförd tvångsåtgärd men att det var mer regel än undantag att patienterna avböjde att ha uppföljningssamtal i direkt anslutning till en tvångsåtgärd. Huruvida patienten blev erbjuden flera gånger eller på olika sätt var helt avhängt på vilka personer som arbetade och huruvida de hade skapat en relation med patienten innan. Sjuksköterskorna beskrev att patienterna ofta var mer öppna för samtal när det gått en tid, men det fick inte heller gå för lång tid så att risken för nya tvångsåtgärder hann utföras, det beskrevs som en balansgång där tillfrågande personal var det som i slutändan avgjorde om patienten ville ha ett

samtal eller inte. Sjuksköterskorna upplevde att de gånger som patienterna valde att ha uppföljningssamtal ofta var positivt då de fick patienternas perspektiv och när patienterna gjordes delaktiga i hur vården skulle planeras framöver stärktes också den terapeutiska alliansen. De gånger en trygg relation inte fanns där mynnade samtalet, om det blev något, inte ut i något av värde.

”Uppföljningssamtal är något vi jobbar mycket med och det är så väldigt olika att man gör det, om man erbjuder det. Sen är det många gånger tyvärr, där det inte, där patienten inte vill och vi försöker att lägga fram det på olika sätta och motivera till varför det är viktigt och hur vi ska kunna hantera situationen annorlunda i framtiden och många gånger kan man få till värdefulla samtal där det framkommer saker man inte hunnit uppfatta eller sådant som patienten inte kunnat förmedla på ett bra sätt, att om vi gör på det här sättet så hade vi kunnat undvika det här. Det är en otroligt viktig resurs i sjukvården.” Deltagare #6, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskorna var av uppfattningen att många av de tvångsåtgärder som de utfört hade kunnat undvikas helt eller åtminstone hanterats bättre. I de fall som sjuksköterskorna höll med om att tvångsåtgärden varit absolut nödvändig hade de lättare att lämna det bakom sig, men de gånger de ansåg att beslutet fattats för hastigt eller där det på något sätt blivit ett maximalt dåligt utfall för patienten hade de svårare att acceptera sin del i det. Sjuksköterskorna ansåg att det fanns ett behov av att se över användandet av tvångsåtgärder och att det ibland blev av endast för att det till exempel inte fanns tillräckligt med personal eller för att personalen provocerat fram en reaktion hos patienterna. De beskrev att en högre personaltäthet, mer tid för varje enskild patient och mer utbildning om förebyggande vård skulle vara gynnsamt för patienterna och således också personalen.

Etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder

Etiska överväganden var något som sjuksköterskorna hade med sig i allt de gjorde. Många gånger ansåg sjuksköterskorna att de åtgärder som de utförde inte var etiskt försvarbara och då brottades de med att ifrågasätta både sig själva och andra professioner. När sjuksköterskorna hade tid och möjlighet att föra etiska reflektioner med sina kollegor bidrog det till en bättre vård.

Vikten av att bevara patientens integritet

Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att bevara patientens integritet men alla arbetade aktivt med det i det dagliga arbetet och försökte sprida sin kunskap inom arbetslaget. Etisk reflektion var något som sjuksköterskorna uppgav som viktigt för att lyckas bevara patientens integritet, och många av sjuksköterskorna utgick från sig själva när de försökte bevara patientens integritet. Genom att utgå från hur de själva skulle känna i en liknande situation var det lättare att stå upp för patienten i både planerandet och utförandet, för att det inte bara skulle bli en arbetsuppgift som skulle utföras. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att skapa trygghet för patienterna och utgick även där många gånger från hur de själva skulle velat ha det. Ett sätt att skapa trygghet var till exempel genom att ha så mycket kvinnliga kollegor som möjligt vid utförandet av tvångsåtgärder på kvinnliga patienter, för att man själv reflekterat och landat i att man inte skulle känna sig bekväm om det var fyra män som höll fast en vid en utsatt situation. Många gånger hade patienter med sig traumatiska händelser från tidigare, och givet att tvångsåtgärder också är en väldigt utsatt situation med potentiellt traumatiskt utfall så ansågs det viktigt att tänka på patientens bakgrund också och inte bara den här specifika åtgärden.

”Även om jag tänker att den här patienten är jättesjuk och jätteaffektlabil och jättestökig, men det kanske ändå är bättre att inte ha de här tre männen med sig utan någon annan, det behöver inte betyda att jag utsätter någon för risk utan att risken minimeras i stället och att det är viktigt att tänka på det…” Deltagare #6, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att vara så få personer i rummet som möjligt, att de kalkylerade risken av att vara fler eller färre och hade landat i att risken för att situationen skulle eskalera ofta minskade om man var färre personer i rummet när åtgärden skulle utföras. Att i stället ha personal som var redo i rummet intill uppgavs både gynna patientens integritet och arbetsmiljön. Det beskrevs som viktigt att alla som var i rummet hade en uppgift så att det inte fanns risk att någon blev stående vid sidan av. Man önskade att all planering av tvångsåtgärder skedde på expeditionen och att endast de som sedan skulle vara involverade i tvångsåtgärden också var de som var med i planeringen. För att bevara patientens integritet inför tvångsåtgärden ansåg sjuksköterskorna att det var av betydelse att minska risken för att någon skulle bli åskådare, man såg till att tömma korridor och allmänna utrymmen när patienten skulle hämtas in till rummet där åtgärden skulle utföras. Vid själva utförandet av tvångsåtgärden beskrev sjuksköterskorna att det viktigaste för att bevara integriteten var att agera respektfullt och att utföra tvångsåtgärden så snabbt som möjligt.

En oundviklig maktobalans

Sjuksköterskorna ansåg att det fanns en oundviklig maktobalans i förhållandet sjuksköterska och patient, men det var framför allt de sjuksköterskor som arbetade inom barn- och ungdomspsykiatrin som bar det med sig långsiktigt. Sjuksköterskor inom barn- och ungdomspsykiatrin beskrev att vårdpersonal har makt bara genom att vara just vårdpersonal, ytterligare inom psykiatrisk tvångsvård och utöver det har vuxna makt över barn vilket gör de situationerna ännu mer svårhanterliga. Sjuksköterskorna som arbetade inom barn- och ungdomspsykiatrin hade andra utmaningar än de som arbetade inom vuxenpsykiatrin, till exempel gällande bemötande av både personer under utveckling och deras vårdnadshavare, tålamod och känslor av skuld för att eventuellt skapa långsiktigt trauma.

