Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Att vårda under tvång – sjuksköterskors erfarenheter i psykiatrisk slutenvård

Författare: **Frida Fransson**
Carolin Stenberg

Handledare: Håkan Nunstedt

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp
Magisternivå

HT/VT 2014/2015

Examensarbetets titel Att vårda under tvång – sjuksköterskors erfarenheter i psykiatrisk slutenvård.
Engelsk titel Care under coercion – nurses' experiences in psychiatric inpatient care.
Författare: Frida Fransson och Carolin Stenberg.
Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
Arbetets art: Omvårdnad examensarbete, 15 hp.
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp.
Termin/år: HT/VT 2014/2015.
Antal sidor: 30

Abstract

Background Every day in Sweden approximately 3,000 people are in care with support from the Compulsory Mental Care Act ("LPT") or the Forensic Mental Care Act ("LRV") within inpatient care. Coercive measures are used as a last resort when no other treatment works and the patient poses a danger to themselves or their surroundings. Forced medication is the most common coercive measure and is most often used in combination with medical restraint. **Aim:** The aim was to highlight nurses' experiences of caring for patients under coercion in psychiatric inpatient care. **Method:** Qualitative approach with semi-structured interviews of two focus groups was used. The transcribed texts were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The analysis resulted in three main categories: Strategies to avoid coercive measures, when coercive measures are used as last resort and conditions for a reflective and ethical approach, with associated subcategories. The result reflected that the exercise of coercive measures was a complex area and they were always used as a last resort and with the patient's best interest in mind. It was important for nurses to have the opportunity for reflection and ethical consideration after executed coercive measures. **Conclusion:** Getting the opportunity to reflect after a performed coercive measure is essential for nurses to be developed and improved in their exercise of coercive measures. To reflect on what happened, how it happened and what they could have done differently contributes to increased preparedness for future enforcement action and gives greater security for these situations. Also receive training in the field and to practice their skills is requested by the nurses.

Keywords coercive measures, content analysis, focus group, psychiatric nursing, reflection.

Sammanfattning

Bakgrund: Inom den psykiatriska slutenvården i Sverige tvångsvårdas ca 3000 människor varje dag med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Tvångsåtgärder används som en sista utväg när ingen annan behandling fungerar och patienten utgör en fara för sig själv eller sin omgivning. Tvångsmedicinering är den vanligaste tvångsåtgärden och den används ofta ihop med bältesläggning. **Syfte:** Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter under tvång inom psykiatrisk slutenvård. **Metod:** Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer av två fokusgrupper användes. Den transkriberade texten analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier: Strategier för att undvika tvångsåtgärder, att använda tvångsåtgärder som en sista utväg, samt förutsättningar för ett reflekterande och etiskt förhållningssätt, med tillhörande underkategorier. Resultatet visade att tvångsåtgärder var ett komplext område och att de alltid användes som en sista utväg med patientens bästa i fokus. Det var viktigt för sjuksköterskorna att de fick möjlighet till reflektion och etisk eftertanke efter en utförd tvångsåtgärd. **Konklusion:** Att få möjlighet till reflektion efter en utförd tvångsåtgärd är centralt för sjuksköterskorna för att kunna utveckla och förbättra sina färdigheter gällande tvångsåtgärder. Genom att få reflektera över vad som föranledde tvångsåtgärden, hur den utfördes och om något kunde gjorts annorlunda bidrar till en ökad handlingsberedskap för sjuksköterskorna inför kommande tvångsåtgärder och skapar trygghet i dessa situationer. Sjuksköterskorna efterfrågar även praktisk träning så de kan träna på de färdigheter som behövs för att utföra tvångsåtgärder.

Nyckelord fokusgrupp, innehållsanalys, psykiatrisk omvårdnad, reflektion, tvångsåtgärder

Innehåll

Inledning ... 1
Bakgrund ... 1
Tvångsvårdslagen ... 1
Definition av ”allvarlig psykisk störning” ... 2
Begrepp ... 2
Makt ... 2
Maktförhållanden inom psykiatrisk vård ... 2
Paternalism inom psykiatrisk vård ... 3
Autonomi ... 3
Psykiatrisk omvårdnad ... 4
Vårdande relation ... 4
Psykiatrisk omvårdnad vid tvångsvård ... 5
Etiska aspekter vid tvångsvård ... 5
Problemformulering ... 6
Syfte ... 6
Metod ... 6
Ansats ... 6
Fokusgrupp och fokusgruppsintervju ... 6
Urval ... 7
Datainsamling ... 7
Dataanalys ... 8
Forskningsetiska överväganden ... 9
Resultat ... 9
Strategier för att undvika tvångsåtgärder ... 10
Att skapa valmöjlighet ... 10
Att vara lyhörd och flexibel ... 11
Att förbereda sig genom träning och utbildning ... 11
När tvångsåtgärder används som sista utväg ... 12
Att använda tvångsåtgärder för att skydda patienten ... 12
Att ha goda förutsättningar ... 13
Att vara professionell i sin yrkesroll ... 14
Att informera och dokumentera ... 15
Förutsättningar för ett reflekterande och etiskt förhållningssätt ... 16
Att utöva tvång för patientens bästa ... 16
Att använda sig av sin yrkeserfarenhet ... 16
Att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke ... 17

Att utföra tvångsåtgärder enligt gällande riktlinjer 18
Diskussion 18
Metoddiskussion 18
Studiens trovärdighet 19
Tillförlitlighet 19
Pålitlighet 20
Överförbarhet 20
Möjlighet till att styrka och bekräfta resultat 21
Resultatdiskussion 21
Konklusion 25
Kliniska implikationer 25
Referenser 27

Bilagor

I Informationsbrev till verksamhetschef
II Informationsbrev till enhetschef
III Informationsbrev till deltagare
IV Intervjuguide
V Underlag till fokusgrupp

