



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Patienters erfarenheter av tvångsvård

- En litteraturbaserad studie

Emma Attar

Jessica Johansson

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst
HT-terminen 2018**

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 99 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se

Patienters erfarenheter av tvångsvård – En litteraturbaserad studie
Patients' experiences of coercive care – A literature-based study

Författare	Emma Attar Jessica Johansson
Handledare	Annelise Tilly Lund
Examinator	Gudrun Rudolfsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/Kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2018
Antal sidor	21

Abstract

Background: Admitting psychiatric patients against their will is a criticized form of care. Decisions stating that a patient needs to be hospitalized under coercion are based on their incapability to voluntarily participate in their care. Former patients reported that coercive care led to lower satisfaction with their care. Although most former patients experienced negative care, there were patients that understood their care. Previous studies stated a need to examine how patients experienced being under coercive care and subjected to coercive measures such as seclusion, mechanical restraint and forced medication.

Aim: This study aimed to illuminate adult psychiatric inpatients experiences of coercive care.

Method: A literature-based study based on analysis of ten qualitative scientific studies.

Results: 3 themes with 10 subthemes emerged from the analysis; interpersonal relationships, lack of influence while under coercive care and good coercion. The results showed that negative experiences of coercion were often linked to the actions of the mental health care staff. The relationship to the staff could contribute to their experiences being negative or positive. Patients also stated that they felt powerless and experienced loss of autonomy during coercive care. Good coercion was experienced when they felt seen and taken seriously.

Conclusion: Patients expressed both negative and positive experiences of coercion. Patients wished for better adjusted information and opportunities to participate. They also expressed the need for trusting and supportive relationships to the mental health care staff. This could lead to greater understanding for their coercive care.

Keywords: Coercion, coercive measures, experience, patients, psychiatry.

Populärvetenskaplig sammanfattning

I dagens samhälle rapporteras en ökning av psykisk ohälsa. Samtidigt är den psykiatriska tvångsvården under tung belastning och hög beläggning. Tvångsvård kritiseras dessutom för låg bemanning och bristande kompetens. Detta anses påverka patienters förmåga att praktisera sina rättigheter och medverka i sin vård. Det påverkar i sin tur vårdkvaliteten. Patienter kräver idag ökad delaktighet och information vid tvångsvård.

Målet med tvångsvård är att förmå patienten att frivilligt medverka till vård. Tvångsvård blir inte aktuellt om patienten inte har ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård. Vid vård under tvång är det möjligt att genomföra specifika åtgärder. Det kan röra sig om fastspänning, avskiljning eller tvångsmedicinering. Tillämpning av sådana åtgärder kräver god motivering och ska inte utsätta patienten för onödigt övergrepp. Makt och etik är förekommande begrepp som bör reflekteras över vid tvångsvård. Patienter under tvångsvård upplever maktlöshet och bristande kontroll. Dessutom förekommer oförståelse för varför tvångsvård tillämpas. Otillräcklig information och bristande delaktighet anses bidra till oförståelsen. Därtill påverkar relationen till vårdpersonalen patienters erfarenheter av tvångsvård. Relationer baserade på tillit och stöd bidrar till ökad förståelse. Goda relationer kan dessutom leda till att åtgärder som tvångsmedicinering och fastspänning kan undvikas. De relationer där patienten inte känner sig sedd eller lyssnad på bidrar till negativa erfarenheter av tvångsvård. Patienter som inte får göra sina röster hörda upplever ofta att åtgärder under tvång vart onödiga, allt som egentligen hade behövts var stöd och samtal.

God tvångsvård grundar sig i förståelse för varför vård under tvång var nödvändigt. Det beskrivs som ett nödvändigt ont. Acceptans kan återfinnas i att vården är för deras eget bästa. Tvångsvård blir då ett tillfälligt anstånd i patienters ansvar för sig själva och lättnad återfinns i att någon annan tar över. Därtill kan tvångsvård upplevas som en insats vilken räddat patienter från att skada sig själva eller andra. Resultatet i föreliggande litteraturbaserade studie kan användas av sjuksköterskor för att skapa förståelse för patienters önskemål och erfarenheter. Genom att skapa förståelse kan sjuksköterskan arbeta för en förbättring inom psykiatrisk tvångsvård.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Historik.....	1
Psykisk störning	2
Tvångsvård	2
Metoder för tvångsåtgärder	3
Tvångsvårdens inverkan på patienten	4
Känsla av sammanhang.....	4
Makt och fullmakt	5
Etik och tvångsvård.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	7
Urval.....	7
Analys.....	8
Resultat	9
Mellanmänskliga relationer.....	9
Effekten av vårdpersonalens bemötande	9
Brist på information och delaktighet	10
Behov av tillit	11
Att sakna rättigheter	11
Känsla av maktlöshet	11
Känsla av förnedring och förödmjukelse	12
Brist på kontroll	12
Förlust av identitet	13
Begränsning av frihet	13
God tvångsvård.....	14
Nödvändig och accepterad vård	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsatser	20
Praktiska implikationer.....	21
Förslag till fortsatt kompetensutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	21
Referenser	22

Bilagor

I Sökhistorik

II Översikt av analyserad litteratur

III Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Inledning

Psykisk ohälsa är ett ökande samhällsproblem. Folkhälsomyndigheten rapporterade år 2016 en ökning av psykisk ohälsa, oberoende av kön och ålder, över en tio års period. 60 000 personer diagnostiserades med diagnoser inom psykiska och beteendemässiga syndrom och störningar samt alkoholrelaterade syndrom i Sverige år 2017 (Socialstyrelsen, 2018a). Omkring 12000 personer vårdas årligen under lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, i Sverige (SFS 1991:1128; Socialstyrelsen, 2018b). Den psykiatriska tvångsvården är under tung belastning och hög beläggning. Detta drabbar i sin tur patientsäkerheten och vårdmiljön (Socialstyrelsen, 2013).

Inom psykiatrisk vård ligger fokus på sjuksköterskans förmåga att samspela med och uppnå medverkan hos patienten (Ottosson, 2015). Patienter kan i sin sjukdomsfas bedömas ha en oförmåga att fatta rationella beslut och ha bristande sjukdomsinsikt (Arlebrink, 2010). Förmåga att samspela föreligger inte och tvångsvård blir då aktuellt. Tillämpning av tvångsvård kräver tydlig motivering och etiskt resonemang för att inte utsätta patienten för ett oacceptabelt övergrepp (Arlebrink, 2010). Under lagen om psykiatrisk tvångsvård kan olika tvångsåtgärder tillämpas (SFS 1991:1128). Tvångsåtgärder är tänkta att ses som skyddsåtgärder, för att skydda patienten och människor i patientens närhet (Svensk psykiatriska föreningen [SPF], 2013). Tvångsåtgärder ska bedrivas med hänsyn till patienten och ska i största möjliga mån vara varsamma (SFS 1991:1128). Den vård som ges en patient under tvång ska vara ansvarsfull, kompetent, omfattande och organiserad (Socialstyrelsen, 2013). En patient kan bli tvångsvårdad om denne motsätter sig frivillig vård (SFS 1991:1128). SPF:s riktlinjer (2013) förklarar en utveckling över tid avseende patienters ökade krav på information och delaktighet vid tvångsvård. Fortsättningsvis råder det bristande forskning om hur patienten erfar tvångsvård (SPF, 2013). Det finns behov av ökad förståelse för och kunskap hos allmänsjuksköterskan och annan vårdpersonal om patienters erfarenheter gällande tvångsvård. Det är således angeläget att undersöka vilka erfarenheter patienter har för att kunna förbättra tillämpningen av tvångsvård i praktiken och därmed öka patienters förmåga att vara delaktiga i vården.

Bakgrund

Historik

Psykisk sjukdom ansågs under 1200-talets början vara en trolldom och de drabbade var förhäxade (Grönwall & Holgersson, 2009). Vid 1200-talets slut upprättades Uppsalalagen vilken innebar att alla med en psykiskt sjuk familjemedlem omedelbart skulle informera stadens befolkning för att föra den sjuke till häktet. Detta för att skydda befolkningen. Nu var främst kyrkan och klostren ansvariga för de psykiskt sjuka vilka då ansågs vara besatta av demoner eller straffade av Gud. Under 1500-talet blev psykiskt sjuka istället inlåsta i dårhus där behandling bland annat kunde bestå av bojor, fastspänning och elchocker. Staten tog under 1600-talet över ansvaret för de psykiskt sjuka. Sinnessjukhusen började utformas och patienterna släpptes till sist fria från sina kedjor (Grönwall & Holgersson, 2009). Förhoppningar var att skydda befolkningen genom isolering och frihetsberövande för att underlätta vården av de sjuka (Grönwall & Holgersson, 2009; Qvarsell, 1982). Under 1800-talet började naturvetenskaperna spekulera i vad psykisk sjukdom egentligen var och om det kunde behandlas. Dåtidens behandling var främst avskiljning. Övergången från besatthet av demoner till ett sjukdomstillstånd är en viktig period inom psykiatrins historia (Grönwall & Holgersson, 2009).

Psykiatri blev en medicinsk specialitet i Sverige först 1851, då riksdagen beslutat att alla människor ska ha rätt till läkarvård (Grönwall & Holgersson, 2009). Under andra världskriget ansågs åter psykiskt sjuka vara en fara för samhället i och med risken för det biologiska arvet. 1948 ökade säkerheten för psykiatripatienter då Sverige antog FN:s deklaration gällande mänskliga rättigheter (Grönwall & Holgersson, 2009). Deklarationen innebär att alla människor har samma rättigheter till förslagsvis frihet och säkerhet världen över (UN General Assembly, 1948). Först på 1960-talet började befolkningen ifrågasätta mentalsjukhusen. Sveriges riksdag hörsammade efter en tid sin befolkning och införde ändringar i den psykiatriska vården (Grönwall & Holgersson, 2009). Under 2000-talet har synen på psykisk ohälsa uppmärksammats mycket och mer förståelse råder idag för tillstånden. Psykisk ohälsa ses nu som vilket sjukdomstillstånd som helst och ska diagnostiseras och behandlas (Socialstyrelsen, 2013).

Psykisk störning

Psykisk störning definieras som ett brett tillstånd av psykisk ohälsa vilket innefattar psykisk sjukdom, psykiska syndrom och beteendestörningar. Begreppet avser mer allvarliga tillstånd än förslagsvis trauma eller livskris (Nationalencyklopedin, u.å.). Vid allvarliga psykiska störningar där patienten saknar sjukdomsinsikt kan vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård bli aktuellt (SFS 1991:1128). Lagen om psykiatrisk tvångsvård använder sig av benämningen en *allvarlig psykisk störning* och avser vårda patienter i detta tillstånd (SFS 1991:1128). Med allvarlig psykisk störning åsyftas tillstånd av psykotisk karaktär vilka påverkar verklighetsuppfattning i form av vanföreställningar, hallucinationer och förvirring (Socialstyrelsen, 2009). Ytterligare tillstånd som ingår är demens, djupa depressioner, svåra ätstörningar och suicidtankar. Vidare innefattar begreppet svåra personlighetsstörningar, krisreaktioner, maniska tillstånd och symptom utlösta ur missbruk av droger eller alkohol. Störningens allvarlighetsgrad ska bedömas utifrån svårighetsgrad och typ av störning (Socialstyrelsen, 2009).

Tvångsvård

Tvångsvård syftar till att hjälpa patienten få insikt i sin psykiska sjukdom och öka medverkan till vård. Genomförande av vård under tvång kan anses motsägelsefullt då all vård ska fokusera på patienten som person och inte som en sjukdom (Nicolini, Vandenberghé & Gastmans, 2017). Kritik har riktats mot psykiatrin med grund i att patienter ges tvångsvård trots att de inte har träffat läkare för riskbedömning. Dessutom kritiseras psykiatrin för låg bemanning och brist på kompetens (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2018). Salzmänn-Erikson, Lützen, Ivarsson och Eriksson (2008) förklarar att sjuksköterskan inom psykiatrisk tvångsvård upplever att patienterna tenderar att bli mer utåtagerande vid bristande information om varför de fått tvångsvård. Sjuksköterskan ansvarar för att lugna patienten i en stressande situation. En del patienter känner sig tryggare med specifika sjuksköterskor och ska om möjligt bli bemötta av dem. Detta för att undvika hotfulla situationer kantade av agiterat och utåtagerande beteende (Salzmänn-Erikson et al., 2008). Inom psykiatrisk vård har sjuksköterskan som funktion att bidra med insatser som stärker patienters erfarenheter av kontroll. Vidare ska sjuksköterskan stötta patienter i att utveckla strategier för att hantera känslor av meningslöshet och hantera sin sjukdom (psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Vid vård under tvång krävs hos sjuksköterskan förståelse för den enskilda patienten, etisk medvetenhet och lyhördhet (SPF, 2013).