> ”De är ju ändå barn och är ju mer försvarslösa och som barn har man inte, de är ju maktlösa för att de är omyndiga och så blir de ännu mer maktlösa när de vårdas under LPT och sen blir de ytterligare maktlösa när man utför tvångsåtgärder. Det blir liksom kaka på kaka av något slags omyndigförklarande.” Deltagare #3, sjuksköterska inom barn- och ungdomspsykiatrin

Maktobalansen var påtaglig även för de sjuksköterskor som arbetade inom vuxenpsykiatrin. Sjuksköterskorna inom vuxenpsykiatrin beskrev flera situationer där patienter haft traumatiska upplevelser av tidigare tvångsåtgärder vilket i sin tur speglade patienternas inställning till vården framöver. Vidare beskrevs bristande behandlingsmotivation hos de patienter som ansåg sig ha blivit illa behandlade tidigare, även om den sjuksköterska som nu var ansvarig för vården inte hade gjort något fel mot patienten. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter att vinna förtroende hos patienterna som hade negativa erfarenheter efter tidigare vårdtillfällen. Sjuksköterskorna upplevde att de patienterna var rädda och hade djup ångest vilket förvärrades de gånger det uppfattades som att personalen inte var lyhörd eller missbrukade sin makt.

> ”Men personen oftast är ju bara arg och rädd och skriker och liksom, vissa har ju varit rädd att vi nästan ska döda dem nästan, att vi ska förgifta dem med medicinen.” Deltagare #1, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskorna upplevde också en viss maktobalans inom professionen, att man som sjuksköterska hamnade i ett mellanläge där ens ansvar var att ha patientens bästa i åtanke samtidigt som man skulle agera på det som överläkaren beslutat om. Många gånger fungerade det bra, när samarbetet mellan sjuksköterska och överläkare var välfungerande och inte baserat på hierarki, var sjuksköterskan med i beslutsfattande i dialog med läkare. De gånger som sjuksköterskor till exempel sprang på larm eller arbetade med läkare som av någon anledning ville vara överställda sjuksköterskorna skapades frustration och stress för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna beskrev att de kollegor, oavsett profession,

som hade hög etisk kompetens var bättre på att skapa situationer där maktobalansen inte var lika tydlig. Erfarenhet och utbildning beskrevs som två viktiga aspekter hos de personer som hade hög etisk kompetens och upplevelsen var att sjuksköterskegruppen ofta hade en högre etisk kompetens än skötargruppen. En kompetent skötargrupp som inte hävdade makt ansågs vara en av de viktigaste faktorerna för att minimera risken för att tvångsåtgärder skulle ske men också för att utfallet skulle bli bra när det väl blev av.

”Vi hade en patient som blev beviljad permission någon timme, lämnade vårdinrättningen, glömmer sin plånbok, kommer tillbaka för att hämta den, och det handlar om typ, han hade gått utanför dörren och vänt så det var inte så att han hade varit borta en halvtimme och sen kommit tillbaka, blir insläppt och går upp och hämtar sin plånbok där en sjuksköterskekollega till mig, som jag generellt sett tycker är rätt olämplig som sjuksköterska, har ett väldigt kefft bemötande och säger att du kan inte dela dina permissioner och stänger dörren i ansiktet på han… Jag kommer inte exakt ihåg detaljerna men situationen eskalerade och det slutade med att den här patienten blev bältad och där tänker jag, där har man gjort en bedömning att patienten klarar av att lämna vårdinrättningen själv, gå och handla och komma tillbaka men slutar i en bältessäng i stället…” Deltagare #5, sjuksköterska inom vuxenpsykiatrin

Sjuksköterskan som beskrev situationen ovan uppgav att hon upplevde det som väldigt tragiskt att patienten senare blev polisanmäld av sjuksköterskan och dömdes till rättspsykiatrisk vård. Hon beskrev vidare att de visste att patienten hade ett våldskapital och svårt att uttrycka sig socialt, hon menade att det var en situation som provocerades fram av sjuksköterskan som hade makt över vad patienten fick göra och hon upplevde att det inte hade behövt hända. Liknande händelser beskrevs av flera sjuksköterskor, där framför allt skötare upplevdes agera på ett sätt som kunde provocera fram tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna upplevde också att läkare till viss del kunde kommunicera på ett maktmissburkande sätt som inte upplevdes humant av patienten och det kunde leda till att de inte ville ta emot medicin eller inte klarade av att äta efteråt vilket senare ledde till tvångsåtgärder. Inom barn- och ungdomspsykiatrin hade sjuksköterskorna också vårdnadshavare att förhålla sig till, vilket också kunde skapa känslor av maktobalans utifrån att föräldrar vanligtvis har rätt att bestämma över sina barn men när barn och unga vårdas under LPT så är det i stället vården som bestämmer över dem. Många gånger var föräldrarna en resurs för barnen och kunde skapa trygghet och hjälpa sjuksköterskorna med hur de skulle bemöta barnen, men i vissa fall kunde föräldrarna i stället vara en del av problematiken vilket kunde skapa etiska dilemman för sjuksköterskorna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den här studien genomfördes som en intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys. En intervjustudie valdes eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskors *upplevelser* av att utföra tvångsåtgärder inom heldygnsvård vilket är subjektivt och inte mätbart med kvantitativ metod (Henricson & Billhult, 2017). När syftet är att få en djupare förståelse och beskriva upplevelser menar Polit & Beck (2021) att en kvalitativ ansats är att föredra. Författaren var av uppfattningen att det skulle gå enkelt att hitta deltagare till studien, men insåg relativt snabbt att det var svårare än förutspått. Deltagare till studien hittades främst genom sociala medier och var ett bekvämlighetsurval baserat på studiens syfte. Ett bekvämlighetsurval beskriver Polit & Beck (2021) som adekvat inom kvalitativ forskning eftersom det då är givet att deltagarna har upplevelser inom det som syftet efterfrågar. För det här examensarbetet var det ett rimligt tillvägagångsätt att hitta deltagare på, men en nackdel var att gruppen blev homogen även utöver att det skulle vara sjuksköterskor inom psykiatrisk heldygnsvård. I det här examensarbetet kan det antas att både manliga och äldre sjuksköterskor sållades bort utifrån urvalsmetoden. Det är möjligt att det slutgiltiga utfallet skiljt sig om deltagare hittats på andra sätt och för att få med variation och så många upplevelser som möjligt hade ett maximalt variationsurval varit gynnsamt i en större studie (Polit & Beck, 2021).