Inledning

Under de senaste tio åren har antalet vårdtillfällen inom den vuxenpsykiatriska slutenvården ökat. Omkring 20 procent av de som vårdas i slutenvården, vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV (Socialstyrelsen, 2012a). Varje dag tvångsvårdas ca 3000 personer i Sverige med stöd av LPT eller LRV. Dessa patienter har ofta stora vårdbehov och behöver omfattande insatser (Socialstyrelsen, 2012b). Vid vård enligt LPT vårdas kvinnor framför allt för bipolär sjukdom, schizofreni och personlighetsstörningar, medan männen i högre utsträckning vårdas för schizofreni samt beteendestörningar och följdtillstånd orsakade av alkohol och olika droger ofta i kombination (Socialstyrelsen, 2012a). Tvångsåtgärder används som en sista utväg när ingen annan behandling fungerar och då patienten utgör en fara för sig själv eller sin omgivning. Tvångsmedicinering är den vanligaste tvångsåtgärden och utförs oftast i kombination med tvångsåtgärden fastspänning (Socialstyrelsen, 2012b). Att vårda med tvång innebär ett stort ansvar för sjuksköterskor. Detta ställer höga krav på sjuksköterskors kunskap och kompetens, etiska medvetenhet, säkerhetstänkande och samarbetsförmåga. I situationer där tvångsåtgärder förekommer väcks många tankar och känslor som påverkar sjuksköterskor i sin yrkesvardag. I denna studie fokuseras sjuksköterskors erfarenheter av att vårda under tvång inom psykiatrisk slutenvård. Genom att tydliggöra sjuksköterskors erfarenheter av tvångsvård vill författarna bidra med nya aspekter på detta fenomen samt hur dessa påverkar sjuksköterskorna i sin yrkesvardag.

Bakgrund

Tvångsvårdslagen

Föreskrifterna i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Patientlagen (SFS 2014:821) gäller all psykiatrisk vård, öppen och slutenvård, frivillig som ofrivillig vård. I Regeringsformens andra kapitel debatteras individers grundläggande fri- och rättigheter. I kapitlets 6§ står: Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp (SFS 1974:152). Dessa fri- och rättigheter får begränsas genom lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård där ansvaret vilar på den ansvarige specialistläkaren som i sin myndighetsutövning kan bedöma om behov av tvångsvård föreligger.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård är lagstiftad av Sveriges Riksdag och regleras i Svensk författningssamling (SFS 1991:1128). Förutsättningar för tvångsvård innefattar att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård, motsätter sig sådan vård eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundade skäl att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. Dessa tre kriterier måste uppfyllas samtidigt. Vid bedömning måste det även uppmärksammas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för sin omgivning.

En patient som vårdas enligt LPT kan hindras att lämna sjukhusområdet och nödvändigt tvång får då användas. Om en patient utgör en fara för sig själv eller sin omgivning, får patienten kortvarigt spännas fast i bälte. Patient med aggressivt eller störande beteende får hållas avskild från övriga patienter om denne försvårar vården för de andra patienterna. Syftet med tvångsvård är att få patienten att frivilligt medverka till nödvändig vård och behandling. När syftet uppnåtts, och kriterierna för tvångsvård inte längre uppfylls, ska tvångsvården genast upphöra. Tvångsåtgärder får endast användas i rimlig relation till syftet med åtgärden, och används som en sista utväg när patienten inte förmås medverka till vård. Mindre ingripande åtgärder, som individanpassad information, motiverande samtal osv, måste först ha genomförts och misslyckats. Måste tvångsåtgärder ändå användas för att kunna genomföra nödvändig behandling, får dessa inte användas i större utsträckning än nödvändigt (SFS 1991:1128).

Definition av ”allvarlig psykisk störning”

Det juridiska begreppet allvarlig psykisk störning, som används ovan, finns definierad i förarbetena till lagen, men också i socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:18). Begreppet inkluderar tillstånd av psykotisk karaktär, svåra depressioner med allvarligt självmords-beteende samt allvarligare personlighetsstörningar och neuropsykiatriska funktionsstörningar med svår tvångsmässighet och impulsgenombrott av psykotisk karaktär. Svår demens, svår utvecklingsstörning och grav hjärnskada kan också utgöra allvarlig psykisk störning. Till allvarlig psykisk störning bör också hänföras alkoholpsykoser, som delirium tremens, och de psykoser som kan drabba narkotikamissbrukare. Ett allvarligt missbruk som endast leder till allvarliga kroppsliga komplikationer ska inte kunna medföra psykiatrisk tvångsvård. Allvarlig psykisk störning är ett komplext juridiskt begrepp, som innebär att inte endast medicinska diagnoser utan även andra faktorer som till exempel psykosocial funktionsnivå är av betydelse vid bedömning av förekomst av allvarlig psykisk störning (Rättspsykiatri, 2013; SOSFS 2008:18).

Begrepp

Makt

Tvångsvård är förknippat med makt. Som fenomen förekommer makt i olika sammanhang och kan ha olika betydelser. Makt kan vara någons förmåga att göra något eller prestera något och kan även kopplas samman med kraft, styrka och vigör men också med herravälde och bestämmande. Makt finns även då den är dold och inte brukas, det räcker med att medvetandegöra att en part har förmågan att utöva makt (Foucault, 2006).

Maktförhållanden inom psykiatrisk vård

Makt kan ta sig olika uttryck i omvårdnadssammanhang och en sjuksköterska kan använda makt för att hjälpa eller motverka syftet att arbeta utifrån en god hälsa. Patienter är i beroendeställning i förhållande till vårdpersonalen som har en maktposition, genom sin utbildning, sitt språkbruk, sin sammanhållning, anställning på avdelningen, sin plats i organisationen och tillgången till olika dokument om patienten (Sjögren, 2014). Makt är omöjlig att undvika i dessa situationer men det är av vikt att hantera denna makt med varsamhet och respekt för patienternas bästa och därför är det avgörande hur denna makt används och utövas. Inom psykiatrisk vård tydliggörs maktpositionen när den svårt sjuka patienten tvingas till vård då denne, på grund av sjukdom, förlorat förmågan att fatta rationella beslut. Makten kan användas både i syfte att kontrollera andras liv eller i ett positivt syfte för den andre, eller användas för att inskränka den andres frihet eller för att skapa frihet för den andre människan (Arlebrink, 2014). Maktutövning finns beskriven inom traditionell psykiatrisk vårdverksamhet, där det finns ett antal påståenden, ofta underliggande, om hur personal kan agera för att utöva kontroll över patienten (Cutcliffe & Happell, 2009). Cutcliffe och Happell (2009) och Cleary (2003) presenterar flera exempel på hur makt används av sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård: berövande av patientens personliga frihet, tvångsadministrering av läkemedel, patienten begränsas till avdelningen, fasthålla patienten och isolera patienten. Makt visas även genom att sjuksköterskans bestämmande över vad som diskuteras och inte, beslutande av vad som ska åtgärdas och inte, beslutsfattande om patientens bästa och genom användandet av språk och terminologi.