I Sverige sker all vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30; SPF, 2013). Lagen om psykiatrisk tvångsvård är en del av HSL och har som mål att förmå patienten att frivilligt

medverka till sin vård. Detta genom att med information försöka göra patienten delaktig (SFS 1991:1128). LPT utgör således endast specifika undantag från HSL (SFS 2017:30; SPF, 2013). Psykiatrisk tvångsvård får endast tillämpas om patienten lider av en allvarlig psykisk störning som inte enbart är utvecklingsstörning och på grund av sitt tillstånd uppfyller en av två kriterier (SFS 1991:1128). Första kriteriet innebär att patienten har ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård, som endast kan tillgodoses om patienten är intagen till slutna psykiatrisk vård. Andra kriteriet innebär att särskilda villkor behöver vidtas för att vårda patienten med nödvändig vård inom öppen psykiatrisk vård. En patient kan föras till en sjukvårdsinrättning mot sin vilja om läkare har utfärdat ett vårdintyg. Önskar patienten lämna vårdinrättningen kan läkaren fatta kvarhållningsbeslut vilket gör att patienten tvingas stanna. Ett kvarhållningsbeslut permanenteras till LPT eller förkastas, detta ska göras inom 24 timmar. Polis får om det finns motiverad anledning till att anta att patienten lider av allvarlig psykisk störning omhänderta patienten och föra denne till sjukvårdsinrättning (SFS 1991:1128). Senare tillägg till LPT innebär också att en patient ska farlighets bedömas avseende risk för andra människors säkerhet och/eller fysiska och psykiska hälsa (SFS 2008:415).

Under tvångsvård får specifika tvångsåtgärder genomföras om patienten inte frivilligt medverkar efter individuellt anpassad information (SFS 1991:1128). Tvångsåtgärder i slutna vård ska genomföras i god proportion till syftet med åtgärden. Följaktligen tillämpas så små ingripande åtgärder som möjligt. Tvångsåtgärder ska genomföras skonsamt och med hänsyn till patienten. Dessutom ska patienten så snart sjukdomstillstånd tillåter informeras om dennes rätt till stödperson som kan stötta patienten i personliga frågor (SFS 1991:1128).

Metoder för tvångsåtgärder

Inom psykiatrisk vård förutsätts ofta att patienten med nedsatt autonomi har behov av tvångsåtgärder (O'Brien & Golding, 2003). Viktigt att ha i åtanke är att om tvångsåtgärder ska vara aktuella krävs det att åtgärderna gör mindre skada än vad som hade kunnat ske om patienten inte erhåller den vård som denne bedöms vara i behov av (O'Brien & Golding, 2003). Tvångsåtgärder är tänkta som skyddsåtgärder och kan vara fastspänning, tvångsmedicinering och avskiljning (SPF, 2013).

Avskiljning är en akut åtgärd om andra åtgärder inte fungerar och kan pågå i max åtta timmar, eventuell förlängning ska rapporteras till IVO (SFS 1991:28). En patient får hållas avskild från andra patienter om denne agerar aggressivt och beteendet anses så allvarligt att det försvårar vården för andra patienter (SFS 1991:28). Patienter under avskiljning ska vara under kontinuerlig uppsikt, antingen genom att personal är närvarande i rummet eller genom fönster (SPF, 2013). Patienter får under avskiljning möjlighet att varva ner, med eller utan stöd av personal. Patienter ska hela tiden få grundläggande behov tillförsedda och vid risk för kroppslig skada ska föremål i rummet elimineras (SPF, 2013). En patient kan *fastspännas* efter beslut om LPT om det förekommer risk för att patienten skadar sig själv eller andra. Personal ska alltid närvara när en patient hålls fastspänd (SFS 1991:28). En patient kan ligga fastspänd i fyra timmar, bedömer läkare att det krävs längre tid behöver detta direkt rapporteras till IVO (SFS 1991:28). Fastspänning är en direkt integritetskränkande åtgärd och patientens värdighet ska i stor utsträckning bevaras (SPF, 2013). *Tvångsmedicinering* är en insats som ofta tillämpas under fasthållning eller fastspänning och administreras främst som injektioner (SPF, 2013). Innan denna åtgärd utförs ska alltid patienten erhålla information om procedurer vid tvångsmedicinering och att det är en utgång om de inte frivilligt tar sin medicin. Eventuellt kan det finnas anledningar till att en patient inte vill ta en specifik medicin. Patienter bör informeras om effekten av läkemedlet (SPF, 2013). Patienter ska om det finns risk för dennes hälsa och liv

tillföras nödvändig behandling (SFS 1991:28). Tvångsmedicinering är direkt kränkande och kan skapa trauma för patienten, patientens privata sfär och säkerhet ska bibehållas i största möjliga mån (SPF, 2013). I föreliggande litteraturbaserade studie har författarna valt att benämna redovisade tvångsåtgärder under samlingsnamnet tvångsvård.

Tvångsvårdens inverkan på patienten

Tvångsvård beskrivs av patienter i tidigare studier som negativ och som ett hot mot individen samt dennes rättigheter (Strauss et al., 2012; Haw, Stubbs, Bickle & Stewarts, 2011; Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner & Mayoral-Cleries, 2018). Patienter rapporterar i högre utsträckning låg tillfredställelse med den psykiatriska vården när de blir vårdade under tvång, speciellt om de sedan tidigare blivit tvångsvårdade med fastspänning och tvångsmedicinering (Strauss et al., 2012). Patienter uppger bristande säkerhet på avdelningar och vid flera tillfällen hade medpatienter orsakat skada. Det förekommer också att patienter förstår tvångsvården och anser den som nödvändig (Gilburt, Rose & Slade, 2008).

Vidare rapporterar en del patienter erfarenheter av avskiljning som ett tillfälle för reflektion, men även en åtgärd som framkallar starka känslor. Tvångsmedicinering var mycket kritiserat, främst då patienterna upplever bristande kunskap om vad åtgärden innebär. Försättningsvis förklarar patienterna fastspänning som en åtgärd vilken skapade en känsla av brist på kontroll, men även som en möjlighet att återfå kontroll (Haw et al, 2011).

Aguilera-Serrano et al. (2018) konstaterar att en god relation med personal påverkar patientens subjektiva erfarenheter av tvångsvård. Patienter rapporterar ökad tillfredställelse med vården när personal fanns där. Vidare konstaterar Aguilera-Serrano et al. (2018) att återkoppling efter att ha blivit vårdade med tvångsåtgärder reducerade emotionell stress hos patienter. Tvångsvården, oavsett åtgärd, tillför patienterna rädsla. Tvångsmedicinering beskrivs av patienter som den minst traumatiserande metoden av tvångsåtgärd vilken föredras framför fastspänning och avskiljning (Aguilera-Serrano et al., 2018). Höyer (2008) menar att förståelse för den inverkan som tvångsvård har på patienter är bristande och mer forskning behövs inom området.

Känsla av sammanhang

Känsla av sammanhang anses nödvändigt för att utveckla och behålla god psykisk hälsa. Hög känsla av sammanhang innebär att patienten har goda möjligheter att hantera stressfyllda situationer och begripa negativt associerade erfarenheter. Detta bidrar till individens känsla av meningsfullhet då ett gott tillstånd uppnås (Eriksson, 2007).

Känsla av sammanhang förklaras utifrån en teori utvecklad av Antonovsky (2005). Antonovsky (2005) förklarar att en känsla av sammanhang är nödvändig för den enskilde individens upplevelse av hälsa eller ohälsa och förmågor att gå från ohälsa till hälsa. Tre bärande begrepp är av signifikans för att åstadkomma en känsla av sammanhang. Dessa är hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Genom att individen upplever hanterbarhet har denne resurser till att hantera de krav som ställs. Begriplighet beskrivs som den förmåga individen har att begripa sammanhang. Individens känsla av meningsfullhet skapas då individen är delaktig och medverkar i de processer som formar dennes dagliga liv. Dessutom innebär detta i vilken mån individen upplever att dennes liv har en känslomässig innebörd. Saknar individen någon av dessa tre förmågor påverkas dennes upplevelse av sammanhang och likaså förmåga att uppleva hälsa (Antonovsky, 2005). Låg känsla av sammanhang relateras bland annat till patienter med djup depression, hög ångest och hög suicidrisk. Suicidrisken var åtta

gångar så stor efter redan genomfört suicidförsök vid låg skattning av känsla av sammanhang (Sjöström, Hetta & Waern, 2011). Dessutom skattar patienter med ätstörningar låg känsla av sammanhang. Detta relateras till deras upplevelser av att vara perfekta, utifrån deras egna självbild och samhällets ideal (Petersson, Perseius & Johnsson, 2013).

Makt och fullmakt

Begreppet makt kan definieras som en inre kraft hos människan eller som en personlig förmåga att handla för sitt eget eller för någon annans bästa (Rundqvist, 2004). Rundqvist (2004) konstaterar att makt över människan kan gestalta sig som osynliggörande. Detta genom våld, kränkning eller tvång och förknippas med maktmissbruk. Vidare konstaterar Rundqvist att vårdpersonal använder inre kraft för att lindra lidande hos patienten. För att lindra lidande krävs att vårdaren vinner patientens tillit och får patienten att känna sig trygg. En patient vars förmåga till egen makt uteblir vid hälsohinder ska vårdas med respekt för dennes liv (Rundqvist, 2004). Foucault (1997) har beskrivit psykiatrisk makt som den makt som utövas mot den psykiskt sjuka genom att kliniskt diagnostisera patienten. Detta fråntar patienten makt eftersom patienten saknar den kunskap läkare och forskare har. Foucault menar att klinisk och medicinsk kunskap gör det möjligt att benämna en psykiatrisk patients galenskap som en sjukdom. Genom att göra det vidhåller läkaren makten och patienten blir inte vilken patient som helst, utan en *psykiatrisk patient* (Foucault, 1997). Fullmakt handlar enligt Rundqvist (2004) om att bemyndiga någon, att tillföra någon bestämmanderätt att agera å dennes vägnar. Vidare beskrivs fullmakt som ett ansvar som kan tillföras någon i förtroende. Fullmakt uppstår när patienten känner stark tillit till vårdpersonal. Det är endast de som tålmodigt inväntar fullmakten som kommer få den av patienten. Den som förutsätter sig ha fullmakt över patienten kan komma att utföra övergrepp. Fullmakt kan för patienten innebära överlämnande av allt ansvar och dennes liv vilar då i sjuksköterskans händer (Rundqvist, 2004).

Makt kan relateras till proportionalitetsprincipen i LPT vilken understryker vikten av att åtgärderna är rimliga i förhållande till syftet med åtgärden. Så små ingripande åtgärder som möjligt genomförs för att inte utsätta patienten för övergrepp (SPF, 2013; SFS 1991:28). Vid omhändertagande enligt LPT uppstår maktförhållanden mellan patient och sjuksköterska då patienten berövas sin autonomi. Fastspänning och tvångsmedicinering berövar patienten på sin makt och sätter patienten i beroendeställning (SPF, 2013). Patienter som tidigare vårdats under tvång erfar kränkning av deras autonomi då sjuksköterskan saknar lyhördhet och misslyckas med att se människan bakom sjukdomen. Patienter uppger fortsättningsvis att sjuksköterskan är den som besitter all makt (Olofsson & Norberg, 2000). Osynlig makt kan inom psykiatrisk tvångsvård gestaltas genom att patienters egna upplevelser och önskemål inte tillgodoses (Cutcliffe & Happell, 2009). Patienter uppger att sjuksköterskan styr över deras förmåga att delta. Vidare handlar sjuksköterskan i patientens intresse utan att egentligen lyssna på patienten. Patienter uttrycker att tvångsmedicinering och inskränkning på deras frihet genomförts utan att de fått göra sina röster hörda (Cutcliffe & Happell, 2009). För att minska brukandet av makt ska tvångsvård ske som sista tillflykt och åtgärden kräver ständig etisk reflektion (SPF, 2013).

Etik och tvångsvård

Etik är moralens teori och innebär att reflektera över tankar och handlingars goda eller onda natur, om dessa är rätt eller fel (SPF, 2013). Foucault (1997) beskriver etik som individens rätt till frihet och att leda sig själv. Foucault (1997) menar att etik är den relationen individen har till sig själv och handlingar och bedömningar genomförs utifrån den egna moralen. Sjuksköterskan bör arbeta enligt ICN:s etiska kod (2017) vilken belyser principerna; göra gott,

inte skada, skapa rättvisa och bevara autonomi. Enligt SPF:s (2013) riktlinjer ställs dessa etiska principer i konflikt vid tvångsvård. Patienten berövas sin rätt till självbestämmande och den grundläggande rätten att bestämma över sig själv, men tvångsvård kan tillföra den tvångsätgårdade patienten tillfälligt anstånd avseende dennes ansvar för sig själv (SPF, 2013). Sjuksköterskor som utövar tvångsätgärder upplever att det är ett nödvändigt verktyg för att hjälpa patienten i sitt sjukdomstillstånd (Olofsson & Norberg, 2000). Vidare menar sjuksköterskor att tvångsvård påverkar patienten mindre negativt genom en god relation mellan patient och sjuksköterska (Olofsson & Norberg, 2000). Sjuksköterskor upplever etiska dilemman vid tillämpning av tvångsätgärder. Dessa etiska dilemman rättfärdigas ofta med att de besitter kunskap om behandling och dess effekt vid psykisk sjukdom (O'Brien & Golding 2003). Sjuksköterskor beskriver att det ofta inte finns något annat alternativ än tvång, men önskar att de kunnat tillämpa mildare och mer humant tvång (Olofsson, Gilje, Jacobsson & Norberg, 1998). Främst föredrog sjuksköterskorna att kunna vårda patienten utan tvång och eftersträvade en tillitsfull relation till patienten. Sjuksköterskorna upplevde ambivalens avseende deras önskan att göra gott för patienten och samtidigt utöva insatser under tvång (Olofsson et al., 1998).