För att få överförbarhet i en studie beskriver Polit & Beck (2021) att variation avseende till exempel kön, ålder och yrkeserfarenhet kan vara värdefullt. Detta för att fånga fler perspektiv ur olika synvinklar. I den här studien fanns viss variation på deltagarnas ålder och yrkeserfarenheten varierande mellan åtta månader och nio år, vilket ansågs som en styrka för att öka överförbarheten. Ytterligare variation återfanns i att hälften av sjuksköterskorna arbetade inom vuxenpsykiatrin och hälften inom barn- och ungdomspsykiatrin och även om de är två väldigt olika kontexter så är tvångsåtgärderna i stort sett samma. Det fanns ingen tanke om att göra en jämförelse av de två vårdkontexterna utan förhoppningen var att få ett brett spektrum av sjuksköterskornas upplevelser av att utföra tvångsåtgärder vilket också visas genom resultatredovisningen. Sjuksköterskorna som deltog representerade många olika delar av den psykiatriska tvångsvården men det fanns ingen som arbetade inom rättspsykiatrisk vård med i studien vilket skulle kunna anses vara en nackdel. Resultatet speglar dock sjuksköterskornas upplevelser av att utföra tvångsåtgärder generellt mer än de kontextuella skillnaderna. En nackdel ur ett överförbarhetsperspektiv var att samtliga deltagare identifierade sig som kvinnor. Syftet i det här examensarbetet var dock att beskriva upplevelser av sjuksköterskor som grupp, varför det bedömdes irrelevant att ha som kriterium att deltagarna skulle vara hälften män och hälften kvinnor. Hade det varit en studie som löpte över längre tid hade det varit gynnsamt att öka variationen i deltagarna för att öka överförbarheten (Polit & Beck, 2021). Resultatet i studien har överförbarhet till viss del, alltså att resultatet skulle vara likartat om intervjuerna hölls igen vid ett annat tillfälle, med andra eller fler deltagare inom psykiatrisk tvångsvård. Eftersom det är människor med subjektiva känslor och egna upplevelser, skulle resultatet självfallet ha fler nyanser men baserat på det resultat som framkom samt den tidigare forskning som arbetats igenom, är många av upplevelserna bland sjuksköterskor liknande.

Utfallet blev totalt sex deltagare vilket skulle kunna anses vara en nackdel utifrån att resultatet kan upplevas som tunt, dock beskriver Polit & Beck (2021) att det viktiga i en intervjustudie inte är antalet deltagare utan hur mycket information som framkommer. Med det i åtanke bedömdes det vara ett rimligt antal deltagare givet de förutsättningar som fanns; att studien var ett examensarbete med begränsad tid samt att arbetet skrevs av en person gjorde att alla steg i forskningsprocessen tog mer tid i anspråk. Studien har giltighet utifrån att deltagarna som rekryterades fick veta studiens syfte samt

vilka inklusionskriterier som fanns innan de anmälde intresse vilket säkerställde att deltagarna hade upplevelser som svarade på syftet. Malterud et al. (2016) använder begreppet *Information Power* vilket innebär att det viktiga i en kvalitativ intervjustudie inte är hur många deltagare som är med, utan *vad* och *hur mycket information* som framkommer i intervjuerna är det som är väsentligt och att ju mer information som framkommer desto mindre kan antalet deltagare vara.

Datainsamlingsmetoden som valdes var semistrukturerade intervjuer. Polit & Beck (2021) beskriver att en fördel med metoden är att författaren styr grunden i intervjuerna så att frågorna verkligen svarar på det författaren vill veta mer om. En nackdel med metoden skulle kunna vara att deltagarna svävar i väg i sina svar och kommer ifrån ämnet. För att minimera detta skapade författaren tillsammans med sin handledare en intervjuguide att utgå ifrån. Det hade varit positivt att testa intervjuguiden i en pilotstudie men givet att studien var ett examensarbete fanns inget sådant utrymme. Den första intervjun som hölls blev som ett test för att se om något i intervjuguiden behövde justeras men bedömningen var efter första intervjun att guiden fungerade bra. En styrka med att ha en intervjuguide är att det finns viss flexibilitet så att författaren är fri att omformulera frågor under intervjuernas gång samt ställa följdfrågor (Polit & Beck, 2021). Intervjuguiden i sig var gedigen med många frågor för att skapa så stora förutsättningar som möjligt att fånga maximalt antal upplevelser då deltagarna var så få. Under intervjuerna var intervjuguiden ett stort stöd och trygghet för författaren som oerfaren intervjuare. Intervjuguiden skapade också struktur, säkerställde att alla deltagare svarade på samma frågor och möjliggjorde flexibilitet att prata vidare om upplevelser som deltagarna tog upp genom följdfrågor. Polit & Beck (2021) beskriver att det är vanligt förekommande under intervjuer att deltagarna förekommer nästkommande fråga och att det kan förhindras genom att pausa deltagaren och i stället ställa följdfrågor om den föregående frågan med hjälp av intervjuguiden. En nackdel som identifierades med intervjuguiden var att det ibland inte blev ett naturligt samtalsflöde.

Polit & Beck (2021) beskriver att platsen för intervjun är viktig för att deltagaren ska känna sig bekväm att dela med sig och att det är viktigt med en avskild plats, således förespråkar de att en-till-en-intervjuer hålls i deltagarens hem. Vidare beskriver de att det har blivit vanligare och vanligare med intervjuer som hålls digitalt via videomöte och menar att det kan bidra till att fler personer som av olika anledningar inte vill eller kan mötas på plats, ges möjlighet att delta. Samtliga intervjuer i denna studie genomfördes över Zoom vilket ansågs ha både för- och nackdelar. Fördelar var ökad tillgänglighet vid långa avstånd, möjlighet att hålla intervjuerna på kvällstid de tillfällen det behövdes samt avskildhet eftersom respektive person kunde vara i sitt hem (Polit & Beck, 2021). De nackdelar som identifierades innan intervjuerna hölls var att det fanns risk för problem med tekniken och att det kunde upplevas opersonligt att inte mötas på plats. När intervjuerna var klara var dock bedömningen att det var överhängande positivt att hålla intervjuerna över Zoom, endast vid ett tillfälle upplevdes problem med internetuppkopplingen vilket föranledde en kort tystnad i en av de inspelade ljudfilerna, detta påverkade dock inte transkribering eller resultat.

Kvalitativ innehållsanalys beskriven av Erlingsson & Brysiewicz (2017) valdes som metod för dataanalys. Transkribering är oundvikligen ett tidskrävande moment men var det var särskilt tidskrävande eftersom intervjuerna transkriberades verbatim, det gick mycket tid åt att behöva pausa ljudinspelningarna och börja om för att inte missa något. Själva dataanalysen tog också mycket tid i anspråk där det var en tydlig nackdel att arbetet skrevs av en person. Författaren hade stundtals svårt att vara metodisk och bara kategorisera det som svarade på syftet, vilket både Erlingsson & Brysiewicz (2017) och Polit & Beck (2021) beskriver som en svårighet inom kvalitativ forskning. Det framkom alltså väldigt mycket information som ansågs intressant och värdefull, men som inte svarade på studiens syfte och således till slut sållades bort. Det hade varit positivt att diskutera under analysens

gång med någon annan då det upplevdes som en risk att både missa viktiga detaljer och få med för mycket information som inte svarade på syftet när allt sköttes på egen hand. Enligt Polit & Beck (2021) kan kvalitativ innehållsanalys mynna ut i kategorier eller teman, beroende på hur djupgående analysen görs. I det här examensarbetet mynnade analysen ut i kategorier, men det är möjligt att den hade kunnat mynnat ut i teman om studien varit mer omfattande och om mer tid hade funnits till att gå djupare i analysen.