Ett konkret sätt, inom psykiatrisk vård, att utöva makt på är genom lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). I många fall är denna form av maktutövning nödvändig enligt Arlebrink (2014) och det är då avgörande att den personalen samtidigt uppfattar och behandlar patienten som ett subjekt. Den kontroll, som den lagstiftade ramen för vård och behandling av psykiskt sjuka patienter i slutenvården ger, medför enligt Cleary (2003) speciella utmaningar för sjuksköterskor vad gäller relationen till patienterna. Genom sjuksköterskors ständiga närvaro och tillgänglighet, uppfattas de som enkla måltavlor för patienters ilska över att vara

tvångsvårdade genom att deras aggression riktas mot sjuksköterskorna. Patienters uppfattning av vad de antar vara sjuksköterskors makt förstärks av att sjuksköterskor arbetar efter och driver aspekterna av dessa riktlinjer. Makt kan enligt Hörberg, Sjögren och Dahlberg (2012) även handla om att patienter utsätts för en maktlös väntan när de ber om tillåtelse eller hjälp för att exempelvis röka, handla, ringa eller gå ut. Eftersom patienterna är beroende av och underordnade vårdarna, får de anpassa sig till vårdarens krav, regler och villkor. Foucault (2006) betonar även att lokalernas design kan stödja vårdarnas maktutövning genom sin utformning för att underlätta övervakning. Cutcliffe och Happell (2009) redogör för att olika tekniker för att övervaka patienten motiveras med att det är för patienten bästa, och framhåller att vården som ges kan ta sin grund i disciplin och fostran om personal inom psykiatrisk vård inte utgår från ett reflekterande förhållningssätt.

Paternalism inom psykiatrisk vård

Nationalencyklopedin (NE) (2014) definierar begreppet paternalism som ett beskyddande förhållningssätt hos en överordnad mot de underordnade, grundat på att den överordnade som ersättning för vissa prestationer överför resurser till de underordnade som dessa inte själva kan skaffa sig. Oxford Dictionaries (2015) definierar paternalism som politik eller praxis hos människor i maktpositioner att begränsa friheten och ansvaret för de underställda eller som på annat sätt är beroende av dem. Enligt denna definition innefattar psykiatrisk slutenvård många exempel på paternalism, såsom obligatorisk intagning och behandling för de som omfattas av tvångsvårdslagen, användning av kontroll och fasthållning, avskiljning, låsta avdelningar, övervakning och dold administrering av läkemedel. Dessa kan alla i varierande grad sägas utgöra en inskränkning av patientens frihet och ansvar, och anses vara handlingar av paternalism (Roberts, 2004).

Handlingar med stöd i ett paternalistiskt synsätt motiveras ibland vara nödvändiga för att personer som, på grund av psykisk sjukdom, ska kunna förbättras i sitt hälsoläge eftersom de för tillfället är oförmögna att kontrollera sig själva (Roberts, 2004). De regler och förordningar som patienter måste förhålla sig till på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning kan enligt Tveiten, Haukland och Onstad (2011) uppfattas som paternalistiska och en del patienter kan också uppleva sig bli behandlade som barn. Att endast åberopa begreppet psykisk störning är inte tillräckligt för att rättfärdiga paternalistiska handlingar inom psykiatrisk vård. Vanligtvis föreslås att paternalistiska handlingar också ska vara välgörande och säkerställa gott och/eller förebygga skador (Roberts, 2004). Sjöstrand och Helgesson (2008) diskuterar logiken bakom tvångsbehandling i förhållande till en idealiserad psykiatrisk verksamhet och anser inte det som försvarbart att beskydda en patients framtida autonomi till priset av befintliga genuina intressen, vilket benämns som oförsvarligt paternalistiskt.

Autonomi

Begreppet autonomi ligger till grund för de flesta etiska frågeställningarna (Biering, 2002). Oxford Dictionaries (2015) definierar autonomi som rätt eller tillstånd till självstyre. Centralt för autonomi är att individer ska ha rätten att bestämma över sina egna liv, påverka vilken behandling som väljs och om han/hon kommer att fullfölja en viss behandling (Lutzén, 1998; Roberts, 2004; Sjöstrand & Helgesson, 2008; Goldenberg, 2009).

Sjöstrand och Helgesson (2008), redogör för tre grundläggande villkor för att en handling ska vara autonom. Dessa villkor är att handlingen ska vara avsiktlig, utförd med en förståelse av situationen, samt genomförd utan kontrollerad påverkan. Patienter med allvarlig påverkan av psykiatrisk sjukdom kanske inte inser att de lider av en sjukdom som signifikant förvränger uppfattningen av omvärlden, inklusive det egna tillståndet (Sjöstrand & Helgesson, 2008). Patienters autonomi kan även påverkas av de stringenta regler och rutiner som ofta

kännetecknar en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Lutzén (1998) framhäver att dessa regler många gånger medför inskränkningar för patientens autonomi. Sjuksköterskor gör dagligen bedömningar som grundar sig på vad som anses vara bäst för patienten, men enligt Lutzén (1998) modifieras begreppet autonomi emellanåt för att överensstämma med patientens uppfattade behov. Psykisk sjukdom kan försämra patienters förmåga till autonomi och deras medvetenhet om sin sjukdom. Dessa faktorer är viktiga att ta hänsyn till vid psykiatriska bedömningar och diagnostisering (Roberts, 2004). Sjukdomsinsikt är därför en nödvändighet för ett självständigt val av behandling. Likaså är det viktigt att bevara patienters autonomi som ett viktigt mål inom psykiatrisk omvårdnad. Att återställa en patients autonomi borde därför utgöra det enda tillåtna målet för psykiatriska tvångsåtgärder (Sjöstrand & Helgesson, 2008).