Problemformulering

Varje år vårdas 1200 vuxna psykiatripatienter under tvång. Samtidigt råder det inom den psykiatriska tvångsvården hög beläggning. Den ökade psykiska ohälsan och brister inom psykiatrisk tvångsvård är ett stort samhällsproblem. Det är känt att tvångsvård kan framkalla olika känslor av obehag hos patienterna. Vanligt förekommande är rädsla och oro över att inte kunna bestämma över åtgärder i sitt eget liv. Det förekommer också att patienter upplever sin tvångsvård som nödvändig och hjälpsam. Patienter kräver idag ökad delaktighet i sin vård och det är sjuksköterskans ansvar att förse patienten med det. Sjuksköterskan ansvarar för att utgå ifrån etiska principer som att göra gott och inte skada, detta ställs i kontrast till att vårda patienter som motsätter sig vård. Tidigare studier visar att det finns behov av ytterligare forskning i hur patienters erfarenheter av tvångsvård ser ut. Eftersom patienter är de som i första hand erfar vård under tvång, belyser föreliggande litteraturbaserade studie patienters erfarenheter. Genom att beskriva patienters erfarenheter av tvångsvård främjas förståelse och kunskap angående tvångsvårdens inverkan på individen.

Syfte

Att belysa patienternas erfarenheter av tvångsvård inom vuxen psykiatrisk slutenvård.

Metod

Föreliggande examensarbete är utarbetat som en litteraturbaserad studie beskriven av Friberg (2017a). Friberg (2017a) beskriver att kvalitativ forskning används när förståelse för den enskilda individens erfarenheter eftersöks. Genom att sammanställa flera kvalitativa studier skapas större kunskapsvärde än vad en enskild kvalitativ studie bidrar till. På så sätt genereras kombinerad kunskap om ett fenomen eller en företeelse. Den kunskap om erfarenheter och upplevelser den kvalitativa forskningen bidrar till ska ha en praktisk nytta. För att generera forskning som kan appliceras i praktiken är det av vikt att samla in relevant data i kvalitativ forskning. Insamlad kvalitativ data blir sedan föremål för kritisk granskning och analys. Genom att grunda analysen i kvalitativ forskning genereras evidensbaserad omvårdnad. Evidens i kvalitativ forskning innebär att studierna ska bidra till en stabilare utgångspunkt i omvårdnadshandlingar och som vägledning i det praktiska vårdarbetet. Genom att

sammanställa flera kvalitativa artiklar enligt vald metod bidrar forskningen till den omvårdnadsvetenskapliga kunskapsväxten (Friberg, 2017a).

Litteratursökning

För att erhålla en översikt av tillgängligt forskningsmaterial och undersöka om underlaget som fanns var tillräckligt för att besvara studiens syfte genomfördes först flera osystematiska sökningar. Osystematiska sökningar genomfördes på tänkbara sökord som ansågs kunna belysa det område som skulle undersökas. Tänkbara informationskällor hittas via bibliotekets hemsida, vetenskapliga artiklar sökes främst i Cinahl eller angränsande databaser (Friberg, 2017a; Östlundh, 2017). Efter de osystematiska sökningarna bedömdes underlaget vara tillfredställande och den systematiska sökningen påbörjades vilken redovisas i bilaga I. Det är viktigt att från start vara noggrann och planera sin sökning samt att korrekt dokumentera tillvägagångssätt (Östlundh, 2017). Första sökningen genomfördes i Cinahl och sökorden ”psychiatri*”, ”coercion”, ”experienc*”, ”perception*” och ”patient*” användes. Orden kombinerades med den booleska sökoperatorm AND och OR.

När litteratur eftersökes är det ändamålsenligt att använda flera sökord. Dessutom krävs sökning på varje synonym för att generera sökning på synonyma ord (Östlundh, 2017). Detta genomfördes med boolesk söklogik. Vanligast förekommande booleska sökoperatorm är AND vilken användes för att koppla ihop ord. Fortsättningsvis användes OR som sökoperatorm för att få träffar på två synonyma sökord. Vid sökning i databaser framkommer inte alla böjningar på ett ord, för att åstadkomma detta användes termen trunkering. Trunkering gör det möjligt att söka flera grammatiska böjningar på ordet samtidigt. Det vanligast förekommande trunkeringstecknet är förslagsvis en asterisk ”*” (Östlundh, 2017). Den första sökningen genererade ett bra urval av artiklar. Efter att ha granskat urvalet gav sökningen sex användbara artiklar till analysen.

För att genera flera artiklar och täcka av underlaget genomfördes en ny sökning i PsycInfo. Vid den andra sökningen användes fortsättningsvis ”experienc*” och ”perception*” som lades samman med OR och kombinerades därefter med AND ”psychiatri*”, ”patient*” och ”coercion”. Samtliga sökningar begränsades med peer-review, artiklar skrivna på engelska, publicerade mellan 2008 - 2018 och tillgängliga i fulltext. Sökningen genererade två användbara artiklar till analys.

Sekundärsökning kan användas som komplement för att hitta litteratur som svarar på syftet. Det kan förslagsvis vara en användbar artikel som återfinns i andra dokument (Friberg, 2017b). Referenslistor till lästa vetenskapliga artiklar, avhandlingar och examensarbeten granskades för inspiration till litteratursökning. Detta resulterade i två användbara artiklar.

Urval

När artiklar valts ut ska en granskning av dessa genomföras. Speciellt viktigt är att granska om artiklarna fångar studiens syfte och förståelsen för det syfte man vill studera, valda artiklar redovisas sedan i en översiktstabell (Friberg, 2017a). Artiklarna granskade utifrån en bearbetad kvalitetsgranskningsmall (se bilaga III) av Högskolan Väst, utarbetad av en förlaga framställd i Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Valda artiklar granskades separat av författarna och sedan gemensamt för att utesluta förförståelse och värderingar. Tre granskade artiklar erhöll grad 2 och sju artiklar erhöll grad 1 efter granskningsmallen.

Inklusionskriterierna i föreliggande litteraturbaserade studie var att artiklarna skulle vara gjorda på patienter som vårdats inom vuxen psykiatrisk slutenvård. Patienterna skulle ha fått

tvångsvård. Artiklarna skulle hålla god kvalitet avseende grad 1 eller 2 i kvalitetsgranskning. Vidare skulle artiklarna vara publicerade de senaste 10 åren, skrivna på engelska, finnas i fulltext och vara peer-reviewed. Artiklarna skulle vara utförda med kvalitativ ansats. Eftersom psykiatrisk tvångsvård förhåller sig liknande inom Europas gränser inkluderades artiklar från hela Europa.

Exklusionskriterierna för den litteraturbaserade studien var artiklar med kvantitativ ansats och artiklar om barn- och ungdomspsykiatri. Patienter som vårdats inom rättspsykiatrisk vård exkluderades eftersom sådan vård går under en annan lag. Artiklar från andra kontinenter än Europa exkluderades med grund i att lagar kring tvångsvård är annorlunda i flertalet av länderna. Sökningarna genererade totalt 10 artiklar som ligger till grund för resultatet (se bilaga II).

Analys

I föreliggande litteraturbaserade studie analyserades valda artiklar enligt fem-stegsmodellen beskriven av Friberg (2017a). Processen innebär övergripande att studiernas helhet studeras till en början för att få en uppfattning om resultatet. Därefter delas helheten i delar för att vidare kunna jämföra likheter och skillnader. Slutligen skapas en ny helhet, det vill säga ett nytt resultat (Friberg, 2017a).

Första steget i analysprocessen innebar att noggrant läsa igenom de valda artiklarna för att få en djupare förståelse för vad resultatet handlar om. Nästa steg i analysen fokuserade på att söka nyckelfynd i varje enskild artikels resultat. Tredje steget fokuserade på att skapa en översikt över studiernas resultat för att enklare se vad som skulle analyseras (Friberg, 2017a). I början av processen genomfördes analysen separat för att sedan diskutera och reflektera tillsammans över framtagna data. Artiklarna lästes till en början igenom separat för att skapa förståelse för studiernas resultat. Därefter lades fokus på varje enskilt resultat och de nyckelfynd som uppmärksammades markerades med markeringspenna. För att skapa en översikt av studiernas resultat gjordes urklipp av det viktigaste ur varje studie. Urklippen representerade det mest väsentliga för denna studie.

Fjärde steget i analysprocessen fokuserade på att jämföra likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. Det material som hade likheter sammanfördes till nya teman och subteman. Viktigt var att genom hela analyssteget reflektera över hur materialet beskrivits och ha syftet som utgångspunkt för att inte hamna på sidospår (Friberg, 2017a). Utifrån de nyckelfynd som placerats i urklipp jämfördes likheter och skillnader mellan samtliga resultat. Vid detta steg i processen genomfördes resterande del av analysen gemensamt. Genom att gruppera alla urklipp baserat på nyckelordens likheter var målet att komma fram till vad som bäst ansågs spegla syftet. Under processen fördes diskussion och reflektion kring olika alternativ med syftet i åtanke. Steg fem i fem-stegsmodellen förklarade att den klara analysen bör beskrivas tydligt och förståeligt för den tänkta läsaren. De teman som formulerades beskrivs med en kort text och resultatet redovisas med de analyserade artiklarna som referenser (Friberg, 2017a). De teman och subteman som genererades utifrån ovanstående analys beskrivs i resultatet.

Resultat

Analysen resulterade i tre teman och nio subteman som beskrivs i resultatet. I tabell I nedan redovisas en översikt av framtagna teman och subteman.

Tabell I

Tema	Subtema
Mellanmänskliga relationer	Effekten av vårdpersonalens bemötande Brist på information och delaktighet Behov av tillit
Att sakna rättigheter	Känsla av maktlöshet Känsla av förnedring och förödmjukelse Brist på kontroll Förlust av identitet Begränsningar av frihet
God tvångsvård	Nödvändig och accepterad vård

Mellanmänskliga relationer

För att minska negativa erfarenheter, krävs enligt patienterna goda relationer mellan patient och vårdpersonal. Tillit, information och delaktighet var stora bidragande faktorer till en god relation och för att patienterna skulle kunna utveckla förståelse för sin tvångsvård. Otillräcklig information, bristande tillit och kränkande bemötande av vårdpersonalen ansågs bidra till negativa erfarenheter av tvångsvård.

Effekten av vårdpersonalens bemötande

Många av patienternas erfarenheter av tvångsvård var tätt sammanflätade till vårdpersonalens attityder och beteende (Ridley & Hunter, 2013). Erfarenheter av tvångsvård var mer positiva om vårdpersonalen varit uppmärksamma,hängivna och empatiska (Andreasson & Skärsäter, 2012; Lorem, Hem & Molewijk, 2015). Vårdpersonal med erfarenhet och kompetens och som bemötte dem med genuin omtanke och stabilitet, satte gränser och införde regler som kändes resonabla var en källa till säkerhet (Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienter upplevde att de blev förstärkta av vårdpersonal som stod upp för dem, förde deras talan och var flexibla till individuella omständigheter. Dessutom uppskattades vårdpersonal som värderade patienterna som människor och inte endast som en sjukdom (Andreasson & Skärsäter, 2012; Ridley & Hunter, 2013; Larsen & Terkelsen, 2014; Mcguinnes, Dowling & Trimble, 2013). Det ansågs

vara viktigt för flertalet patienter att ha vårdpersonal att vända sig till när de tog illa upp av vården och upplevde att de inte hade någon som representerade dem (Ridley & Hunter, 2013). En del patienter ansåg att stöd från vårdpersonal gav möjligheter till att slappna av och avleda tankarna (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Tvångsvård kunde i sig bidra till förutbestämd misstro till vårdpersonal. Patienterna uttryckte behov av mer alldaglig konversation med vårdpersonal, eftersom vårdpersonal ofta uppfattades som otillgänglig och distanserad. Flertalet patienter önskade att mindre tid hade lagts på pappersarbete och mer tid till patienterna (Ridley & Hunter, 2013; Sibitz et al., 2011). En del patienter beskrev förhållandena till vårdpersonalen som mycket negativa. En del vårdpersonal upplevdes som bestraffande, kränkande och okunniga. Detta lämnade patienterna med upplevelser av att inte ha blivit respekterade (Sibitz et al., 2011; Hughes, Hayward & Finlay, 2009). Vissa patienter erfor att deras aggressiva patologiska beteende vid tvångsvård skapade en cykel av konflikter i deras relationer till vårdpersonal. De upplevde att de blev behandlade som djur och menade att om de behandlades som djur skulle de också komma att bete sig som djur (Hughes et al., 2009). Patienter ansåg att inläggning mot deras vilja hade negativ påverkan på deras psykiska hälsa. Patienterna önskade att de hade fått mer tid till att lugna ner sig (Andreasson & Skärsäter, 2012; Katsakou et al., 2012).

En del patienter upplevde att de blivit bemötta som en sjukdom snarare än som en enskild individ (Norvoll & Pedersen, 2016). De uttryckte att deras diagnoser påverkade sättet de såg på sig själva. Detta ansågs kunna leda till bestående skadliga effekter, som självstigmatisering och emotionella ärr (Nyttingnes, Ruud & Rugkåsa, 2016). En del patienter ansåg att de inte hade några psykiatriska problem, men att sakna sjukdomsinsikt verkade hos vårdpersonal uppfattas som det värsta symtomet. Orättvist bemötande ledde till att flertalet patienter upplevde att de var offer för systemet (Nyttingnes et al., 2016; Katsakou et al., 2011; Sibitz et al., 2011).