Polit & Beck (2021) beskriver att det är svårt i en kvalitativ process att få med väsentlig information om forskningsprocessen i det slutgiltiga arbetet. Forskningsprocessen är i detta examensarbete så väl dokumenterad som möjligt, vilket ansågs än viktigare i ett arbete skrivet av endast en person och det skapar en högre grad av tillförlitlighet. För att öka tillförlitligheten ytterligare lästes samtligt material igenom flertalet gånger för att säkerställa att författaren skrev om det som framkommit och inte utgick från sin egen förförståelse för ämnet. Eftersom författaren själv arbetat inom psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga, och regelbundet utfört tvångsåtgärder, finns det risk att den förförståelse som fanns innan examensarbetet påbörjades har påverkat hur frågorna ställdes under intervjun och hur svaren sedan tolkades. Denna risk minimerades genom att en kontinuerlig dialog förts med handledare och kurskamrater där författaren har fått vägledning och möjlighet att diskutera. Ytterligare en aspekt som stärker tillförlitligheten är att författaren transkriberade intervjuerna i direkt anslutning till att de hölls. Detta är gynnsamt för att försöka få med till exempel kommateringar i citeringar då det är lättare att fånga *exakt hur det var* i skrift om man transkriberar när intervjun är färsk i minnet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård. Författaren kunde identifiera tre huvudkategorier, vilka var: mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd, att kommunicera i komplexa situationer samt etiska överväganden inför, under och efter tvångsåtgärder.

Studiens resultat visade att sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård upplever att tvångsåtgärder innebär betydande påfrestningar för både patienten som utsätts och personalen som utför dem. Tvångsåtgärder som fastspänning, tvångsmedicinering, isolering eller sondmatning används i syfte att skydda patienten, andra personer eller både och. Resultatet visade att även om intentionen är att skydda så väcker tvångsåtgärder starka etiska och känslomässiga reaktioner hos de som utför åtgärderna. Sjuksköterskor har en komplex roll i relation till att vara den som både bär ansvaret för att utfärda tvångsåtgärder och respektera patientens integritet och grundläggande rättigheter. I likhet med detta resultat beskriver Doedens et al. (2019) att sjuksköterskor upplever tvångsåtgärder som etiskt och emotionellt belastande. Att befinna sig i en yrkesroll där omsorg och respekt för patienten står i centrum kan gå i direkt konflikt med att utföra åtgärder som både kan upplevas kränkande och traumatiserande för patienten. Många sjuksköterskor upplevde en inre moralisk stress när de tvingas frångå sina både privata och yrkesmässiga värderingar för att genomföra det en överläkare fattat beslut om.

Resultatet visar vidare att sjuksköterskor upplevde varierande känslor i relation till tvångsåtgärder, till exempel skuld, otillräcklighet och oro för vilka långsiktiga konsekvenser tvångsåtgärder kunde skapa för patienten, men de upplevde också att det många gånger var en nödvändighet och beskrev en lättnad över att på kort sikt kunna rädda livet på patienten. Sjuksköterskorna upplevde att det var lättare att förstå och acceptera tvångsåtgärder när de varit delaktiga i vården och beslutet än när de till exempel sprang på larm på andra avdelningar eller när patienten var ny på avdelningen. Doedens et al. (2019) beskriver liknande att sjuksköterskor såg tvångsåtgärder som något integritetskränkande

och den absolut sista utvägen, men att de kunde sätta sina egna känslor åt sidan när de ansåg det som en nödvändighet att utföra tvångsåtgärder. Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård (2024) beskriver att utgångspunkten är omvårdnad och att patientens rättigheter ska stå i centrum. Det framgår att tvångsåtgärder är en del av arbetet men att det ingår i omvårdnadsansvaret att arbeta förebyggande och minimera användandet av tvång.

Många gånger önskade sjuksköterskorna att de hade haft mer tid med respektive patient och de hade en tro om att mer tid, tillsammans med ökad personaltäthet hade kunnat skapa större allians med patienten och således leda till färre tvångsåtgärder eller som minst mer väl utförda tvångsåtgärder. Vid de tillfällen sjuksköterskorna hade lyckats skapa en terapeutisk allians till patienterna ledde det till färre tvångsåtgärder, men när det relationella inte togs i beaktande kunde felbedömningar göras och förhastade beslut om tvångsåtgärder kunde göra att relationen och tilliten som byggts upp skadades. Wangel et al. (2024) beskriver på liknande sätt att några av de viktigaste aspekterna för att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård ska kunna utföra sitt arbete i enlighet med framtagen kompetensbeskrivning, handlar om tid med patienten, den terapeutiska alliansen samt ha patientens långsiktiga livsperspektiv i åtanke under vårdtiden. Trots att tid med patienten ansågs som en central del för att skapa långsiktiga förutsättningar för både patient och sjuksköterska, upplevde sjuksköterskorna att det fanns strukturella hinder för att skapa rutiner och strukturer där omvårdnaden stod i centrum, många gånger hängde det på enskild sjuksköterska att upprätthålla god vård (Wangel et al., 2024). Känslor av maktlöshet och frustration uppstod när sjuksköterskorna byggt upp en stabil grund för patienten där tvångsåtgärder knappt utfördes, för att sedan gå på några dagars ledighet och sedan komma tillbaka och inse att allt raserats på grund av att kollegor inte följt det som sjuksköterskan och patienten kommit överens om trots tydlig dokumentation.

Sjuksköterskorna betonade vikten av att lämna jobbet på jobbet för att kunna orka sköta sina arbetsuppgifter långsiktigt. Framför allt i början av karriären ansåg sjuksköterskorna att det varit svårt att balansera de etiska frågeställningarna och tänkte mycket på enskilda situationer även under sin lediga tid vilket ledde till att de kände sig överbelastade emotionellt. Sjuksköterskorna upplevde många gånger tvångsåtgärder var direkt nödvändiga men de upplevde också en rädsla för att bli avtrubbade eller utmattade de gånger stöd efter utförda åtgärder uteblivit. De efterfrågade mer resurser för stöd, handledning och reflektion för att minska negativa konsekvenser och ha större chans att hålla långsiktigt inom psykiatrisk vård (Chambers et al., 2015). Kompetenta, etiskt medvetna kollegor beskrevs som en stor hjälp i att lära sig hantera de påfrestningar som jobbet kunde innebära och de gånger kommunikationen var välfungerande på arbetsplatsen ökade tryggheten för sjuksköterskorna.