Psykiatrisk omvårdnad

Psykiatrisk omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn (Skärsäter, 2014) med ett existentiellt filosofiskt synsätt, vilket innebär att människan ses som aktiv och skapande samt som en del i ett sammanhang (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Psykiatrisk omvårdnad innebär att ge insatser som stärker patientens upplevelse av hälsa och livskvalitet (Skärsäter, 2014). Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterske-examen med inriktning mot psykiatrisk vård beskriver psykiatrisk omvårdnad som en handling riktad till en persons upplevelse av hälsa och livskvalitet. Sjuksköterskan ska tillsammans med patienten bedöma, planera och åtgärda problem och förändringar som är orsakade av psykisk ohälsa (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Psykiatrisk omvårdnad innefattar att stärka patientens känsla av att ha kontroll över sitt eget liv, att hantera känslor av meningslöshet och att utveckla strategier för att hantera sin sjukdom och dess konsekvenser. Sjuksköterskan behöver även stödja patienten i att sätta upp rimliga livsmål (Skärsäter, 2014). Psykiatrisk omvårdnad på en psykiatrisk akutvårdsavdelning kan beskrivas i termer av att ta kontroll över patientens överdrivna beteende, som till exempel överdrivet konsumerande av exempelvis cigaretter eller duschande, promiskuitet, manipulation eller aggressivitet genom att skapa struktur och regler (Maharaj, O'brien, Gillies & Andrew, 2013; Salzmann-Krikson, Lützén, Ivarsson & Eriksson, 2008).

En av hörnstenarna i psykiatrisk omvårdnad är att bygga upp en terapeutisk relation mellan patient och sjuksköterska (Cleary, 2003; Maharaj et al., 2013). Enligt Hummelvolls (2004) definition av psykiatrisk omvårdnad innefattar detta att sjuksköterskan ska stärka patientens egenvård och på så sätt förbättra dennes hälsa. Sjuksköterskan ska genom samarbete med patienten stärka patientens självrespekt och hitta hållbara livsvärderingar. Vidare menar Hummelvoll (2004) att sjuksköterskan ska verka som ”patientens advokat” (s 46) när denne inte själv kan uttrycka sina behov och önskningar, vilket blir tydligt för en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, där ett av kriterierna för tvångsvård är att personen inte själv kan ta ställning till sitt eget vårdbehov (SFS 1991:1128). Sjuksköterskan ska i mötet med patienten ta hänsyn till dennes hälsotillstånd och informera om vård och behandlingar för att ge patienten bästa möjlighet till att fatta beslut (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Vårdande relation

Peplau (1988) beskriver relationen mellan sjuksköterska och patient som en betydande terapeutisk mänsklig process, som fungerar kooperativt med andra mänskliga processer som möjliggör hälsa för individer och samhället. Relationen mellan vårdare och patient utgör grunden inom den psykiatriska vården. Den vårdande relationen har ett viktigt syfte i att lindra den existentiella ensamheten som även finns hos den psykiskt funktionshindrade patienten. En viktig förutsättning för ett meningsfullt vårdande är vårdarens genuina vilja att möta patienten som en individ i dennes livsvärld och vardag. Viktigt är därför vårdarens förmåga att kunna

acceptera även det som verkar avvikande hos patienten, samt stå för varaktighet och kontinuitet i den mellanmänskliga relationen (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suseröd & Fagerberg, 2003). I psykiatrisk omvårdnad betonas att ett ömsesidigt förtroende i relationen mellan sjuksköterska och patienten är en förutsättning för att den terapeutiska behandlingen ska hjälpa patienter (Hem, Heggen & Ruyter, 2008). Även de vårdare som tar avstånd från en patient, bidrar till hur patientens livsförståelse och självbild utformas. En kränkande behandling från en vårdare skapar inte bara ett vårdlidande hos patienten utan kan också förstärka ett livslidande. Det är vårdarens ansvar att lindra patientens lidande inom ramen för den vårdande relationen. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård har ett ansvar för att bjuda in patienten till en vårdande relation, men även att bevaka hur vårdkulturen på avdelningen formas för att möjliggöra dessa relationer (Wiklund- Gustin, 2014). Att bygga upp ett förtroende är särskilt utmanande i den psykiatriska akutvården på grund av faktorer som tvångsvård, obalanserade maktstrukturer mellan personal och patienter, allvarlig psykisk sjukdom i sig, patienters kognitiva svårigheter och användning av psykofarmaka (Hem et al., 2008).

Psykiatrisk omvårdnad vid tvångsvård

Utmaningen med psykiatrisk omvårdnad vid tvångsvård är att ge vård och behandling till de patienter som inte anser att de är i behov av vård på en slutenvårdsavdelning. Trots att patienten vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård är det lika viktigt för sjuksköterskor att visa empati, förståelse och att informera om den aktuella vården (Cleary, 2003). Missförstånd mellan personal och patient kan vara en utlösande faktor för aggressivt beteende (Salzmann-Krikson et al., 2008). Tvångsåtgärder är ibland nödvändiga, då alla andra omvårdnadsåtgärder misslyckats, för att hindra patienten från att skada sig själv eller andra samt att skydda patienten från ett sådant beteende som inför andra patienter eller personal kan medföra skamkänslor (Cleary, 2003; Olofsson och Norberg, 2001; Salzmann-Krikson et al., 2008). Tvångsåtgärder anses som negativa och ovärdiga för patienten och kan innebära ett missnöje för sjuksköterskor när de är nödvändiga att genomföra. De tvångsåtgärder som beskrivs är sluten psykiatrisk tvångsvård, avskiljning, bältesläggning och tvångsmedicinering. För sjuksköterskorna innebär detta att de behöver både ta och ha ansvar för att sätta gränser för patienten. Patienterna uppfattar däremot tvångsåtgärder som att någon annan tar över deras ansvar för sig själva (Olofsson & Norberg, 2001). I studien av Olofsson, Gilje, Jacobsson och Norberg (1998) framkommer det att sjuksköterskor har svårt att hitta alternativ till tvångsåtgärder, annat än att välja en mildare metod, trots att de inte vill utöva tvång. Vid val av tvångsåtgärd väljs det som är minst inskränkande mot patientens rättigheter, värdighet, val och integritet (Cleary, 2003). Även när tvångsåtgärder är nödvändiga anses det fortfarande vara möjligt att bygga upp en terapeutisk relation mellan patient och sjuksköterska (Maharaj et al., 2013). En bra relation som bygger på förtroende och tillit samt kunskap om patienten, kan bidra till att mildare tvångsåtgärder kan användas på ett icke våldsamt sätt (Olofsson et al., 1998).