Brist på information och delaktighet

Många patienter uppgav att ångest, kränkningar och övergrepp var upplevelser som kunde uppkomma under tvångsvård, främst i relation till utebliven information (Lorem et al., 2015; Nyttingnes et al., 2016; Mcguinness et al., 2013; Norvoll & Pedersen, 2016; Katsakou et al., 2012; Sibitz et al., 2011). Patienter uppgav behov av individanpassad information för att kunna skapa förståelse för varför de vårdades under tvång. Flertalet patienter menade att om det är möjligt att förstå tillämpning av tvångsvård är det enklare att acceptera den (Andreasson & Skärsäter, 2012; Lorem et al., 2015; Mcguinness et al., 2013; Ridley & Hunter, 2013; Sibitz et al., 2011; Larsen & Terkelsen, 2014). Otillräcklig information ansågs bidra till oförståelse för hur vårdpersonal resonerat vid tillämpning av diverse tvångsåtgärder (Sibitz et al., 2011). En del patienter relaterade otillräcklig information till vårdpersonalens kompetens i att överväga när och hur individanpassad information om tvångsåtgärder bäst kunde förmedlas. Det ansågs vara av stor vikt att vårdpersonal redogjorde för patienternas rättigheter och informerade om processer vid tvångsvård (Ridley & Hunter, 2013).

Specifika åtgärder under tvång hade enligt patienterna kunnat undvikas om de hade blivit bemötta av vårdpersonal vilka tog sin tid och gav anpassad information om vad som hade kunnat hända när de vägrade olika insatser (Sibitz, et al., 2011; Andreasson & Skärsäter, 2012). Flertalet patienter beskrev att de inte fick någon adekvat information om procedurer vid tvångsmedicinering, som vilka läkemedel de tillfördes. Detta ansågs ha bidragit till traumatiska erfarenheter, paranoia och överhängande rädsla (Mcguinness et al., 2013; Norvoll & Pedersen, 2016; Ridley & Hunter, 2013; Lorem et al., 2015; Hughes et al., 2009; Katsakou et al., 2012; Nyttingnes et al., 2016; Sibitz, et al., 2011). Information som speglade verkligheten och som

tillförde patienterna upplevelser av säkerhet ansågs vara av relevans för att minska ångest och förstärka förmågor att ta egna beslut (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Dessutom belyste flertalet patienter bristande delaktighet i sin vård. Detta var tätt sammankopplat till vilken information de tillfördes och den förståelse de hade för sin vård. Bristande delaktighet och oförståelse skapade osäkerhet hos patienterna (Lorem et al., 2015; Nytingness et al., 2016; Ridley & Hunter, 2013; Larsen & Terkelsen, 2014). Många patienter uppgav att de stött på behandlingsmodeller som inte lämnade rum till deras egna upplevelser samt behov och gav därför få möjligheter till delaktighet (Nytingness et al., 2016). Flertalet patienter uppgav att beslut om vård och behandling fastställdes över huvudet på dem. En patient beskrev att beslut om tvångsvård tagits utan att en fullgod läkarbedömning genomförts (McGuinness et al., 2013; Ridley & Hunter, 2013; Larsen & Terkelsen, 2014). En del patienter ansåg att de hade behövt bli inbjudna och motiverade av vårdpersonal till deltagande och samarbeta kring deras vård (Andreasson & Skärsäter, 2012). Låg bemanning på psykiatriska avdelningar ansågs enligt vissa patienter ha påverkat deras möjligheter att delta i sin vård (Ridley & Hunter, 2013).

Behov av tillit

Patienter beskrev tillitsfulla relationer till vårdpersonal som en essentiell faktor för att kunna samarbeta och uppleva trygghet i vården. Det ansågs dessutom bidra till erfarenheter av god tvångsvård (Lorem et al., 2015; Andreasson & skärsäter, 2012). Tillitsfulla relationer ansågs kunna minska turbulenta och hotfulla situationer med tvångsmedicinering, fastspänning eller avskiljning som utgång (Lorem et al., 2015; Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienterna menade dessutom att när de kände tillit till sin vårdare kunde de enklare acceptera insatser som tvångsmedicinering (Lorem et al., 2015). En del patienter uppgav att när given behandling hjälpte dem och när de kände tillit till vårdpersonal upplevdes de begränsningar som tvångsvården medförde mildare än vad det annars kunde göra. Tillit ansågs dessutom ha ökat urvalet av möjliga åtgärder och alternativa lösningar (Norvoll & Pedersen, 2016). Brist på tillit till vårdpersonal ansågs av flertalet patienter ha lett till färre möjliga åtgärder och begränsad frihet. Det ansågs dessutom ha orsakat skrämmande erfarenheter av tvångsvård (Norvoll & Pedersen, 2016).

Att sakna rättigheter

Tvångsvård innebar för många patienter känslor av maktlöshet och bristande kontroll. Detta ansågs bero på att de upplevde att de saknade rättigheter vid utövande av tvång. Stark kritik riktades mot tvångsvård då det kändes förnedrande. Flertalet patienter upplevde dessutom att begränsningar i frihet orsakade förlust av identitet.

Känsla av maktlöshet

Ojämliga maktförhållanden illuminerades återkommande och erfarenheter av att känna sig liten och rädd ansågs ha bidragit till svårigheter för patienterna att kommunicera, uttrycka och argumentera för deras egna behov och önskemål (Norvoll & Pedersen, 2016). Detta blev för patienterna mycket tydligt i krissituationer där de kämpade för att kunna uttrycka sig. Många patienter beskrev att svårigheter i att verbalt uttrycka sig kunde bero på biverkningar av medicinering. Detta kunde ibland leda till irrationellt och desperat beteende vilket fick situationer att eskalera eller startade en ondskefull cykel av tvång (Norvoll & Pedersen, 2016).

Sjukhus ansågs präglas av en hierarkisk struktur avseende regler på avdelningar och redan förutbestämda kommunikationsmodeller (Norvoll & Pedersen, 2016). Det sätt som

vårdpersonal dokumenterade vid journalhantering belyste detta tydligare. Flertalet patienter menade att den dokumentation som vårdpersonal förde blev den objektiva sanningen och patienters erfarenheter av att ha blivit kränkta och förödmjukade räknades således inte längre. En patient rapporterade 72 timmar lång fastspänning som inte fanns antecknat i vederbörandes journal (Norvoll & Pedersen, 2016; Nytingnes et al., 2016). Flertalet patienter menade att erfarenheter av maktlöshet ökade i situationer där vårdpersonal gav dem lite uppmärksamhet. Vårdpersonal upplevdes ha utnyttjat patienters underordnade position för att förödmjuka och utnyttja dem (Norvoll & Pedersen, 2016; Andreasson & Skärsäter, 2012). Maktlöshet blev dessutom tydligt när patienter uttryckte meningsskiljaktighet eller gjorde motstånd och deras agerande endast definierades som tecken på sjukdom eller bristande sjukdomsinsikt (Norvoll & Pedersen, 2016).

En del patienter beskrev maktlöshet i relation till att vara helt utan juridiska rättigheter. Erfarenheter av maktlöshet orsakade patienterna känslor som utsatthet och sårbarhet. Detta förstärktes av erfarenheter av att vara under oberäknelig tvångsvård vilken bidrog till ökad ångest eller stresspåslag genom att inte veta när insatser under tvång skulle förekomma (Norvoll & Pedersen, 2016). Hot om våld eller tvång ansågs ogynnsamt av flertalet patienter (Sibitz et al., 2011). Flertalet patienter föredrog istället positivt tvång vilket innebar att mycket ansträngning lades på övertalning. En del patienter beskrev att de försökt göra motstånd, fly eller minska tvång genom att använda sig av olika metoder av motmakt (Norvoll & Pedersen, 2016). Detta genom att aktivt springa därifrån eller göra aggressivt motstånd. Mer passiva metoder bestod i att låtsas vara följsamma och *spela spelet* eller att ta mer aktivt ansvar i att utveckla en tillitsfull relation till vårdpersonal för att förbättra behandlingen. Situationer där patienter försökt fly eller protesterat mot tvångsvården var tätt sammankopplade med känslor av maktlöshet (Norvoll & Pedersen, 2016).

Känsla av förnedring och förödmjukelse

Flertalet patienter uppgav att tvångsvården inte varit nödvändig i så hög utsträckning som den tillämpats och hade istället föredragit terapi, stöd och aktiviteter (Ridley & Hunter, 2013; Norvoll & Pedersen, 2016). Tvångsvård beskrevs som tortyr och förnedring. Det ansågs vara en åtgärd som inte stimulerade tillfrisknande utan snarare försämrade tillståndet och gav förlängda sjukhusvistelser och social problematik (Ridley & Hunter, 2013; Norvoll & Pedersen, 2016; Nytingnes et al., 2016; Sibitz, et al., 2011). En del patienter använde starka liknelser mellan tvångsvård och koncentrationsläger på grund av ofrivillig behandling och förödmjukande avskiljningar (Larsen & Terkelsen, 2014). Liknelser till krig förekom återkommande då en del patienter beskrev att när tvångsvård upplevdes kränkande och vårdpersonalen inte fanns som stöttepelare uppstod krig (Nytingnes et al., 2016; Larsen & Terkelsen, 2014). Vid kritik av tvångsmedicinering uppgav en patient att det var värre än Nelson Mandelas tid i fängelset eftersom de inte gått in i Mandelas hjärna med kemikalier (Nytingnes et al., 2016).

Brist på kontroll

En del patienter beskrev brist på kontroll i relation till erfarenheter av diverse tvångsåtgärder. När tvångsvård upplevdes som ett hot blev det enligt patienterna naturligt att göra motstånd (Lorem et al., 2015; Katsakou et al., 2012). En del patienter menade att upplevelsen av att mista kontroll och vara utsatta för kontroll bidrog till känslor av sårbarhet, rädsla och osäkerhet (Andreasson & Skärsäter, 2012). Bristande kontroll vid fastspänning beskrevs som traumatiskt, för några patienter framkallade det barndomsminnen av övergrepp och misshandel (Hughes et al., 2009; Nytingnes et al., 2016).

Flertalet patienter upplevde att de var kontrollerade av psykiatrivården. Detta eftersom de var tvungna att följa avdelningsregler gällande tider, personliga tillhörigheter och visitering. Reglerna upplevdes förolämpande och ansågs påverka patienten negativt (Hughes et al., 2009; Larsen & Terkelsen, 2014; Nytingnes et al., 2016; Norvoll & Pedersen, 2016). Den kontrollerande vårdmiljön liknades av en del patienter till fängelsemiljö, helt utan gardiner eller hela möbler. Detta resulterade i flyktinstinkter och ansågs bidra till hur patienterna mådde och betedde sig (Norvoll & Pedersen, 2016; Larsen & Terkelsen, 2014; Hughes et al., 2009). Patienterna menade att upplevelser av att mista kontroll och vara utsatta för kontroll bidrog till rädsla för att tvångsvård skulle utövas igen (Andreasson & Skärsäter, 2012; Sibitz et al., 2011).

Förlust av identitet

Respektfull vård innebar för flertalet patienter att de värderades som människor vilkas självkänsla skulle bevaras (Andreasson & Skärsäter, 2012). Det plötsliga avbrott i livet som tvångsvård tillförde ansågs av många patienter ha en negativ påverkan på deras självuppfattning och bidra till förlust av identitet. Tvångsvård beskrevs som avhumanisering och patienter ansåg således att deras identitet försvann vid vård under tvång (Sibitz et al., 2011; Larsen & Terkelsen, 2014; Norvoll & Pedersen, 2016). En del patienter uppgav att diverse tvångsåtgärder hade skadliga effekter på deras självkänsla och orsakade känslor av mindervärde. Frekvent användning av fastspänning ansågs bidra till förlust av värdighet och självrespekt (Norvoll & Pedersen, 2016; Hughes et al., 2009; Sibitz et al., 2011).

Begränsning av frihet

Tvångsvård beskrevs som en begränsning av frihet och troligen den största begränsningen som finns i samhället idag. Begränsning av frihet innebar för en del patienter att behöva lyda någonting, att inte ha någonting att säga till om eller att behöva erhålla någonting mot sin vilja (Norvoll & Pedersen, 2016). Rättigheter, handlingsfrihet och valfrihet begränsades enligt patienterna eftersom de var medvetna om att de behövde vara tillmötesgående i tvångsvården. Begränsning av valfrihet beskrevs även i relation till det faktum att patienterna upplevde att de inte hade några egentliga valmöjligheter. En patient blev tvingad till tvångsmedicinering utan att ha några egentliga val, det stod mellan fastspänning eller tvångsmedicinering (Lorem et al., 2015; Norvoll & Pedersen, 2016). Flertalet patienter menade att när tvångsvården inte upplevdes utföras för deras bästa orsakade detta förlust av självbestämmande. Förlust av självbestämmande skapade hos vissa patienter känslor av att inte bli tagna på allvar som individer (Lorem et al., 2015; Hughes et al., 2009; Norvoll & Pedersen, 2016).

Patienter förklarade att begränsning av frihet kunde innebära att de berövades rätten till emotionella, sociala och existentiella åsikter. En del patienter menade att de inte tilläts leva sitt liv enligt sina värderingar när de avvek från samhällets eller vårdpersonalens åsikter om vad som var normalt beteende. Uttryck av åsikter kunde initiera avskiljning eller tvångsmedicinering eftersom vårdpersonalen ansågs vara ivriga till att snabbt eliminera starka känslor eller onormala beteenden (Lorem et al., 2015; Norvoll & Pedersen, 2016). Många patienter uppgav att medicinering berövade dem deras fysiska och psykiska frihet genom att sänka deras förmåga att tänka, argumentera eller fungera kroppsligt. Ovisshet förekom avseende läkemedlets påverkan på hjärnan och flera patienter kände sig konstant neddrogade (McGuinness et al., 2013; Nytingnes et al., 2016; Norvoll & Pedersen, 2016).