Precis som etiskt kompetenta kollegor ansågs vara något som gjorde att man trivdes på jobbet och även kunde acceptera påfrestningarna som kom med att utföra tvångsåtgärder, beskrevs stor vanmakt hos de sjuksköterskor som ansåg sig arbeta med kollegor som inte förstod vilken makt de hade eller kollegor som saknade kunskap om hur psykisk ohälsa kan yttra sig och tillät sig bli provocerade av patienternas agerande, vare sig det var skötare eller sjuksköterskor. Dessa kollegor ansågs skapa ett sämre arbetsklimat och en lägre tröskel till utförandet av tvångsåtgärder, där kollegor kunde provocera fram reaktioner hos patienter som till slut ledde till tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna ansåg att dessa kollegor hade behövt handledning eller vidare utbildning för att kunna jobba kvar inom psykiatrisk vård. Jalil et al. (2017) beskriver hur sjuksköterskor inom psykiatrisk heldygnsvård får stå ut med mer aggressiva patienter och våld än någon annan yrkeskategori inom vården, och att det leder till känslor av ilska, skuld, sorg och utmattning. Vidare beskrevs dessa känslor i sin tur leda till att sjuksköterskorna hade en mer accepterande inställning till tvångsåtgärder. Jalil et al. (2017) var av

uppfattningen att mer utbildning inom ilske- och känsloreglering för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård skulle kunna vara långsiktigt gynnsamt för både patienter och sjuksköterskor.

Resultatet visade att sjuksköterskor som arbetade inom barn- och ungdomspsykiatrin hade utmaningar som kunde handla om att bemöta patienter som var under utveckling vilket gjorde vissa symtom svårare att tolka och också behandla. Det ansågs komplext att arbeta med både barn och vårdnadshavare, många gånger var föräldrarna en resurs i barnets återhämtning men ibland var föräldrarna snarare än del av problematiken vilket skapade etiska dilemman för sjuksköterskorna som upplevde att de ville utgå från patientens bästa men ibland behövde stå till svars gentemot föräldrarna. Perers et al. (2021) beskrev i en litteraturöversikt alternativ för att minska användandet av avskiljning och fasthållning/fastspänning inom barn- och ungdomspsykiatrin. De beskrev påfrestningar som sjuksköterskor ofta upplevde i relation till tvångsåtgärder och även hur de funnit olika möjligheter för att förbättra för sjuksköterskor, vårdnadshavare och patienter. Studien fann att det var viktigt att agera personcentrerat. Genom att utgå från både vilka svårigheter och diagnoser respektive patient hade, blev det lättare för sjuksköterskor att använda adekvata metoder för att minska tvångsåtgärder (Perers et al., 2021).

Det framkom att det inom psykiatrisk heldygnsvård där tvångsåtgärder utförs råder en explicit maktobalans mellan vårdpersonal och patient, där personalen har mandat att fatta beslut som direkt påverkar patientens integritet, frihet och självbestämmande. Maktobalansen blir extra tydlig av att patienten befinner sig i ett sårbart tillstånd, präglat av psykisk ohälsa. Tvångsåtgärder som medicinering, fastspänning eller avskiljning utgör ingripanden som ytterligare markerar patientens underordnade position inom tvångsvården. Syftet med tvångsåtgärder ska alltid utgå från en god plats där syftet är att skydda patienten, men resultatet visar att upplevelsen hos sjuksköterskor är att det inte alltid är så. Jalil et al. (2017) beskriver i sin studie att patienter kunde uppfatta att de utsattes för tvångsåtgärder för att sjuksköterskan som utförde åtgärden, var arg på dem. Sjuksköterskans roll blir komplex så till vida att rollen innebär att vara den som utövar makt samtidigt som en stor del av att vara sjuksköterska innebär att skapa en terapeutisk allians med patienten och värna om dennes värdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). I likhet med detta resultat visar Wangel et al. (2024) komplexiteten i relationen mellan sjuksköterskor och patienter. De beskriver i sin studie att sjuksköterskor i allmänhet och specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård i synnerhet, behöver vara medvetna, ha en reflekterande inställning och ett etiskt förhållningssätt för att hantera denna maktobalans.

Maktobalansen återfanns också mellan sjuksköterska och överläkare, denna obalans kunde grunda sig i hierarkiska strukturer där överläkaren har det yttersta medicinska ansvaret och därmed beslutsrätt i frågor som rör tvångsvård och tvångsåtgärder. Sjuksköterskan befinner sig någonstans emellan, som närmast patienten i det dagliga arbetet men direkt underordnad överläkaren i beslutsfattande. Denna obalans kan skapa frustration och stress hos sjuksköterskan, särskilt i de fall där sjuksköterskan gör en annan bedömning än läkaren, men då saknar möjlighet att påverka beslutet. Inom psykiatrisk tvångsvård blir det särskilt tydligt när läkaren fattar beslut om tvångsåtgärder som sjuksköterskan sedan förväntas utföra, ibland i konflikt med sin egen övertygelse. Det finns på sådana arbetsplatser där det råder hierarkiska strukturer, risk för att sjuksköterskans kompetens och yrkesstolthet riskerar att undervärderas vilket i sin tur kan leda till att relationen till både patient och läkare skadas. Fagin & Garelick beskrev redan 2004, i en artikel som sedan publicerades online först 2018, hur relationen mellan sjuksköterska och läkare till viss del förändrats över tid genom att frångå de stereotypa rollerna men att förändringen gått för långsamt. Vidare beskrev de att varken läkare eller sjuksköterska fungerar utan den andra och att det är av yttersta vikt att samarbetet mellan

sjuksköterska och läkare är välfungerande för att patienten ska få så god vård som möjligt. Trots att det gått drygt 20 år sedan artikeln skrevs visar resultatet i denna studie att det många gånger fortfarande ser likadant ut mellan sjuksköterskor och läkare, och att det leder till att patientens välmående inte är i centrum.

Svensk sjuksköterskeförening (2024) beskriver att psykiatrisk tvångsvård ska vara hållbar ur både ett kortsiktigt och långsiktigt perspektiv. För att möjliggöra hållbarhet behöver vården bedrivas tillsammans med patienten och helst även med närstående. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård får en särskilt viktig position utifrån hög kompetens inom psykiatrisk vård men också som närmast patienten. Det blir viktigt att den psykiatriska heldygnsvården främjar ett interprofessionellt arbetssätt där alla professioner tas tillvara. Det kan stärka både arbetsmiljön och en mer etiskt hållbar och patientsäker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). För att främja hållbar utveckling globalt har organisationen Förenta Nationerna (2015) tagit fram en utvecklingsagenda med globala mål, kallad Agenda 2030. Agenda 2030 syftar till att skapa en bättre värld genom olika delmål för hållbarhet. Relaterat till psykisk ohälsa och psykiatrisk tvångsvård kan delmål tre och fyra vara särskilt intressanta då de fokuserar på god hälsa och välbefinnande samt utbildning. Delmålen har ytterligare delmål, där 3.4 syftar till att öka det preventiva arbetet för att minska antalet personer som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar, samt främja psykisk hälsa. Delmål 4.7 syftar till att de som studerar ska få kunskap som främjar hållbar utveckling, mänskliga rättigheter och jämställdhet vilket går i linje med utbildningen till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård.