Etiska aspekter vid tvångsvård

Tvångsåtgärder är ett etiskt dilemma inom den psykiatriska vården. Det är de grundläggande etiska principerna som guidar sjuksköterskor när en patient blir aggressiv. Patientens respekt, värdighet, självbestämmande och säkerhet är viktigt att överväga när en tvångsåtgärd blir aktuell (Kontio et al., 2010). Vid tvångsvård kränks patientens autonomi och integritet (Arlebrink, 2014). I vissa situationer är detta etiskt och lagligt acceptabelt för att skydda patienten eller andra från potentiellt våldsammassituationer (Olsen, 1998). Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar har en etisk dimension (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) och innebär ett moraliskt ansvar (Skärsäter, 2014). Genom att visa respekt för patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande, ges patienten möjlighet till att uppleva tillit, hopp och mening i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskor ska även motverka fördomar, diskriminering och utanförskap (Skärsäter, 2014).

International Council of Nurses, ICN:s, etiska kod för sjuksköterskor anger fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vidare anges att omvårdanden ska bygga på respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och att bli bemött med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Patienten är i beroendeställning till sjuksköterskan och i omvårdnaden är det då viktigt att bevara patientens autonomi och integritet. Integritet innebär att alla människor har ett egenvärde, vilket inte upphör då personen inte själv förmår hävda den (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Inom psykiatrisk vård förekommer situationer där patientens värdighet kränks och det är sjuksköterskans etiska ansvar att i dessa situationer arbeta för att bevara patientens värdighet (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012). Sjuksköterskor inom den psykiatriska verksamheten har svårt att lyfta etiska frågeställningar och att integrera dessa i sin yrkesvardag. Paternalism och rättfärdigande av handlingar utifrån paternalism ligger till grund för många etiska dilemman inom psykiatrin (Roberts, 2004). Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård kan behöva medverka i åtgärder som anses vara moraliskt tveksamma, till exempel användning av mer våld än vad situationen kräver vid tvångsmedicinering eller bältesläggning (Arlebrink, 2014).

Problemformulering

Tvångsvård är en vårdform inom psykiatrisk vård som ställer höga krav på sjuksköterskans roll och kompetens. Tvångsåtgärder används som en sista utväg då ingen annan behandling fungerar och patienten anses utgöra en fara för sig själv eller sin omgivning. I dessa situationer måste samarbetet mellan olika personalgrupper fungera då situationen oftast uppstår akut. Läkaren har den beslutsfattande positionen men sjuksköterskan är den som ser och uppmärksammar behovet hos patienten. I samråd med läkaren beslutas om aktuell åtgärd, vilket sjuksköterskan sedan implementerar. Dessa situationer ställer krav på sjuksköterskans etiska medvetenhet, säkerhetstänkande, samarbetsförmåga och kompetens både personlig och teoretisk. I situationer där tvångsåtgärder förekommer väcks många tankar och känslor hos de inblandade både patienter och vårdpersonal. Genom att studera dessa erfarenheter vill författarna med detta arbete bidra med nya aspekter kring fenomenet tvångsåtgärder och vad som kan förändras för att tvångsåtgärder ska bli så bra som möjligt både för patienten och vårdpersonalen.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter under tvång inom psykiatrisk slutenvård.

Metod

Ansats

Studien är deskriptiv till sin design och har en kvalitativ ansats, samt avser att beskriva fenomenet i sin naturliga miljö för att bidra med djupare förståelse av fenomenet (Justesen & Mik-Meyer, 2011; Polit & Beck, 2012; Ryen, 2004; Silverman, 2006).

Fokusgrupp och fokusgruppsintervju

Fokusgrupper är en metod där en grupp människor intervjuas eller får föra en strukturerad diskussion kring, av forskaren, förvalda ämnen (Justesen & Mik-Meyer, 2011; Polit & Beck, 2012; Silverman, 2006; Trost, 2005). Fokusgrupper är noga planerade diskussioner som utnyttjar gruppdynamiken för att få fram rik information (Polit & Beck, 2012; Wibeck, 2010). Metoden är lämplig då forskaren vill undersöka på vilket sätt människor handlar och vilka motiv de har för sitt handlande samt för att få insikt i andra människors upplevelser. Intresset i en fokusgrupp ligger på hur deltagarna i gruppen tänker kring ett visst fenomen, inte på den enskilda individens åsikt (Wibeck, 2010). Enligt Wibeck (2010) ska en fokusgrupp inte

innehålla färre än fyra och inte mer än sex deltagare. Interaktionen i gruppen underlättas om gruppmedlemmarna har någorlunda gemensam bakgrund vad gäller kunskap och utbildning. Människor är på detta sätt mer benägna att dela med sig av sina erfarenheter om de känner samhörighet med gruppen (Polit & Beck, 2012; Wibeck, 2010).

Intervjuer lämpar sig när det är en specifik fråga som forskaren vill ha svar på. Vid valet av gruppintervju eller individuell intervju handlar det om bredd eller djupare förståelse, vid gruppintervjun kan det komma fram en bredare skala av aspekter på området som undersöks. I en fokusgruppsintervju kan gruppdeltagarna jämföra sina erfarenheter och bli medvetna om varför de andra handlar som de gör (Wibeck, 2010). Den kollektiva interaktionen i fokusgruppsintervjun kan frambringa mer spontana uttrycksfulla och emotionella uppfattningar än vid den individuella intervjun. Vid tabubelagda känsliga ämnen kan gruppinteraktionen göra det lättare att uttrycka synpunkter som det annars är svårt att sätta ord på (Brinkman & Kvale, 2014). Moderator leder i regel diskussionen utifrån en intervjuguide med förbestämda områden som ska diskuteras som vid en semistrukturerad intervju (Brinkman & Kvale, 2014; Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden innehåller både öppna och slutna frågor (Brinkman & Kvale, 2014) kring breda områden som ska diskuteras (Wibeck, 2010).

Urval

En förfrågan om genomförande av studien samt informationsbrev skickades till verksamhetschefen för en psykiatrisk slutenvårdsklinik i Västra Götalandsregionen (bilaga I). Efter att verksamhetschefen gett sitt medgivande togs kontakt med två enhetschefer för två olika verksamheter, totalt fyra enheter, inom kliniken. Enhetscheferna fick informationsbrev samt förfrågan om genomförande av studien på deras enhet (bilaga II). Efter godkännande från respektive enhetschef togs kontakt med den sjuksköterska som är anställd som omvårdnadsansvarig sjuksköterska[1] på varje enhet, totalt fyra enheter, för att delge information om studien, informationsbrev till deltagare och samtyckesformulär (bilaga III) lämnades ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska lämnade sedan informationsbrev och samtyckesformulär till alla sjuksköterskorna på respektive enhet. De sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien ombads att lämna intresse via e-mail till författarna senast två dagar innan fokusgruppen var planerad. Samtyckesformuläret lämnades personligen av deltagarna till författarna vid tillfället för fokusgruppen. Information om studien har delgivits både muntligt och skriftligt till deltagarna. Totalt deltog nio sjuksköterskor i två fokusgrupper.