Andra begränsningar innebar att inte kunna leva ut sin värdefulla sociala roll, som att gå till skolan eller att vara mamma under sjukhusvistelsen (Norvoll & Pedersen, 2016). En del patienter uppgav att en moralisk aspekt av tvångsvård relaterades till personliga rättigheter och det faktum att patienter avkapades från all kontakt med vänner och familj när deras samtal

begränsades. Begränsad kommunikation med omvärlden ansågs ha bidragit till känslor av sårbarhet. Det kunde dessutom skapa klaustrofobiska känslor hos patienterna (Lorem et al., 2015; Norvoll & Pedersen, 2016).

God tvångsvård

Tvångsvård ansågs av flertalet patienter vara nödvändig eftersom de på egen vilja inte kunnat återhämta sig. God omvårdnad och förmåga att återfå sjukdomsinsikt gjorde erfarenheterna av tvångsvården positiv och accepterad.

Nödvändig och accepterad vård

Flertalet patienter upplevde tvångsvården som det enda rätta. De beskrev tvångsvård som ett nödvändigt ont (Ridley & Hunter, 2013). En del patienter upplevde tvångsvård i sig som hemskt men samtidigt förekom förståelse när relationer till vårdpersonalen var goda. Andra patienter upplevde tvångsvården som nödvändig men ifrågasatte insatser som tvångsmedicinering och fastspänning (Sibitz, et al., 2011; Lorem et al., 2015). Återkommande erfarenheter innebar att patienter först upplevde sin tvångsvård som negativ men kom efter en tid att erkänna att deras destruktiva livsstil krävde nödvändig vård och behandling (Katsakou et al., 2012; Sibitz et al., 2011).

Många patienter hade upplevt att psykiatrin var ett säkert ställe för vila och tillfriskning. Några patienter kom ur djupa depressioner och suicidalitet. En del patienter ansåg att inget annat än tvångsvård hade varit effektivt eftersom de förlorat kontrollen över sig själva. En patient uppgav att tvångsvården inte upplevts som vård under tvång utan vård på egen vilja eftersom patienten valde att få vård då dennes nya partner inte accepterade narkotikabruk (Lorem, et al., 2015; Ridley & Hunter, 2013; Katsakou, et al., 2012; Sibitz, et al., 2011; Norvoll & Pedersen, 2016). Lättnad återfanns i att vårdpersonal äntligen tog över och tvångsvård upplevdes som en hjälpsam hand när oförmåga till att fungera i sin vardag förekom. Dessutom menade patienterna att de i deras sjukdomstillstånd ibland hade behov av någon sorts insats och kände sig tryggare och säkrare när de inte längre behövde ta eget ansvar över sig själva. Insatser under tvång ansågs då nödvändiga och beskrevs som en form av skydd. Efter vila i säker miljö uppgav flera patienter att de snabbt blivit bättre och att tvångsvården hindrat dem från att skada sig själva eller andra (Andreasson & Skärsäter, 2012; Lorem, et al., 2015; Norvoll & Pedersen, 2016; Katsakou, et al., 2012; Ridley & Hunter, 2013; Sibitz, et al., 2011).

Acceptans av tvångsvård förekom hos en del patienter och de insåg att det hjälpt dem återfå hälsa. De beskrev erfarenheter av god tvångsvård. En vård vilken gjorde gott och som inte innebar kränkning av autonomi, integritet och självuppfattning (McGuinness et al., 2013; Sibitz et al., 2011; Lorem et al., 2015; Hughes, et al., 2009). En del patienter upplevde att tvångsvård varit positivt och hjälpsamt i återhämtningsprocessen. Andra menade att emotionell bearbetning under vårdtiden ledde till acceptans (McGuinness et al., 2013; Norvoll & Pedersen, 2016). En del patienter uppskattade att ha en stödperson och tyckte det var viktigt att ha någon att prata och bearbeta erfarenheter med. Möjligheter att efter insatser under tvång få tid att reflektera och diskutera hur framtida insatser kunde förhindras eller göras enklare ansågs viktigt (Andreasson & Skärsäter, 2012). Erfarenheter av tvångsvård ansågs ha gett lärdom om att inte ta livet för givet och att tänka att det blir bättre. Tvångsvården gav dessutom större förståelse för andra psykiatripatienter (Sibitz, et al., 2011).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturbaserade studie var att belysa patienters erfarenheter av tvångsvård. För att besvara syftet användes metoden en litteraturbaserad studie med grund i kvalitativ forskning beskriven av Friberg (2017a).

I början av litteratursökningen var tanken att endast undersöka patienters erfarenheter av tvångsåtgärder. Sökordet *coercive measures* användes som utgångspunkt vid de osystematiska sökningarna. Sökordet genererade ett smalt urval av artiklar vilket inte var tillräckligt för att täcka av intresseområdet. Efter flertalet osystematiska sökningar blev det dessutom märkbart att majoriteten av artiklarna belyste tvångsvård som helhet och olika tvångsåtgärder genomförda under tvångsvård. Därför tillämpades istället ett bredare sökord vilket var *coercion* vid de systematiska sökningarna. Författarna beslutade med grund i detta att eftersöka patienters erfarenheter av tvångsvård och vidare använda tvångsvård som ett samlingsnamn för redovisade metoder för tvångsåtgärder. Detta överensstämmer med vad Friberg (2017a) beskriver om att när information om ett valt fenomen eftersöks är det av stor vikt att insamlad data belyser ett och samma fenomen. Det blev under litteratursökningen tydligt att tvångsvård kan översättas på flera olika sätt till engelska. Författarna sökte på flera olika översättningar men valde i slutändan att använda sig av *coercion*, vilket kan ses som en svaghet i genomförandet. Genom att söka på flera av översättningarna samtidigt hade eventuellt mer data kunnat samlas in.

I föreliggande litteraturbaserade studie genomfördes avgränsningar till vuxen psykiatrisk slutenvård och patienter under 18 år eftersöktes därför inte. Detta eftersom det annars skulle bli problematiskt att inkludera all relevant kvalitativ data. Dock förekommer en artikel i resultatet skriven av Larsen & Terkelsen (2014) vilken inkluderat en patient som var 17 år men vårdats på vuxenpsykiatrisk avdelning. Diskussion fördes kring om artikeln skulle inkluderas eller inte. Det förekom ovisshet om när patienten skulle fyllt 18 år och vilka omständigheter som bidrog till att patienten vårdades inom vuxenpsykiatri. Artikeln var skriven i Norge, där gäller liksom i Sverige att psykiatrisk vård av patienter under 18 år sker inom barn- och ungdomspsykiatri (Helsedirektoratet, 2017; SPF, 2013). Det förekommer dock att patienter under 18 år vårdas inom vuxenpsykiatrisk vård och kriterier för tvångsvård är desamma hos barn, ungdomar och vuxna (SPF, 2013). Efter diskussion inkluderades artikeln med argumentet att inklusionskriteriet var vuxen psykiatrisk slutenvård där patienten enligt artikeln vårdats.

För att tydligt belysa patienters erfarenheter av tvångsvård ville författarna försäkra sig om hur tvångsvårdslagstiftningar förhåller sig i världen och lagar lästes därför på. Avsevärda skillnader uppmärksammades i länder utanför Europa. Vidare valde författarna att inkludera artiklar från Europa med grund i att tvångsvårdslagar förhåller sig liknande i flertalet länder. Det kan i efterhand ses som en svaghet då lagarna inte helt överensstämmer och det kan påverka resultatets applicerbarhet då tider för fastspänning och andra tvångsåtgärder skiljer sig åt. Men eftersom syftet var att eftersöka patienters erfarenheter ansåg författarna att lagarna inte påverkade patienters erfarenheter. Patienter som vårdas under tvångsvård kan ha diverse olika psykiska störningar. Inga avgränsningar genomfördes till specifika psykiska störningar då endast erfarenheter av tvångsvård eftersöktes. Valda artiklar till resultatet belyste flertalet olika psykiatriska störningar och dessa redovisades inte. Istället för att se det som en begränsning ansågs detta bidra till en stor variation av erfarenheter. Detta i linje med vad Polit och Beck (2017) beskriver om att kvalitativ forskning ska eftersöka mångsidighet och flexibilitet. Dock är det möjligt att ifrågasätta om resultatet hade kunnat se annorlunda ut om fokus hade lagts på specifika psykiska störningar. Eftersom symtombild varierar och likaså upplevelser om

omvärlden hade erfarenheter av tvångsvård kunnat te sig annorlunda om exempelvis enbart erfarenheter hos psykotiska patienter eftersöktes. Trots att ett resultat hade kunnat se annorlunda ut vid enbart ett tillstånd är det möjligt att i föreliggande resultat finna likheter till erfarenheter av flertalet olika psykiska störningar.

Polit och Beck (2017) beskriver att giltighet handlar om objektivitet. Detta kan säkerställas genom att tolkningar från flera författare överensstämmer samt att förförståelse inte kommit att påverka resultatet. Resultatet är giltigt om det lyfter fram det som syftet haft för avsikt att studera (Polit & Beck, 2017). Författarna hade som ambition att under analysen förhålla sig objektiva. Genom att genomföra de första stegen i analysen separat var målet att fånga allt av essens för den litteraturbaserade studiens syfte. Dessutom ansågs detta kunna bidra till ökad diskussion och reflektion när separata delar av analysen skulle sammanställas. En nackdel med val av genomförande var att författarna upplevde oro för att utesluta relevant data. Till en början inkluderades en stor mängd data där allt inte var av relevans för syftet. Efter en tids reflektion kunde författarna utesluta den data som ansågs överflödigt och fokusera på de delar av resultaten som verkligen fångade den litteraturbaserade studiens syfte. Eftersom ett visst egenintresse och dessutom förförståelse för området förelåg var detta en komplicerad process, att lyfta fram likheter i resultaten medförde att intressant material som inte förekom återkommande, fick uteslutas. Polit och Beck (2017) förklarar att det är av vikt att inom kvalitativ forskning diskutera och jämföra tolkningar författare emellan. Detta för att generera sanning i tolkningar av data, undvika förförståelse och på så sätt åstadkomma trovärdighet. Tillförlitlighet åstadkoms genom noggrann beskrivning av analysprocessen (Polit & Beck, 2017). Genom att analysprocessen liksom ställningstaganden beskrivs ingående styrks trovärdighet och tillförlitlighet.

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet är applicerbart i andra sammanhang. Det är läsaren som avgör om resultatet är applicerbart. Författaren ansvarar för att tillföra tillräcklig beskrivning av data för att läsaren ska kunna bedöma applicerbarheten (Polit & Beck, 2017). Delaktighet handlar i sin tur om i vilken utsträckning författarna varit medskapare i formuleringen av texten (Lundman & Graneheim, 2012). Överförbarheten är möjlig för läsaren att tolka då resultatet är tydligt och detaljerat beskrivet. Det förekommer dock risk för feltolkningar vid analys av resultaten då analyserade artiklar inte var skrivna på författarnas modersmål. Artiklarna översattes utifrån bästa förmåga med användning av ordlexikon. Under hela forskningsprocessen arbetade författarna aktivt med att inte påverka och vara delaktiga i resultatet. Det blir dock problematiskt att vid tolkningar av text inte komma att påverka utfallet eftersom tolkningar ofta är individuella och texter uppfattas olika hos gemeneman.

Författarna var under studien medvetna om sin egen forskningsetik genom att inte låta förförståelse eller förutfattade meningar påverka resultatet. Polit & Beck (2017) beskriver att det är viktigt att ur forskningsetisk utgångspunkt inte låta bias påverka resultatet. Flera etiska kriterier behöver uppfyllas i en studie, dels ska studien ha erhållit etiskt godkännande. Dels ska deltagare i studierna skyddas med konfidentialitet eller anonymitet. Dessutom ska deltagarna ge muntligt eller skriftligt medgivande (Polit & Beck, 2017). Från start var målet att alla inkluderade artiklar i resultatet skulle innehålla någon form av etiskt övervägande. Detta eftersom patienter studerats och tvångsvård är en åtgärd vilken kräver mycket etiska reflektioner och överväganden. Samtliga artiklar som inkluderades i resultatet var etiskt godkända. Ingående beskrivningar av etiska överväganden förekom inte i alla artiklar men detta ansågs vara godtyckligt då reflektion över etik ändå förekom. Konfidentialitet och skriftligt eller muntligt förkom i nästan alla artiklar till resultatet. Författarna valde att involvera artiklarna trots att vissa delar inte förekom eftersom de ansågs mest relevant att artiklarna erhållit etiskt godkännande.

Resultatdiskussion

Analysen visar att patienters erfarenheter av tvångsvård kan delas upp i tre teman, mellanmänskliga relationer, att sakna rättigheter och god tvångsvård. Föreliggande litteraturbaserade studies främsta fynd diskuteras nedan. Personal bestod av olika yrkesgrupper och har i studien presenterats på olika sätt då det inte tydligt framkommer i artiklarna vilken profession det gäller. Alla yrkeskategorier benämns som personal i nedanstående diskussion.