SLUTSATSER

Denna studie visar att sjuksköterskor har ett pragmatiskt förhållningssätt till att utföra tvångsåtgärder. De strävar efter att få vara delaktiga i beslutsprocessen gällande tvångsåtgärder men har inga direkta problem att utföra dem när de själva bedömer det nödvändigt. Det är av yttersta vikt för sjuksköterskorna att samtliga omvårdnadsalternativ bedömts otillräckliga innan det blir aktuellt med tvångsåtgärder. Sjuksköterskornas upplevelser är att tvångsåtgärder inte är en önskvärd del av omvårdnaden utan bör ses som en sista utväg för att skydda patienten. Det bör inte vara ett svar på vårdens strukturella begränsningar, resursbrist eller tidspress. Sjuksköterskorna uttryckte en tydlig vilja att arbeta personcentrerat och betonade vikten av att bygga förtroendeingivna relationer. Vidare uttryckte sjuksköterskorna en stark tilltro till patienternas egen förmåga att återfå kontroll genom tid, lyhördhet samt preventivt arbete.

Studiens resultat understryker vikten av att skapa strukturer inom psykiatrisk heldygnsvård där sjuksköterskors omvårdnadsexpertis tas tillvara på i syfte att arbeta förebyggande och minska användandet av tvångsåtgärder. För att det ska bli möjligt behöver fokus vara på ökat interprofessionellt samarbete där sjuksköterskor får delta i beslutsprocesser kring tvång och där deras bedömningar tas tillvara på. Kompetensutveckling i alla led blir av yttersta vikt för att skapa möjlighet att arbeta mer förebyggande. Kontinuerlig utbildning och handledning, kanske hållen av en specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, inom exempelvis konflikthantering, traumarespons, relationsbaserad vård och etisk reflektion är ett förslag på hur sjuksköterskans expertis kan tas tillvara på. Resultatet indikerar att ökad delaktighet för sjuksköterskor i beslutsprocesser och genom organisatoriska förutsättningar för förebyggande arbete eventuellt skulle kunna minska användandet av tvångsåtgärder och således upprätthålla en mer etiskt hållbar tvångsvård.

För att fördjupa förståelsen för sjuksköterskans roll i samband med tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård krävs vidare forskning som belyser fler erfarenheter och upplevelser, gärna i olika vårdkontexter. En ytterligare värdefull aspekt vore att undersöka organisatoriska faktorer och hur de

påverkar sjuksköterskans möjligheter att arbeta förebyggande och med relationen som grund för att undvika tvångsåtgärder. Vidare behövs det mer forskning som belyser de långsiktiga konsekvenser som tvångsåtgärder eventuellt fört med sig för de patienter som blivit utsatta.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5, 5. Uppl.). American Psychiatric Publishing.

Andersson, U., Fathollahi, J., & Wiklund Gustin, L. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Sage Journals, 27*(3), 741–753. DOI: 10.1177/0969733019884604

Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V., & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(5), 289–297. DOI: 10.1111/jpm.12199

Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry, 12*. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.790886

Chronister, J., Chou, C-C., Kwan, K-L. K., Lawton, M., & Silver, K. (2015). The Meaning of Social Support for Persons with Serious Mental Illness. *Rehabilitation Psychology, 60*(3), 232–245. DOI: 10.1037/rep0000038

Cree, L., Brooks, H L., Berzins, K., Fraser, C., Lovell, K., & Bee, P. (2015). Carers' experiences of involvement in care planning: a qualitative exploration of the facilitators and barriers to engagement with mental health services. BMC Psychiatry, 15(208). DOI: 10.1186/s12888-015-0590-y

Department of Health, Education, and Welfare. (18 april 1979). The Belmont Report. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L-L., Latour, C., & de Haan, L. (2019). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services – A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27*(4), 446–459. DOI: 10.1111/jpm.12586

Durns, T. (2021). Do no harm in due process – a historical analysis of social determinates of institutionalization in the USA. *SAGE Journals – History of Psychiatry, 32*(4), 478–487. DOI: 10.1177/0957154X211034652

Erlingsson, C. & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine, 7*(3), 93–99. DOI: 10.1016/j.afjem.2017.08.001

Fagin, L., & Garelick, A. (2004). The doctor-nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*(4), 277–286. DOI: 10.1192/apt.10.4.277

Firth, J., Solmi, M., Wootton, E R., Vancampfort, D., Schuch, B F., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, B S., Jackson, E S., Smith, L., Eaton, M., Jacka N F., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, F A., & Stubbs, B. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment och mental disorders. *World Psychiatry: Offical Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 19*(3), 360–380. DOI: 10.1002/wps.20773

Folkhälsomyndigheten. (2 september 2022). *Vad är psykisk hälsa?* https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/

Folkhälsomyndigheten. (18 december 2024). *Statistik om psykisk hälsa i Sverige.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/

Førde, R., Norvoll, R., Hem, M H., & Pedersen, R. (2016). Next of kins experiences of involvement during involuntary hospitalization and coercion. BMC *Medical Ethics, 17*(1). DOI: 10.1186/s12910-016-0159-4

Förenta Nationerna. (2023). Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. https://fn.se/vi-gor/vi-utbildar-och-informerar/fn-info/vad-gor-fn/fns-arbete-for-utveckling-och-fattigdomsbekampning/agenda2030-och-de-globala-malen/

Förenta Nationerna. (2023). Mål 3: God hälsa och välbefinnande. https://fn.se/wp-content/uploads/2023/02/Mal-3-God-halsa-och-valbefinnande.pdf

Förenta Nationerna. (2023). Mål 4: God utbildning för alla. https://fn.se/wp-content/uploads/2023/02/Mal-4-God-utbildning-for-alla.pdf

Gabrielsson, S., Tuvesson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing, 41*(11), 976–984. DOI: 10.1080/01612840.2020.1756009

Gerle, E., Fischer, A., & Lundh, L-G. "Voluntarily Admitted Against My Will": Patient Perspectives on Effects of, and Alternatives to, Coercion in Psychiatric Care for Self-Injury. *SAGE Journals -Journal of Patient Experience, 6*(4), 265–270. DOI: 10.1177/2374373518800811

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.* Studentlitteratur.