Datainsamling

Valet av lokal där fokusgrupperna genomförs ska vara i en neutral miljö som är lättillgänglig, trivsam och helst inte förknippas med specifika värderingar eller förväntade beteenden för att deltagarna ska känna sig bekväma med att uttrycka sina ska åsikter (Polit & Beck, 2012; Wibeck, 2010). Fokusgruppsintervjuerna ägde rum i ett konferensrum i nära anslutning till sjuksköterskornas arbetsplats, vilken var välkänd för sjuksköterskorna. Vid fokusgrupps-intervjuerna användes semistrukturerade frågor och författarna använde för detta ändamål en intervjuguide (bilaga IV). Fokusgruppsintervjuerna spelades in och varade 55 respektive 72 minuter. Deltagarna uppmuntrades till diskussion kring ämnet och att ge exempel på situationer som de själva varit med om. Båda fokusgrupperna diskuterade rikligt och alla deltagare fick komma till tals och uttrycka sin åsikt.

Deltagarna i fokusgrupperna ombads att fylla i en blankett med ålder, kön, aktuell arbetsplats samt antal yrkesverksamma år inom den psykiatrisk slutenvård (Bilaga V), som utgjorde

[1] ”Omvårdnadsansvarig sjuksköterska” är den sjuksköterska som är anställd för att ha ett övergripande omvårdnadsansvar för patienterna på avdelningen.

underlag för sammanställning av deltagarna i fokusgruppen. I den första fokusgruppen deltog fyra sjuksköterskor, samtliga kvinnor mellan 26-65 år. En sjuksköterska hade specialistutbildning inom psykiatrisk vård, resterande var grundutbildade. Sjuksköterskorna hade arbetat mellan 2 och 15 år inom psykiatrisk slutenvård. I den andra fokusgruppen deltog fem sjuksköterskor, tre kvinnor och två män i åldrarna 24-57 år. En var sjuksköterska med specialistutbildning inom psykiatriskvård och fyra var grundutbildade. Sjuksköterskorna hade arbetat mellan 1 och 15 år inom psykiatrisk slutenvård. En förtydligad bild av varje deltagare ges i tabell 1. I resultatet redovisas citaten från sjuksköterskorna i form av sjuksköterska 1-9.

Tabell 1 Översikt av deltagarnas kön och yrkesverksamma år.

	Kön	Yrkesverksamma år
Sjuksköterska 1	Kvinna	4 år
Sjuksköterska 2	Kvinna	6 år
Sjuksköterska 3	Kvinna	15 år
Sjuksköterska 4	Kvinna	2 år
Sjuksköterska 5	Kvinna	2 år
Sjuksköterska 6	Kvinna	1 år
Sjuksköterska 7	Kvinna	15 år
Sjuksköterska 8	Man	1,5 år
Sjuksköterska 9	Man	0,5 år

Dataanalys

Innehållsanalys är en metod som går att använda på kvalitativa och kvantitativa data (Elo & Kyngäs, 2008; Hsieh & Shannon, 2005; Krippendorf, 2004). Metoden kan användas till att analysera data från fokusgruppsintervjuer (Rothwell, 2010). Innehållsanalys innebär att göra replikerbara och giltiga slutsatser från texter till dess sammanhang (Krippendorff, 2004). Som forskningsteknik kan innehållsanalys ge nya insikter, öka forskarens förståelse för ett speciellt fenomen eller bidra med praktiska åtgärder (Downe-Wamboldt, 1992; Krippendorff, 2004). En kvalitativ innehållsanalys kan antingen vara manifest eller latent (Downe-Wamboldt, 1992; Graneheim & Lundman, 2004; Vaismoradi, Turunen & Bondas, 2013). Latent innehållsanalys innebär att en tolkning av det som sägs i texten görs för att få fram den underliggande meningen av innehållet. I den här studien har manifest innehållsanalys valts, vilket innebär att analysen har gjorts utifrån innehållsaspekten och vad texten säger samt beskrivit det synliga uppenbara i texten (Downe-Wamboldt, 1992). Enligt Graneheim och Lundman (2004) görs en tolkning av materialet vid både vid manifest och latent innehållsanalys, men tolkningen varierar i djup och abstraktionsnivå. Innehållsanalys kan göras antingen induktivt eller deduktivt (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna till föreliggande studie har gjort analysen induktivt, vilket innebär en förutsättningslös analys av materialet.

De inspelade fokusgruppsintervjuerna transkriberades ordagrant av författarna. Fanns en osäkerhet kring vad deltagarna sa i inspelningen lyssnade författarna på detta gemensamt för att säkerställa att det transkriberades ordagrant. Stegen i analysprocessen har gjorts utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning. Detta innebar att första steget i analysen bestod av att författarna var för sig läste igenom materialet i sin helhet flera gånger för att få en helhetsförståelse. Andra steget i analysen var att författarna identifierade meningsbärande enheter som markerades i texten med färgpenna. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebar att texten kortades ner utan att innebörden i meningsenheten gick förlorad (Graneheim & Lundman, 2004). Tredje steget i analysprocessen bestod av att koda de kondenserade meningsenheterna, vilket gjordes gemensamt av författarna. En kod är en etikett på meningsenheten och ska ses i relation till helheten av texten (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna återvände kontinuerligt till grundmaterialet för att säkerställa att meningsenheterna

och koderna svarade på studiens syfte, vid behov justerades koderna för att få en bättre samstämmighet (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheterna grupperades in under respektive koder för att bilda en helhetssyn över materialet. Till sist skapades subkategorier och kategorier genom att författarna inledningsvis grupperade alla koder utifrån skillnader och likheter i olika delar som sedan grupperades till elva subkategorier. Slutligen grupperades subkategorierna och abstraherades till tre kategorier. En kategori är en del av innehållet som delar en gemensamhet (Krippendorff, 2004) och avser främst att beskriva innehållet och kan ses som ett uttryck för det manifesta i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Krippendorff (2004) ska varje kategori vara uttömmande och utesluta varandra, inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i mer än en. Ett exempel ur analysprocessen ges i Tabell 2.