Mellanmänskliga relationer

Denna litteraturbaserade studies resultat visar att den information som patienterna erhåller angående deras behandling, sjukdomstillstånd och åtgärder anses vara otillräcklig. Det framkommer att otillräcklig information orsakar patienter traumatiska erfarenheter av tvångsvård. Resultatet visar att bristande information orsakar ångest och försämrade sjukdomssymtom. Liknande resultat återfinns även i Gilburt, et als. (2008) studie vilken beskriver att otillräcklig information leder till att patienter upplever ångest och ilska. Ytterligare forskning visar att patienters negativa erfarenheter av tvångsvård främst relateras till brist på information och upplevelser av att bli ignorerade av personal när de vill lyfta funderingar. Bristfällig information leder dessutom till att patienter upplever maktlöshet. Flertalet patienter menar att negativa erfarenheter kan undvikas om de får tillräcklig information och känner sig delaktiga i sin vård (Tingleff, Bradley, Gildberg, Munsgaard & Hougsgaard, 2017; Gilburt, et al., 2008). Att utöva tvångsvård är en akut åtgärd och god information hinner oftast inte ges. Det finns också de tillstånd då patienter inte är mottagliga för information eller är utåtagerande. Det krävs att personalen har ett etiskt förhållningssätt vid tvångsvård då det inträffar att tvångsvård upplevs kränkande och hotfull. Genom att tillämpa individanpassad information kan personal påverka patienters erfarenheter av tvångsvård. Även om det förekommer situationer där det är svårt att tilldela information bör personal arbeta aktivt med individanpassning eftersom god information anses vara väldigt viktigt.

Resultatet beskriver att otillräcklig information dessutom påverkar patienters förmåga att delta i sin vård. Det framkommer att delaktighet i sin tur påverkar patienters förmåga att skapa förståelse för sin vård. Genom att patienter skapar förståelse för sin vård kan de utveckla resurser för att hantera de åtgärder de blir vårdade med. Detta kan gestaltas som att erhålla begriplighet och hanterbarhet. Hanterbarhet och begriplighet är viktiga komponenter för att kunna åstadkomma en känsla av sammanhang i livet (Antonowsky, 2005). Fynd i resultatet går i linje med Molin, Graneheim och Lindgrens (2016) studie vilken beskriver att delaktighet är nära sammankopplat till personalens engagemang i patientens vård. Studien belyser vidare att genom att personal förklarar olika åtgärder kan patienten skapa förståelse för vården (Molin et al., 2016). Ur resultatet framkommer att information och delaktighet är nära sammankopplat till personal. Relationer till personal influerar patienters erfarenheter av tvångsvård. Personal som misslyckas med att se patienter som individer och inte endast som en sjukdom bidrar till negativa erfarenheter av tvångsvård. Resultatet belyser dessutom att personal ofta upplevs som kränkande, bestraffande och okunnig. Resultatet går i linje med Rundqvist (2004) beskrivning av maktmissbruk vilket gestaltar sig genom osynliggörande, kränkning eller tvång.

Föreliggande resultat belyser att relationer som baseras på tillit och stöd eftersträvas och anses kunna bidra till positiva erfarenheter av tvångsvård. Mer tillitsfulla relationer leder till att åtgärder under tvång kan undvikas. Rundqvist (2004) beskriver att fullmakt endast kan åstadkommas om patienten känner tillit till personal. Den personal som förutsätter sig ha patientens fullmakt kan komma att begå övergrepp. Genom detta kan vikten av tillitsfulla och goda relationer till personal betonas. Den personal som förutsätter sig kunna bestämma över patienten utan att ha skapat en tillitsfull relation bidrar upplevelser av kränkning och även

avidentifiering. Andra studier visar att även sjuksköterskor eftersträvar mer tillitsfulla relationer till patienten och mer humant tvång. Goda relationer mellan patient och sjuksköterska anses dessutom bidra till mindre negativa erfarenheter av tvång för patienterna (Olofsson et al., 1998; Olofsson & Norberg, 2001). Eftersom tillitsfulla relationer anses bidra till positiva erfarenheter av tvångsvård är det möjligt att ifrågasätta varför detta i enlighet med resultatet verkar förekomma i låg utsträckning. Det kan bero på personalbrist, överbeläggningar eller bristande kompetens hos personal.

Att sakna rättigheter

Den litteraturbaserade studien belyser erfarenheter av att beslut angående patienters vård fattas i deras frånvaro och patienter upplever sig kontrollerade av personalen. Resultatet beskriver erfarenheter av tvångsvård som ett hot mot identitet och rättigheten till frihet. Förlust av identitet, rättigheter och även självbestämmande beskrivs återkommande i tidigare studier (Strauss et al., 2012; Haw et al., 2011; Aguilera-Serrano et al., 2018; Olofsson & Norberg, 2000). Ojämna maktförhållande illumineras genom resultatet. Detta kan vidare relateras till personalens makt att dokumentera händelser i journaler som objektiva sanningar. Maktlöshet gestaltas i tidigare studier vilka belyser att sjuksköterskan är den som besitter all makt och handlar i patientens intresse utan att patienten får göra sin röst hörd (Olofsson & Norberg, 2000; Cutcliffe & Happell, 2009). Detta överensstämmer med fynd från resultatet vilket illuminerar att maktlöshet upplevs när patienter inte får möjlighet att göra sina röster hörda eftersom personal endast ser uttryck av meningsskiljaktigheter som tecken på sjukdom. Genom att endast måla upp individen som en sjukdom och inte lyssna på dennes utsagor utövas en form av makt. Foucault (1997) beskriver att psykiatrisk makt är något som utövas mot individen genom att kliniskt diagnostisera och göra patienten till en psykiatrisk patient.

Resultatet visar att tvångsvård upplevs som en begränsning av frihet. Med begränsning av frihet menar patienter att de inte har något att säga till om och behöver lyda regler. Fynd i resultatet divergerar från Foucaults (1997) redogörelse av etik som individens rätt till frihet och att leda sig själv. Etik är moralens teori och innebär således individens förmåga att handla utifrån sin egen moral (Foucault, 1997). Detta avviker från resultatet vilket beskriver att begränsning av frihet handlar om bristande handlingsfrihet och valfrihet. Genom att patienten inte upplever handlingsfrihet eller valfrihet berövas denne på förmåga att handla utifrån sin egen moral. Resultatet belyser en moralisk aspekt av tvångsvård vilken relateras till personliga rättigheter och det faktum att en del patienter under tvångsvård avkapas från all kontakt med omvärlden. Eftersom maktlöshet och begränsningar av frihet illumineras av flertalet patienter i resultatet blir det tydligt att tvångsvård inte alltid gör gott för patienten. Det belyser dessutom att en del patienter tillfogas skada och inte upplever rättvisa under tvångsvård. Ur ett etiskt perspektiv blir det genom resultatet tydligt att patienten under tvångsvård ibland berövas sin förmåga att agera utifrån sin egen moral. Etiska reflektioner bör föras återkommande och patienters erfarenheter av insatser under tvång bör kontinuerligt följas upp för att undvika känslor av bristande rättigheter.

Resultatet visar att en del patienter upplever att visitering och konfiskering av personliga tillhörigheter är kränkande och bidrar till att de känner sig kontrollerade av psykiatrvården. Liknande resultat har uppmärksammats i andra studier där visitering och avlägsnande av personliga tillhörigheter beskrivs ha en negativ inverkan på identitetsuppfattning och självbestämmande (Tingleff, et al., 2017; Santos Mesquita & Costa Maia, 2016). Ur resultatet framkommer att patienter upplever sig berövade på rätten till emotionella, sociala och existentiella åsikter. Patienter beskriver att när de uttrycker åsikter kan detta initiera åtgärder som avskiljning eller tvångsmedicinering eftersom vårdpersonalen anses vara måna om att snabbt eliminera, vad som enligt dem anses vara onormalt beteende. Molin et al., (2016) belyser

att patienter väljer att inte uttrycka åsikter eller känslor eftersom de måste anpassa sig efter personalens beteende. Genom att göra detta kan de undvika bestraffning och andra negativa konsekvenser (Molin et al, 2016). Det blir för författarna tydligt att personalen ofta upplevs vara de som styr vården och skapar förutsättningar för vad som är acceptabelt eller inte acceptabelt beteende. När patienter upplever att de behöver anpassa sig för att inte bli bestraffade kan det påverka deras vårdresultat. Det blir relevant att reflektera över hur de genom detta ska nå sjukdomsinsikt eller tillfriskna när de uttrycker att de inte har rätt till åsikter.

Vidare belyser resultatet att åtgärder som fastspänning och tvångsmedicinering påverkar patienters upplevelser av kontroll. Dessa åtgärder kunde upplevas som övergrepp och framkalla tidigare barndomsminnen av våld. Kritik mot tvångsmedicinering sammankopplas dessutom till oförståelse för vad åtgärden innebär. Detta går i linje med resultat från tidigare studier vilka belyser att fastspänning och tvångsmedicinering leder till fler negativa rapporter av tvångsvård. Dessutom orsakar fastspänning erfarenheter av bristande kontroll och upplevs som en bestraffande åtgärd när patienter inte är tillmötesgående. Tvångsmedicinering kritiserar främst för brist på kunskap om innebörden av åtgärden (Tingleff, et al., (2017; Strauss et al., 2012; Haw et al., 2011). Resultatet divergerar trots det från tidigare resultat vilka beskriver att fastspänning dessutom kan bidra till möjligheter att återfå kontroll (Haw et al., 2011). Tvångsmedicinering belyses i resultatet som den åtgärden vilken skapar störst trauma för individen. Detta avviker från tidigare beskrivningar av tvångsmedicinering som den minst traumatiserande åtgärden (Augilera-Serrano et al., 2018).

Den fysiska miljön på avdelningen liknas vid fängelsemiljö. Resultatet belyser att en del patienter upplever sig vara otrygga i den miljö de befinner sig i. Därför visar resultatet på att sjukhusmiljöer inte stimulerar tillfrisknande hos patienten. Starka liknelser mellan tvångsvård och krig, nazism samt tortyr förekommer i resultatet. Främst beror detta på erfarenheter av fel- och överanvändning av åtgärder under tvång. Det relateras även till bristande kontroll och känslor av maktlöshet. Rapportering från IVO (2018) styrker resultatet genom att belysa fel- och överanvändning av tvångsvård och att personal återkommande väljer att använda tvångsvård utan anledning.

God tvångsvård

Föreliggande litteraturbaserade studies resultat belyser att en del patienter accepterar sin tvångsvård och anser att det är ett nödvändigt ont. Tvångsvård upplevs enligt dessa patienter som en nödvändig insats för att utveckla förståelse. God tvångsvård är vård som inte innebär kränkning av autonomi och integritet och som gör gott. Vidare går fynd i resultatet i linje med tidigare forskning vilken beskriver att förståelse förekommer för vård under tvång. Dock skiljer sig resultatet från tidigare forskning vilken beskriver upplevelser av tvångsvård som något negativt (Gilbert et al., 2008; Strauss et al., 2012). Utifrån detta blir det tydligt att patienter kan få positiva erfarenheter av tvångsvård när de förstår varför de behöver vård och får möjligheter till att praktisera sina rättigheter.

Utifrån resultatet illumineras att en del patienter upplever tvångsvård som ett stöd när förmåga att ta hand om sig själv inte förekommer och det upplevs av en del patienter ha räddat dem ur deras destruktiva livscykler. Trots att en del patienter upplever förlust av självbestämmande och rättigheter vid tvångsvård kan åtgärden bidra till känslor av lättnad när de inte längre behöver ansvara för sig själva. Detta kan vidare tolkas som ett överlämnande av ansvar och personalen erhåller på så sätt patientens fullmakt. Rundqvist (2004) beskriver att fullmakt för patienten handlar om överlämnande av allt ansvar. Patientens liv vilar då i personalens händer (Rundqvist, 2004).

Resultatet belyser att tvångsvård hindrar patienter från att tillföra sig själva eller andra skada och är en nödvändig insats för att återfå sjukdomsinsikt. För att utveckla förståelse och bedöma sin tvångsvård som nödvändig och accepterad krävs det tid och emotionella reflektioner hos patienten. Detta kan relateras till Antonowskys (2005) beskrivning av upplevelser av meningsfullhet för att åstadkomma en känsla av sammanhang. Meningsfullhet är tätt sammankopplat till individens upplevelse av delaktighet i de processer som formar dennes liv. Det krävs att begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet uppfylls för att nå en känsla av sammanhang och därigenom hälsa (Antonowsky, 2005). Tidigare studier visar att patienter med hög suicidrisk eller djupa depressioner ofta skattar lägre känsla av sammanhang (Sjöström et al., 2011). Resultatet belyser vidare att god tvångsvård fungerar som stöd för patienter till att komma ur djupa depressioner och suicidalitet. Detta kan relateras till att de genom god tvångsvård fått resurser till att hantera, begripa och skapa meningsfullhet i deras sjukdomstillstånd. Genom att utveckla en känsla av sammanhang under tvångsvård kan patienter enklare förstå deras behov av vård och uppleva den som nödvändig.

Resultatet belyser att patienter uppskattar tid för reflektion och att samtala om sina erfarenheter för att komma till acceptera dem och förebygga liknande händelser i framtiden. Få artiklar inkluderar något innehåll om patienters erfarenheter av stödpersoner. Därför är det ovisst om patienter överhuvudtaget är medvetna om deras rättigheter till stödperson. Eftersom reflektion anses vara viktigt är det ur ett etiskt perspektiv relevant att ge möjlighet för reflektion med patienter för att minska negativa erfarenheter.

Genom resultatet framgår det att patienter upplevt att de under sin vårdtid utvecklat större förståelse för andra psykiatriska patienter. Det kan tyda på en utveckling som kommer att bidra till ytterligare förändring av synen på psykiatri och patienter med psykiska störningar.

Slutsatser

Föreliggande litteraturbaserade studie belyser att patienter under tvångsvård ofta upplever vårdtiden som negativ. En del patienter använder starka liknelser när de beskriver sina erfarenheter av tvångsvård. Tvångsvård anses bidra till känslor av maktlöshet och bristande kontroll. Detta relateras återkommande till bristande delaktighet och otillräcklig information. Dessutom anses tvångsvård påverka patienters upplevelser av självbestämmande och självkänsla.