Hickie, B I., Scott, M E., Cross, P S., Iorfino, F., Davenport, A T., Guastella, J A., Naismith, L S., Carpenter, S J., Rohleder, C., Crouse, J J., Hermens, F D., Koethe, D., Leweke, F M., Tickell M A., Sawrikar, V., & Scott, J. (2019). Right care, first time: a highly personalized and measurement-based care model to manage youth mental health. *The Medical Journal of Australia, 211*(9), 1–46. DOI: 10.5694/mja2.50383

Hälso- och sjukvårdslagen. (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Jalil, R., Huber. W. J., Sixsmith, J., & Dickens. L. G. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 75*, 130–138. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–77). Studentlitteratur.

Lag om psykiatrisk tvångsvård. (SFS 1991:1128). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Maiese, A., dell'Aquila, M., Romano, S., Santurro, A., De Matteis, A., Scopetti, M., Arcangeli, M., & La Russa, R. (2019). Is it time for international guidelines on physical restraint in psychiatric patients? *Clinica Terapeutica, 170*(1), 68–70. DOI: 10.7417/CT.2019.2110

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research, 26*(13), 1753–1760. DOI: 10.1177/1049732315617444

Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures – a qualitative interview study. *BMC Nursing, 22*, 1–11. DOI: 10.1186/s12912-023-01186-z

McGuiness, D., Murphy, K., Bainbridge, E., Keys, M., Felzmann, H., Callahan, B., McDonald, C., & Higgins, A. (2018). Individuals' experiences of involuntary admissions and preserving control: qualitative study. *BJPsych Open, 4*(6), 501–509. DOI: 10.1192/bjo.2018.59

Morandi, S., Silva, B., Pauli, G., Martinez, D., Bachelard, M., Bonsack, C., & Golay, P. (2024). How do decision making and fairness mediate the relationship between involuntary hospitalization and perceived coercion among psychiatric inpatients? *Journal of Psychiatric Research, 173*, 98–103. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2024.03.017

Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B A., & Rask, O. (2021). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly, 93*, 107–136. DOI: 10.1007/s11126-021-09887-x

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (11. ed.) Walters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sastrawan, S., Newton, J M., & Malik, G. (2018). Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 28*(5–6), 733–744. DOI: 10.1111/jocn.14702

Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias Casanova, M., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans,B., & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry, 6*(5), 403–417. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2

Silva, B., Bachelard, M., Bonsack, C., Golay, P., & Morandi, S. (2023). Exploring Patients' Feeling of Being Coerced During Psychiatric Hospital Admission: A Qualitative Study. *Psychiatric Quarterly, 94*(3), 411–434. DOI: 10.1007/s11126-023-10039-6

Socialstyrelsen. (mars 2021). *Information om ändringar i LPT och LRV som syftar till att förbättra för barn inom den psykiatriska tvångsvården.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2021-3-7292.pdf

Socialstyrelsen. (augusti 2023). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Kartläggning och utvecklingsförslag.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-8-8681.pdf

Socialstyrelsen. (December 2023). *Information för dig som behöver psykiatrisk tvångsvård.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-12-8850.pdf

Socialstyrelsen. (8 maj 2025). *Heldygnsvård, tvångsvård och självvald inläggning.* https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/heldygnsvard-och-tvangsvard/

Socialstyrelsen. (3 juli 2024). *Begrepp inom området psykisk hälsa.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9186.pdf

Stuart, R., Akther Ferhana, S., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open, 6*(2). DOI: 10.1192/bjo.2019.101

Støre Brinchmann, B., Spliid Ludvigsen, M., & Godskesen, T. (2024). Nurses´ experience of nasogastric tube feeding under restraint for Anorexia Nervosa in psychiatric hospital. *BMC Medical Ethics, 25*, 1–10. DOI: 10.1186/s12910-024-01108-x

Sugiura, K., Pertega, E., & Holmberg, C. (2020). Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers and professionals. *International Journal of Law and Psychiatry, 73*. DOI: 10.1016/j.ijlp.2020.101645

Svensk sjuksköterskeförening. (4 september 2024). *Värdegrund för omvårdnad.* https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/vardegrundomvardnad.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (29 november 2024). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård.* https://swenurse.se/download/18.ad7ce2419367d798a21bc8a/1732866911290/Kompetensbeskrivning20psykiatri202024.pdf

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). " Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(9–10), 681–698. DOI: 10.1111/jpm.12410

Vetenskapsrådet. (23 september 2024). *God forskningssed*. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

Wangel, A-M., Persson, K., Duerlund, S., Fhager, J., Mårdhed, E., Sjögran, L., Sjöström, K., Glantz, A., Örmon, K., & Sunnqvist, C. (2024). The Core Elements of Psychiatric and Mental Health Nursing: Time, Honest Engagement, Therapeutic Relations, Professional Nursing and Lifetime-Perspective. *Mental Health Nursing, 45*(4), 399–408. DOI: 10.1080/01612840.2024.2305934

World Health Organization. (2022). *World mental health report – transforming mental health for all*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (29 augusti 2024). *Suicide*. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide

BILAGOR

BILAGA 1. Utskick inför deltagande

Hej!

Jag heter Denise och går sista terminen på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatri. Det sista jag gör nu innan examen är att göra en intervjustudie med syfte att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom heldygnsvård.

Jag söker sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård som inom de senaste 10 åren arbetat på någon psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning och utfört tvångsåtgärder.

Skulle du eller någon du känner ha intresse av att delta? Hör av er så snart som möjligt.

Tack på förhand, Denise

BILAGA 2. Informationsbrev

Jag är student på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatrisk vård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom omvårdnad och specialistområdet psykiatrisk vård.

Jag avser att genomföra en intervjustudie inom ramen för examensarbetet.
Preliminär titel på studien är: sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård.

Området jag önskar studera är: sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård.

Jag vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju angående: dina upplevelser av att som sjuksköterska eller specialistsjuksköterska inom psykiatri utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård. Intervjun tar ca 30–60 minuter att genomföra. Intervjun kan genomföras på lokal, över zoom eller per telefon, beroende på tillgänglighet och önskemål. Intervjun kommer att spelas in genom ljudupptagning.

Det som framkommer vid intervjun kommer behandlas konfidentiellt, vilket innebär att både data och deltagare kommer kodas och sedan redovisas så att inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte på något sätt att påverka dig.

Resultaten i detta examensarbete förväntas kunna ge ökad kunskap som kan bidra till att utveckla omvårdnaden för patienter inom psykiatrisk heldygnsvård, specifikt gällande tvångsåtgärder samt för sjuksköterskor som utför tvångsåtgärder.

Om du önskar ytterligare information angående detta examensarbete kan du kontakta mig (se nedan).