Tabell 2 Exempel på analysprocessen

Meningsbärandeenhet	Kondenserad Meningsbärandeenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Sjuksköterska 4: Ja, ibland kan det ju vara så att man övertalar patienten så långt att det liksom känns som att det är på tvång ändå.	Man övertalar patienten	Övertala patienten	Att skapa valmöjlighet	Strategier för att undvika tvångsåtgärder
Sjuksköterska 8: Att tvinga någon till någonting, antingen läkemedel, visar det muntligt eller kroppsligt på något sätt att de inte vill det	Visar det muntligt eller kroppsligt… att de inte vill	Mot patientens vilja	Att använda tvångsåtgärder för att skydda patienten	När tvångsåtgärder används som sista utväg

Forskningsetiska överväganden

Helsingforsdeklarationen har tagits fram för att reglera etiska principer för forskning på människor. Det är forskarens skyldighet att främja och skydda människors hälsa, välmående och rättigheter (World Medical Association, 2013). Inom omvårdnadsforskning är det fyra grundläggande etiska principer som vägleder forskaren. Dessa är autonomiprincipen, principen att göra gott, principen att inte skada och rättviseprincipen (Nothern Nurses' federation, 2003; World Medical Association, 2013). De etiska riktlinjerna omfattar fyra krav som forskaren har gentemot deltagarna, som ska uppfyllas när en studie genomförs. Informationskravet, krav på samtycke, krav på konfidentialitet och krav på deltagarens säkerhet (Nothern Nurses' federation, 2003; World Medical Association, 2013). Forskaren är skyldig att följa de etiska principerna och riktlinjerna i alla faser i forskningsprocessen. Deltagarna i studien har fått information om de etiska riktlinjerna både skriftligt i form av informations brev samt muntligt innan intervju startade. Forskningsmaterialet i denna studie har förvarats på ett sådant sätt att inga obehöriga kan få tillgång till materialet, vilket är forskarens skyldighet (Nothern Nurses' federation, 2003). De inspelade intervjuerna har förvarats på en mobiltelefon med kodlås som ingen annan än författarna har haft tillgång till. Allt utskrivet material har förvarats i ett låst skåp.

Studien har genomgått etisk prövning av forskningsetiska kommittén vid Högskolan Väst i Trollhättan (Dnr 2014/1307 B 22).

Resultat

Utifrån dataanalysen identifierades tre övergripande kategorier; ”strategier för att undvika tvångsåtgärder”, ”när tvångsåtgärder används som sista utväg” och ”förutsättningar för ett

reflekterande och etiskt förhållningssätt". Dessa kategorier omfattar tillsammans elva subkategorier, redovisas nedan i tabell 3.

Tabell 3 Översikt kategorier och subkategorier

Kategorier	**Subkategorier**
Strategier för att undvika tvångsåtgärder	Att skapa valmöjlighet
	Att vara lyhörd och flexibel
	Att förbereda sig genom träning och utbildning.
När tvångsåtgärder används som sista utväg	Att använda tvångsåtgärder för att skydda patienten
	Att ha goda förutsättningar
	Att vara professionell i sin yrkesroll
	Att informera och dokumentera
Förutsättningar för ett reflekterande och etiskt förhållningssätt	Att utöva tvång för patientens bästa
	Att använda sig av sin yrkeserfarenhet
	Att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke
	Att utföra tvångsåtgärder enligt gällande riktlinjer

Strategier för att undvika tvångsåtgärder

Sjuksköterskorna använde sig av flera olika strategier som kunde få patienter att frivilligt medverka till vård och behandling, samt att själva förbereda sig för tillfällen då tvångsåtgärder blev nödvändiga att utöva. Tvångsåtgärder togs endast i bruk då inget annat fungerade och ville helst undvikas. Olika metoder användes för att få patienten till att frivilligt medverka till vård och behandling. Metoderna innefattade; att skapa valmöjlighet, att vara flexibel och lyhörd samt att förbereda sig genom träning och utbildning.

Att skapa valmöjlighet

Det var viktigt att patienter som vårdades under tvång gavs valmöjlighet att frivilligt medverka till vård och behandling, för att så långt som möjligt undvika tvångsåtgärder. Denna valmöjlighet kunde bestå i att exempelvis patienten själv fick välja vem som skulle ge en injektion och patienten kunde då välja den sjuksköterska som han/hon hade mest förtroende för. Genom att erbjuda patienter valet att till exempel bli fastspänd eller inte, gjorde dem mer delaktiga i sin vård och om tvångsåtgärder behövde utövas. Genom sin möjlighet att välja kunde patienterna påverka sin vård, vara delaktiga och frivilligt medverka (trots tvångsvård) vilket sjuksköterskorna ansåg vara centralt för den psykiatriska omvårdnaden. Det var långt ifrån alltid som möjlighet fanns, att erbjuda patienterna denna valmöjlighet, och mycket bestämdes "över huvudet" på patienterna. Sjuksköterskorna försökte i möjligaste mån finna andra lösningar som var till fördel för patienten, än att behöva använda tvångsåtgärder som en del av behandlingen. Övertalning av patienter var också en vanligt förekommande strategi som sjuksköterskorna använde för att få patienter följsamma och för att undvika tvångsåtgärder. Att trots patienters motvillighet till behandling, lyckas övertala dem till medverkan sågs som en framgång. Det kunde exempelvis innefatta att patienter som tydligt visade sin motvilja att samverka genom övertalning till slut ändå medverkade. Sjuksköterskorna upplevde då att tvånget utövades med skonsammare metod, när de lyckades övertala patienten att medverka, istället för att behöva utöva fysiskt tvång.

> Att tvinga någon till någonting… patienten visar muntligt eller kroppsligt på något sätt att de inte vill… vi ger ju många injektioner att de lägger sig frivilligt men är emot det… det är ju ändå på tvång fast man inte håller fast dem (Sjuksköterska 8).