Det förekommer att patienter upplever åtgärder som fastspänning och tvångsmedicinering som förnedrande eller onödiga. En del patienter menar att åtgärder hade kunnat undvikas om vårdpersonal tagit sin tid, försökt förstå patientens perspektiv och givit individanpassad information. Relationen till vårdpersonal beskrivs som en påverkande faktor på patienters erfarenheter av tvångsvård. Sämre relationer bidrar till negativa upplevelser som att inte bli värderade som människor och att endast ses som en sjukdom. Präglas relationen av tillit och stöd anses det bidra till positiva upplevelser av tvångsvård. Dessutom anses ökad delaktighet och individanpassad information skapa förståelse för varför de vårdas under tvångsvård. En del patienter beskriver erfarenheter av god tvångsvård. De menar att tvångsvård är ett nödvändigt ont vilket hjälpte dem ur deras destruktiva livsrytmer.

Praktiska implikationer

Tvångsvård är en abrupt insats med påverkan på patientens liv och kan lämna patienter med emotionella sår. Ökad inblick i tvångsvårdens påverkan på patienten är nödvändig för att sjuksköterskan ska kunna utföra åtgärder under tvång så patientsäkert och humant som möjligt. Tvångsvård kräver kompetens hos sjuksköterskan liksom kunskap för att inte kränka patienten och bidra till upplevelser av maktlöshet. Sjuksköterskan bör arbeta aktivt med att förse patienten med individanpassad information och individanpassat bemötande. Detta ökar patienters möjligheter till delaktighet och förståelse för sin vård. Det kan dessutom resultera i goda relationer mellan patient och sjuksköterska. Goda och tillitsfulla relationer bidrar till att patienten känner sig sedd och kan på så sätt utveckla förståelse för sin tvångsvård. Eftersom sjuksköterskan ska arbeta för att göra gott, inte skada, skapa rättvisa och bevara autonomi är det inom tvångsvård, där patienten inte frivilligt medverkar, viktigt att finnas som ett aktivt stöd för patienten. Genom att sjuksköterskan finns som en stödjande funktion kan patienten återfå upplevelser av kontroll och undvika känslor av maktlöshet. Sjuksköterskan bör vara väl insatt i lagstadgade kriterier, riktlinjer samt kompetensbeskrivningar och dessutom bemötande av patienter med olika psykiska störningar. Sjuksköterskan bör arbeta utefter tvångsvårdslagstiftningens mål vilket är att förmå patienten att frivilligt medverka till sin vård. Genom att erhålla förståelse för hur tvångsvård erfars av patienten kan sjuksköterskan utveckla strategier för att stötta patienten i att återfå sjukdomsinsikt och förmåga att frivilligt medverka till vård.

Förslag till fortsatt kompetensutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Det finns idag studier av patienters erfarenheter av tvångsvård. En stor del av studierna består i kvantitativ forskning inom området vilket inte genomsyrar inblick i patientens subjektiva erfarenheter av tvångsvård. Dessutom förekommer få studier vilka beskriver patienters erfarenheter av tvångsåtgärder. Fastspänning, avskiljning och tvångsmedicinering är stora ingripande åtgärder vilka för utomstående ofta förknippas till övergrepp. Eftersom tvångsvården idag är under hög belastning och psykisk ohälsa ökar är det väsentligt att sjuksköterskan utvecklar kunskap och förståelse för de som i första hand vårdas under tvång. För att utveckla ytterligare förståelse för och kunskap om patienters subjektiva erfarenheter av tvångsvård eller diverse tvångsåtgärder krävs ytterligare kvalitativ forskning.

Föreliggande resultat beskriver att flertalet patienter hade erfarenheter av bristande delaktighet och otillräcklig information i relation till inläggning under tvångsvård. Det upplevs bidra till mer negativa erfarenheter och oförståelse för vården. Författarna anser därför att det är viktigt att utveckla förståelse för hur patienter upplevt deras bemötande av sjuksköterskan och andra instanser innan beslut om tvångsvård eller insatser under tvång tagits. Det kan bidra till ökad förståelse för varför en del patienter uppger tvångsvård som en förnedrande insats. Författarna anser dessutom att ökad förståelse för anhörigas erfarenheter av tvångsvård hade kunnat bidra till ökad inblick i tvångsvårdens inverkan på familjer och närstående. Det skulle i sin tur bidra till ökade möjligheter till att stödja hela familjer.

Referenser

De artiklar som markerats med * används i resultatet.

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, A, J., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Can J Psychiatry*, 63(2), 129-144. doi: [10.1177/0706743717738491](https://doi.org/10.1177/0706743717738491)

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

Antonowsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a uppl). Stockholm: Natur och kultur.

Arlebrink, J. (2010). Etiska aspekter på tvångsvård. I I, Skärsäter., (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (2a uppl.) (ss. 457-480). Lund: Studentlitteratur.

Cutcliffe, J., & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 116-125. doi: [10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x).

Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenes: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonowsky's sense of coherence scale (Doctoral thesis, Åbo akademi university, ISBN 978-952-5641-14-1).

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Statistik över vuxnas psykiska hälsa*. Hämtad 2018-11-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Begrepp*. Hämtad 2018-11-19 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>

Foucault, M. (1997). Ethics: Subjectivity and truth. Hämtad 2018-11-17 från: https://monoskop.org/images/0/00/Foucault_Michel_Ethics_Subjectivity_and_Truth.pdf

Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F, Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl) (ss. 129-140). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Att utforma ett examensarbete. I F, Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl) (ss. 83-96). Lund: Studentlitteratur.

Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92). doi: [10.1186/1472-6963-8-92](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92)

Grönwall, L., & Holgersson, L. (2009). *Psykiatrin, tvånget och lagen: en lagkommentar i historisk belysning* (4:e uppl). Stockholm: Nordstedts juridik AB.

- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients experiences and preferences. *Forensic psychiatry and psychology* 4, 564-585. doi: [10.1080/14789949.2011.602097](https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097)
- Helsedirektoratet. (2017). Psykisk helsevern for barn og unge. Hämtad 2018-12-17 från: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge.c>
- *Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. K. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160. Doi: [10.1080/09638230802053326](https://doi.org/10.1080/09638230802053326)
- Höyer, G. (2008). Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. *Journal of Mental Health*, 17, 281-292. doi: [10.1080/09638230802156723](https://doi.org/10.1080/09638230802156723)
- * Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 1169-1179. doi: [10.1007/s00127-011-0427-z](https://doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z).
- *Larsen, I., & Terkelsen, T. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. Doi: [10.1177/096973301350360](https://doi.org/10.1177/096973301350360)
- * Lorem, F. G., Hem, H. M., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 231-240. doi: [10.1111/inm.12106](https://doi.org/10.1111/inm.12106)
- Lundman, B., & Graneheim, H. U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Granskär., & B, Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:a uppl) (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- *Mcguinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 726-734. Doi: [10.1111/jpm.12007](https://doi.org/10.1111/jpm.12007)
- Molin, J., Graneheim, H. U., & Lindgren, B-E. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care- -patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 11(1). doi: [10.3402/qhw.v11.29897](https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897).
- Nicolini, M., Vandenberghe, J., & Gastmans, C. (2017). Substance use disorder and compulsory commitment to care: a care-ethical decision-making framework. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(3), 1237-1246. Doi: [10.1111/scs.12548](https://doi.org/10.1111/scs.12548)
- * Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156, 204-211. doi: [10.1016/j.socscimed.2016.03.033](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033)
- *Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147-153. Doi: [10.1016/j.ijlp.2016.08.009](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009)

- O'Brein, A.J., & Golding, C.G. (2003). Coercion in mental health care: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 167-173. doi: [10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x)
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 45-53. doi: [10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x)
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2000). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patient, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97. doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.01641x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641x)
- Ottosson, J-O. (2015) *Psyk.* (8e uppl.) Stockholm: Liber.
- Petersson, S., Perseius, K-I., & Johnsson, P. (2013). Perfectionism and sense of coherence among patients with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 409-415. doi: [10.3109/08039488.2013.851738](https://doi.org/10.3109/08039488.2013.851738).
- Polit, E, D., & Beck, T, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 2018-11-16 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Psykisk störning. (uå). *I Nationalencyklopedin*. Hämtad 2018-12-10 från: <http://www-ne-se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/psykisk-storning>.
- Qvarsell, R. (1982). Ordning och behandling: psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, Umeå). Tillgänglig på DiVA databas för forskningspublikationer och studentuppsatser. (ISBN 91-7174-097-X).
- *Ridley, J., & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment)(Scotland) Act 2003. *Health and Social Care in the Community*, 21(5), 509-518. doi: [10.1111/hsc.12041](https://doi.org/10.1111/hsc.12041).
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. (Doktorsavhandling, Åbo academy university, Åbo). Tillgänglig på Doria, databas för digitala publikationer. (ISBN 951-765-175-9).
- Salzmann-Erikson M, Lützén K, Ivarsson A, & Eriksson H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 98–107. doi: [10.1111/j.1447-0349.2008.00517.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00517.x).
- Santos Mesquita, C., & Costa Maia, A. (2016). When the safe place does not protect: reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 741-748. Doi: [10.1111/scs.12300](https://doi.org/10.1111/scs.12300)
- SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 2008:415. Lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- * Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 234-244. doi: 10.1192/bjp.bp.110.087841.
- Sjöström, M., Hetta, J., & Waern, M. (2011). Sense of coherence and suicidality in suicide attempters: a prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 62-69. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01755.
- Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)*. Hämtad 2011-11-19 från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf
- Socialstyrelsen. (2013). *Tvångsvård*. Hämtad 2018-11-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard>
- Socialstyrelsen. (2018a). Statistik om psykiatrisk tvångsvård. Hämtad 2018-12-06 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>
- Socialstyrelsen. (2018b). Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård. Hämtad 2018-12-06 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-11-05 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Svenska psykiatriska föreningen, SPF. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård: Kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Hämtad 2018-11-01 från: <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/03/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Psykiatrisk-Tv%C3%A5ngsv%C3%A5rd.pdf>
- Strauss, L. J., Zervakis, B. J., Stechuchak, M. K., Olsen, K. M., Swanson, J., Swartz, S. M., et al. (2012). Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric inpatients' Satisfaction with Care. *Community Mental Health Journal*, 4, 457-465. doi: 10.1007/s10597-012-9539-5.
- 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
- United Nations, UN.(1948). *The Universal Declaration Of Human Rights*. Hämtad: 2018-11-12 från <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights>
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Sökhistorik

Cinahl 20181122	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	Psykatri*	77,923				
2	Patient*	1,627,610				
3	Perception*	126,131				
4	Experienc*	351,468				
5	Coercion	2,487				
6	Perception* OR Experienc*	449,070				
7	S1 AND S2 AND S5 AND S6	39				
Avgränsningar: Peer-reviewed, engelska, fulltext och artiklar publicerade 2008-2018		28	28	10	9	6
PsycInfo 20181122	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	Psykatri*	402,133				
2	Patient*	749,225				
3	Perception*	568,997				
4	Experienc*	670,391				
5	Coercion	6,169				
6	Perception* OR Experienc*	1,145,949				
7	S1 AND S2 AND S5 AND S6	133				
Avgränsningar: Peer-reviewed, engelska, fulltext och artiklar publicerade 2008-2018		35	35	15	4	2

Översikt av analyserad litteratur

<p>Författare: Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank B., Schaffer, M., & Amering, M.</p> <p>Årtal: Publicerad 2011</p> <p>Land: Österrike</p>	<p>Problem: Det Råder skilda åsikter om tvångsvård och åtgärder. En del patienter upplever endast negativitet medan andra förstår varför det var nödvändigt. Det sätt patienter ser på deras erfarenheter av tvång kan komma att påverka deras självbild och identitet. Hur patienter integrerar deras erfarenheter till deras livshistoria har inte tidigare undersökts.</p> <p>Syfte: Att utveckla en typologi för olika perspektiv på tvång och olika sätt att interagera det till livs historier.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ.</p> <p>Metod: Grounded theory. Semistrukturerade djupintervjuer genomfördes och varade mellan 30 minuter till två timmar. Intervjuerna transkriberades därefter och kodades samt analyserades tematiskt. Kodningen applicerades därefter genom QSR NVivo version 7.</p>	<p>Urval: Patienter som för nuvarande har någon form av psykiatrisk vård, tidigare vårdats under tvångsvård och var mellan 18-65 år gamla. Deltagare informerades skriftligt om studien och fick själva välja att kontakta forskarna eller inte.</p> <p>Studiegrupp: Sju kvinnor och åtta män mellan 32-65 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat: Tre perspektiv på tvångsvård utformades: nödvändig nödbromsning, onödig överreaktion och vård som behöver förbättras. Flera patienter menar att tvångsvård var nödvändig för deras egna och andras säkerhet. Andra patienter menar att tvångsvård inte hjälpde dem i problemlösning och kriser utan försämrade snarare deras tillstånd. Patienter anser att tvångsvård vart en livsomvälvande erfarenhet. En del patienter har efter tvångsvård blivit motiverade till politiskt engagemang för att förändra villkor för tvångsvård.</p>	<p>Kvalitets- granskning: Grad 1</p>
--	---	--	--	---	---