Stockholm
Studentens namn: Denise Génetay Herminge
E-post:
Handledare: Johanna Salberg, Lektor
E-post:
Röda Korsets Högskola
Box 1059

BILAGA 3. Samtyckesformulär

141 21 Huddinge
Tel. 08-587 516 00

Samtyckesformulär

Den etiska kompassen
- sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

BILAGA 4. Intervjuguide introduktion och bakgrundsfrågor

Introduktion

- Information om studien
- Information om samtycke, fylla i samtyckesblankett (om inte redan gjort)
- Information om inspelning och hantering av data

Bakgrundsfrågor *(svaren noteras på ett papper innan inspelning för att säkerställa konfidentialitet):*

- Är du grundutbildad sjuksköterska eller specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård?
- Hur gammal är du?
- Identifierar du dig som kvinna, man eller något annat?
- Hur länge har du arbetat som SSK?
- Hur länge har du arbetet som spec. SSK? (om aktuellt)
- Hur länge sen var det som du senast utförde tvångsåtgärder?

BILAGA 5. Intervjuguide

Frågor:

- Skulle du lite kort vilja berätta om dina upplevelser kring att utföra tvångsåtgärder?
- Vilka tvångsåtgärder har du utfört?
- I vilken utsträckning upplevde du att du var förberedd inför att du skulle utföra din första tvångsåtgärd? Beskriv.
- I vilken utsträckning upplever du att du varit förberedd inför att utföra tvångsåtgärder därefter? Beskriv.
- Upplever du att ni i arbetslaget resonerar om etiska överväganden och alternativ till tvångsåtgärder när detta kan bli aktuellt? Beskriv hur.
- På vilka sätt upplever du att patientens perspektiv tas till vara i samband med tvångsåtgärder? Genomförs t.ex. alltid uppföljningssamtal i skälig tid efteråt?
- Hur gör du för att inkludera patienten i genomförandet av tvångsåtgärder?
- Hur gör du för att bevara patientens integritet i genomförandet av tvångsåtgärder?
- Upplever du att någon av de tvångsåtgärder du utfört hade kunnat undvikas? På vilket sätt?
- Beskriv dina upplevelser av att kommunicera med patienten under tvångsåtgärder.
- Beskriv dina upplevelser av kommunikation och reflektion med kollegor i samband med tvångsåtgärder; inför, under och efter.
- Hur upplever du att du påverkas av att utföra tvångsåtgärder?
- Hur upplever du stödet från ledning och kollegor?
- *Vill du tillägga något?*

Följdfrågor:

- Kan du beskriva hur det kändes?
- Kan du berätta mer om det?
- Hur hanterade du det?
- Vill du ge exempel?

BILAGA 6. Utdrag ur intervjutranskript

Då undrar jag om du lite kort skulle vilja beskriva dina upplevelser av att utföra tvångsåtgärder

Och du ska transkribera det här sen… Min upplevelse av att utföra tvångsåtgärder var att det var väldigt påfrestande psykiskt, för det kändes som att man gjorde ju våld mot de här ungdomarna, även om det i många fall var nödvändigt för att de skulle överleva, det var tvångssondningar i stort sett jag utförde, så var det ju, alltså jag tyckte det var jättejobbigt, och det var ju också en av de stora anledningarna till att jag blev sjukskriven för att vi hade så otroligt många tvångssondningar, sista typ fyra-fem månaderna så hade vi i snitt två tvångssodningar per dag. I början så var det mer lätthanterligt för att man hann återhämta sig mellan gångerna men sista perioden så var det ju varje dag och man såg inget slut i sikte heller.

Vilka tvångsåtgärder har du utfört mer än tvångsondning?

Alltså tvångsinjektion, sen blev dom ju ofta lagda i bälte när det tvångssondning, och så var det också, det räknas ju också som en tvångsåtgärd att man gav läkemedel i sonden, just den biten var inte så jobbigt utan det var själva utförandet av sondmatning.

Varför var det så jobbigt?

Därför att patienterna oftast var väldigt, alltså de hade så mycket ångest och också för att det gjordes väldigt mycket motstånd så att man, eller min upplevelse var att jag utförde verkligen våld, man var tvungen att använda på något vis, det var alltid full styrka, fyra skötare plus jag och i vissa tillfällen så var skötarna verkligen tvungna att hålla ner patienten med sin kropp förutom att de då låg i bälte och att jag då skulle föra ner en sond och vissa sondades ju så ofta så de hade ju sår i näsan så man visste ju at det gjorde ont också, liksom rent fysiskt att få en sond, förutom att det var obehagligt så var det även smärtsamt, plus då deras då den inre smärtan i form av ångest

Okej, och om man tänker inför att du skulle utföra din första tvångsåtgärd någonsin, i vilken utsläckning upplever du att du var förberedd inför det?

Det känns väldigt länge sen men jag tror att man kanske aldrig känner sig helt förberedd när man ska göra det första gången och särskilt när man ska göra, utföra något där man gör saker mot, vad ska man säga, personen som man ska göra det för, eller mot, emot deras vilja, jag tror inte, går det någonsin att förbereda sig på fullt ut? Så nej, jag kände mig nog ganska grön också för att jag var ganska, jag hade ju inte jobbat jättelänge, jag minns inte hur länge jag hade jobbat på BUP när jag utförde första tvångsåtgärden, det var tvångssondning tror jag, med största sannolikhet var det den första.

BILAGA 7. Exempel på innehållsanalys

Meningsenheter	Sammanfattning eller komprimerad version av meningsenheter	Koder = essensen av innebörden i varje dataenhet	Underkategorier = grupperingar av koder enligt gemensamma nämnare	Huvudkategorier
”En del tvångsåtgärder är ju mer på påfrestande än andra kan man väl säga, så det är, över lag är det ju jobbigt, det är det ju.” #6	Svåra känslor uppstod för sjuksköterskor vid utförandet av tvångsåtgärder.	Jobbigt att utföra tvångsåtgärder.	**Det man bär med sig**	**Mellan professionell yrkesroll och känslomässigt motstånd**
”Mycket känslor, det finns alltid någon typ av känsla av att man helst inte vill det. Adrenalinpåslag finns väl alltid lite, så här lite lätt ångest efteråt.” #2				
”En väldigt speciell situation som man helst vill undvika… Det har väl aldrig känts bra men det har kunnat kännas nödvändigt.” #1	Flera sjuksköterskor ansåg tvångsåtgärder som svårt och etisk problematiskt, men nödvändigt att utföra.	Svårt men nödvändigt att utföra tvångsåtgärder.	**Ett nödvändigt ont**	
”Min upplevelse av att utföra tvångsåtgärder var att det var väldigt påfrestande psykiskt, för det kändes som att man gjorde våld mot de här ungdomarna även om det i många fall var nödvändigt för att de skulle överleva.” #3				

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se