Bilaga II

<p>Författare Norvoll, R., & Pedersen, R.</p> <p>Årtal: Publicerad 2016</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Problem: Tvångsvård är en insats vilken leder till mycket debatt. Tidigare forskning visar att tvångsvård relateras till ojämna maktrelationer vilket försvårar patienters förmåga att delta i vården. Fortsättningsvis råder det begränsad forskning på patienters erfarenheter av tvångsvård.</p> <p>Syfte: Att belysa patienters erfarenheter av tvångsvård och argumentera för behov av djupare socio etisk förståelse för tvångsvård.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ.</p> <p>Metod: Semistrukturerade fokusgrupp intervjuer genomfördes först för att stimulera till öppna diskussioner om tvångsvård. Därefter genomfördes individuella intervjuer som supplement. Intervjuerna transkriberades och analyserades med tematisk innehållsanalys.</p>	<p>Urval: Vuxna med erfarenheter av tvångsvård informerades genom en nationell sida i Norge. Utifrån denna sida skickades information ut till deltagare som mötte inklusionskriterierna. Deltagare från ett större projekt i Norge (PET) inkluderades även.</p> <p>Studiegrupp: 10 kvinnor och 14 män i åldrarna 22-60 år med erfarenhet av tvångsvård och psykiatriska problem.</p>	<p>Huvudsakligt resultat: Fyra teman utformades utifrån analysen: Tvång som ett brett fenomen, tvång som berövande av frihet, tvång och maktrelationer och tvång som social och existentiella livshändelser. Patienter uppger att tvång kan innebära olika nivåer av frihetsberövande. Inskränkning på integritet och autonomi uppges dessutom. Svårigheter att kommunicera och delta i sin vård skapade ojämna maktrelationer.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
---	---	--	--	--	--

Bilaga II

<p>Författare Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S.</p> <p>Årtal: Publicerad 2012</p> <p>Land: England</p>	<p>Problem Det förutsätts ofta att patienter under tvångsvård inte inser deras behov av vård när de är sjuka, men är tacksamma över att ha fått tvångsvård när de tillfrisknar. Tidigare forskning visar att 39-75% patienter uppger att de fick rätt behandling. Det finns dock en del patienter som är missnöjda med sin vård.</p> <p>Syfte Att undersöka patienter retrospektiva åsikter om varför tvångsvård var rätt eller fel.</p>	<p>Ansats Kvalitativ.</p> <p>Metod Grounded theory. Semistrukturerade djupintervjuer. Intervjuerna varade mellan 30-90 minuter. Intervjuerna transkriberades och analyserades tematiskt. Analysen följde stegen av öppen, axial och selektiv kodning som beskrivs i grounded theory. Kodningen genomfördes därefter i MAXqda software (version 2).</p>	<p>Urval Patienter som vårdats under tvångsvård på 22 olika avdelningar runt om i England. Deltagarna samlades in utifrån en större kvantitativ studie om ofrivillig vård. Insamlingen av deltagare var ändamålsenlig utefter vad de svarat i den kvantitativa studien för att fånga både negativa och positiva åsikter. Deltagarna intervjuades alltid efter utskrivning.</p> <p>Studiegrupp: 59 patienter, 25 kvinnor och 34 män. Mellan 20-50 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Resultatet redovisades i sju underteman. 90% uppger att de mådde mycket psykiskt dåligt vid intagning och hade behov av tvångsvård. 32% uppger att de inte hade några, eller få, problem. Tvångsintagning hade då negativ effekt. 92% uppger brist på kontroll eftersom de inte fick tillräcklig information. Tvångsvård ansågs minimera risken att skada sig själv eller andra.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Andreasson, E., & Skärsäter, I.</p> <p>Årtal 2012</p> <p>Land Sverige</p>	<p>Problem Det finns få instrument för att mäta erfarenheter av tvångsvård. Patienter behöver en chans att öppna upp sig om erfarenheter. För att förbättra vården krävs det uppgifter om patienters upplevelser och erfarenheter av tvångsvård.</p> <p>Syfte Att beskriva patienternas upplevelser och erfarenheter om tvångsåtgärder vid akut psykos.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Fenomenologisk. Intervjuer där patienten valde platsen vid intervjuerna för att göra deltagarna mer bekväma. Fem öppna frågor ställdes till deltagarna och uppföljande frågor ställdes för att fördjupa frågorna och klargöra svaren. Intervjuerna pågick mellan 29-78 min, spelades in samt överfördes till skrift.</p>	<p>Urval 12 patienter från två psykiatriavdelningar på ett sjukhus i Sverige. Patienter som vårdats under tvång, har diagnos av psykotisk karaktär samt talar och förstår svenska. Muntlig samt gav skriftlig information gavs till potentiella deltagare.</p> <p>Studiegrupp Deltagarna bestod av 7 män och 5 kvinnor</p>	<p>Huvudsakligt resultat Belyser behov av stöd, gott bemötande, värdig vård, rimliga regler samt adekvat och säkert skydd. Patienterna förstod sin situation om information angående åtgärderna gavs. Relationen mellan patient och sjuksköterska viktig för att patienten ska känna sig trygg under vistelsen. Delaktighet i vården var dessutom viktigt.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 2</p>

Bilaga II

<p>Författare Mcguinness, D., Dowling, M., & Trimble, T.</p> <p>Årtal 2013</p> <p>Land Irland</p>	<p>Problem Litteratur har visat på att negativa erfarenheter av tvångsvård kan leda till att patienten inte litar på den psykiatriska vården. Inga tidigare studier har gjort med kvalitativ metod.</p> <p>Syfte Att uppnå en förståelse för hur det upplevs att ha tvångsvård.</p>	<p>Ansats Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats</p> <p>Metod Studien använde sig av en tolkande fenomenologisk analys. Intervjuerna gjordes av den första författaren individuellt med alla deltagare på avdelningen. Intervjuerna spelades in och överfördes till text och pågick mellan 8-43 minuter.</p>	<p>Urval Studien genomfördes på en större psykiatrisk verksamhet på Irland. Deltagarna fick skriftlig information om studiens utförande och kontaktuppgifter till första författaren som de kunde anmäla sig till</p> <p>Studiegrupp Patienter över 18 år som fått sin tvångsvård och har en planerad utskrivning inkluderades. 6 patienter deltog i studien</p>	<p>Huvudsakligt resultat Deltagarna utgav både negativa och positiva erfarenheter av tvångsvård. Brister i patientdelaktighet och information gav patienterna negativa upplevelser. Ökad kunskap, angående patienternas erfarenheter inom tvångsvård, krävs. Vid ökad kunskap kan personalen erbjuda vården på ett sätt att patientens erfarenhet blir mer positiv.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J.</p> <p>Årtal 2016</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Tidigare tvångsvårdade patienter använder ofta väldigt starka negativa ord angående deras erfarenheter av den. Detta kan bero på brister i relationen mellan patient och sjuksköterska och ogynnsamma behandlingar. Detta kräver djupare studier</p> <p>Syfte Att öka kunskaperna om patienternas erfarenheter av tvångsvård</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod med induktiv och deduktiv ansats</p> <p>Metod Datainsamling bestod av 15 heldagarseminarier om tvångsvård frivillig vård i Norge. Stegvis kvalitativ temaanalys användes med induktiv och deduktiv kodning, följt av fokuserad kodning och analytisk induktion</p>	<p>Urval Missnöjda patienter och tidigare patienter inom tvångsvård deltog på seminariet, vårdgivare samt familjemedlemmar. 100 personer totalt ingick i studien, majoriteten var patienter eller tidigare patienter.</p> <p>Studiegrupp Deltagarna vars erfarenheter analyseras i studien främst utifrån patienterna och tidigare patienters erfarenheter. Åldern var mellan 20-70 år</p>	<p>Huvudsakligt resultat Tvångsvård var beskriven med starka ord som nedvärderande och Nazism. Deltagarna i studien förstod sina symtom men upplevde att tångmedicinering snarare skadade än hjälpte. Vissa upplevde att deras klagomål till personalen ignorerades. Deltagarna upplevde att även de små åtgärderna ansågs som tvång. Tvångsvården kan leda till minskad självkänsla och tillit i sina egna känslor</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 2</p>

Bilaga II

<p>Författare Larsen, I., & Terkelsen, T.</p> <p>Årtal 2014</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Trots nationella strategier för minskad användning av tvångsvård förekommer det mycket mer tvångsvård i Norge än övriga europeiska länder. Studier behövs för att uppmärksamma erfarenheterna av människor som upplevt tvångsvård för att minska användningen.</p> <p>Syfte Att studera patienternas samt anställdas erfarenheter av tvångsvård</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Datainsamlingen skedde främst genom observationer av författarna på avdelningarna. Författarna gjorde noggranna anteckningar om vad de uppfattat på avdelningen. Tiderna varierade under de 48 besöken. Individuella intervjuer gjordes sedan med varje deltagare för att få en djupare förståelse i det de upplevt på avdelningen.</p>	<p>Urval Studien tog plats på en psykiatrisk avdelning på ett sjukhus i Norge. Samtliga patienter observerades, då patienter skrivs ut och nya kommer in. 12 patienter deltog och 22 anställda.</p> <p>Studiegrupp Patienterna som deltar i studien är mellan 17 och 53 år de anställda är mellan 25 och 60 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Deltagarna uppfattade tvångsvården på olika sätt. Deltagarna kände sig ofta underlägsna medan många av de anställda kände skuld för berövandet av patienternas värdighet. De anställda förklarade sina åtgärder genom systemet. Lagar och regler på avdelningen, tvångsvård är nödvändigt, vikten av omgivningen samt att bli behandlad som en människa var det deltagarna upplevde viktigast.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L.</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land England</p>	<p>Problem Tidigare forskning visat att patienter som erfarit tvångsvård upplever både negativa och positiva erfarenheter. Ändringar i lagarna har förlängt användandet av tvångsåtgärder.</p> <p>Syfte Att studera patienternas erfarenheter av tvångsvårdens inverkan på jaget, relationer och tillfrisknandet.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Intervjuer av semi-strukturerad form använder för att uppmärksamma patienternas erfarenheter. Intervjuerna var inspelade och översatta till text och analyserades med teman. Intervjuerna pågick mellan 60 - 90 min.</p>	<p>Urval Deltagarna valdes ut efter ändamålet. Trots studie av tvångsåtgärder medverkade inte många med schizofreni, detta tros vara pga anställdas tro om att de inte skulle klara av att medverka.</p> <p>Studiegrupp 12 patienter med tidigare tvångsvård. Åldern låg på 19-62 år. Deltagarna hade olika diagnoser och vårdades med olika tvångsåtgärder.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Deltagarna rapporterade varierande erfarenheter om tvångsvården, med respekt för inverkan på jaget, relationerna och tillfrisknande. Patienterna kände sig respekterade vid god relation till sjuksköterskan. Negativa erfarenheter av tvångsmedicinering och brist på kunskap såg som hinder för tillfrisknandet.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 2</p>

Bilaga II

<p>Författare Ridley, J., & Hunter, S.</p> <p>Årtal 2013</p> <p>Land Skottland</p>	<p>Problem Tidigare forskning visar att användandet av tvångsåtgärder har ökat. Många delade erfarenheter råder kring användandet av tvångsvård, negativa som positiva. Genom att studera hur patienterna och anställda upplever att tvångsvården påverkar.</p> <p>Syfte Att studera patienternas erfarenheter av att vårdas under nya MHCT (mental health – care and treatment)</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Semi-strukturerade kvalitativa intervjuer. Intervjuerna utfördes av ett par med en forskare och en nybliven forskare. Intervjuerna pågick mellan 30 till 2 timmar.</p>	<p>Urval Deltagarna plockades från fyra olika forskningssidor. Brev och information om studien skickades ut till 600 potentiella deltagare. Vid andra omgången av utskick valde 49 personer att delta.</p> <p>Studiegrupp 49 patienter deltog, samtliga blev intervjuade. Deltagarna hade varit vårdade med tvångsåtgärder.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Ny lagstiftning tycks inte ha gjort någon skillnad på användandet av tvångsåtgärder. Trots detta tyckte deltagarna att de får ta mer plats och få sin röst hörd, men att det inte påverkade de anställdas beslut om åtgärder. Grundläggande ändringar om tvångsvård behövs för relationer och för att öppna upp mer förslag till tillfriskningsperspektiv.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Lorem, G., Hem, M. & Molewijk, B.</p> <p>Årtal 2015</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Användandet av tvångsvård är inte och kräver moralisk reflektion. Patient och personal ser olika på användandet och patientens erfarenhet behöver belysas för att öka förståelsen av god tvångsvård</p> <p>Syfte Att diskutera patienters moraliska utvärdering till tvångsvård</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod med induktiv ansats</p> <p>Metod Observationer av patienterna, intervjuer samt fokusgrupper med sjuksköterskor. Intervjuerna varierade mellan 20-140 minuter och gjordes av första författaren och en andra intervju gjordes av andra forskaren. Intervjuerna var inspelade och översatta till text</p>	<p>Urval Patienter intagna på psykiatriavdelning som vårdats under tvång</p> <p>Studiegrupp 5 patienter intagna på en psykiatrisk avdelning på ett sjukhus i Norge som vårdats under tvång 2003 samt 6 sjuksköterskor som tillhörde fokusgruppen.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Erfarenheterna av tvångsvården var ofta antingen eller, positiv eller negativ. God tvångsvård kan inte ske utan moralisk reflektion. Djupare förståelse av patienters moraliska bild av tvångsvård kan skapa en bas för bättre förståelse så dialogen kan förbättras. Detta för att förbättra tvångsvårdens användning och praktiskt utförande.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

Relevant? Ja Nej Vet ej

Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej

Peer review blinded blinded angivet