Ibland kunde sjuksköterskorna även använda sig av hot, både underförstådda och uttalade, i försök att få patienter följsamma till behandling. Underförstådda hot kunde bestå i patienternas vetskap om att de befann sig på tvångsvård. Patienterna hade därmed vetskap om att de egentligen inte hade något annat val än att medverka till behandling om de ville slippa bli utsatta för tvångsåtgärder. Även uttalade hot var vanligt förekommande och tillämpades ofta när en tvångsåtgärd var aktuell, även det som ett sista försök till att få patienten att medverka och undvika tvångsåtgärder. Vanligast var att sjuksköterskorna uttryckte till patienten att om han/hon inte lugnade ner sig skulle bältesläggning bli aktuellt. Sjuksköterskorna beskrev också en vanligt förekommande strategi som användes var att en sämre bild framställdes för patienten för att denne skulle uppleva just detta alternativ som det enda alternativet, och på så vis medverka till behandling. I relationen mellan sjuksköterskorna och patienterna pågick ständigt en form av ordlek. Detta tog sig uttryck genom att sjuksköterskan erbjöd patienten någon gentjänst, för att i gengäld få patienten att samarbeta och vara tillmötesgående i behandlingen. Detta exemplifieras av en sjuksköterska:

> Om du tar din medicin, så går jag och hämtar din cigarett, så kan du få den lite extra tidigt (Sjuksköterska 8).

Att vara lyhörd och flexibel

Personliga egenskaper som var viktiga att använda sig utav var förmåga att vara lyhörd, vara flexibel, förmågan att känna empati samt att ha ett gott bemötande för att kunna skapa goda vårdande relationer till patienterna. Att vara lyhörd för patienters behov kunde ibland förhindra en tvångsåtgärd eftersom åtgärden då kunde sättas in tidigare. Lyhördhet handlade inte bara om att verbalt lyssna till patienten, utan inkluderade även att se till patientens kroppsspråk och att tolka patienters mående utifrån en helhetsbild. Försämringar kunde då upptäckas tidigare, vilket medförde tidigare interventioner och minskad risk för att en tvångsåtgärd skulle behöva utövas. Förmågan att vara flexibel kunde innebära att patienter till exempel fick en extra kopp kaffe, trots att kaffetiden passerat, och sjuksköterskorna kunde genom den enkla åtgärden förhindra agitation hos patienten och därmed även en eventuell tvångsåtgärd.

> … men ger man den där koppen kaffe så kanske man kan undvika en incident på avdelningen i stället, eller öppna telefonhytten eller vad det nu kan vara för att slippa tvångsåtgärd (Sjuksköterska 7).

Förmågan att kunna känna empati var en viktig egenskap vid utövandet av tvångsåtgärder men kunde ibland även utgöra ett hinder i arbetet då sjuksköterskan kunde påverkas av sina egna känslor. En sjuksköterska berättade om en patient som var väldigt spruträdd, som fick panik vid injektionen, och att det vid sådana tillfällen var jobbigare att behöva utöva tvång än andra.

Att förbereda sig genom träning och utbildning

Sjuksköterskorna hade behov av att få både teoretisk kunskap och praktisk övning i tvångsåtgärdssituationer. En del kände sig osäkra i akuta tvångsvårdssituationer och menade att utbildning och träning inom området skulle göra dem mer trygga. Utbildning och kompetens påverkade beslutet om patienter var i behov av tvångsåtgärd. Bedömningen kunde skilja sig åt beroende på sjuksköterskans kunskap, kompetens och yrkeserfarenhet men även bero på sjuksköterskans förmåga att hantera akuta situationer.

> Och lite om hur man är som person. Är jag helt stressad själv då kanske jag bedömer situationen annorlunda gentemot om jag är en lugn person. För då kanske jag mer tar det lugnt och kollar över situationen. Tänker efter lite (Sjuksköterska 6).

En form av träning som skulle kunna bidra till ökad trygghet och säkerhet i tvångsåtgärdssituationer var rollspel. Att få träna sin ledarroll och hantera akuta situationer tyckte sjuksköterskorna var viktigt. Sjuksköterskorna hade genomgått hot- och våldsutbildning i verksamheten, TERMA-utbildning[2], vilken lett till positiva resultat i det praktiska utförandet av tvångsåtgärder. Centralt var att personalgruppen samarbetade och var samspelta i akuta situationer för att utförandet av genomfördes på ett bra sätt. Samarbetsövningar och färdighetsträning var värdefulla inför kommande akuta situationer.

Bältesläggningar var på vissa avdelningar sällsynta vilket var positivt men samtidigt kände sig sjuksköterskorna otränade när bältesläggning blev aktuellt. Skillnader fanns beroende på om tvångsåtgärden var akut eller planerad. Akuta tvångsåtgärder beskrevs av sjuksköterskorna oftast vara ostrukturerade, röriga och kaotiska. När möjlighet och tid fanns att planera tvångsåtgärden, upplevdes det som lugnt, tryggt och strukturerat. Att kunna planera åtgärderna var till fördel, både för patienter och personal. Planering av tvångsåtgärder kunde dock inte alltid uppnås i praktiken eftersom den aktuella situationen avgjorde om tid fanns för planering.

> Man kan sätta upp hur många fina punkter som helst men sen blir det ju olika från situation till situation (Sjuksköterska 5).

När tvångsåtgärder blev nödvändiga var det viktigt att medpatienterna togs om hand och inte glömdes bort. Detta gjordes genom att en person i personalgruppen ägnade sig åt övriga medpatienter och frikopplades från den aktuella tvångsåtgärden. Medpatienterna såg mycket på avdelningen och många var också nyfikna, vilket sjuksköterskorna upplevde var näst intill omöjligt att undvika, eftersom en tvångsåtgärd ofta blev akut och kunde utföras ute i korridoren eller i matsalen. När sjuksköterskorna utövade tvångsåtgärder var det med patienternas bästa i fokus vilket innebar att skydda patienten från att skada sig själv eller andra och att handlingarna grundades på viljan att göra gott för patienterna. Det var också viktigt att ta hänsyn till de etiska aspekterna inom tvångsvården. Det etiska fanns med i alla bedömningar som sjuksköterskorna gjorde och gick inte att undkomma eftersom tvångsåtgärder utförs mot patienters vilja. Det var då viktigt att hänsyn togs till patienternas integritet och autonomi. Utbildning och färdighetsträning var en viktig aspekt för att kunna utvecklas i sin yrkesroll som sjuksköterska.

När tvångsåtgärder används som sista utväg

När sjuksköterskorna var tvungna att använda sig utav tvångsåtgärder var det alltid en sista utväg. De hade då uttömt alla andra möjligheter och alternativ för att få patienten att frivilligt medverka till den ordinerade behandlingen, men inte lyckats. Sjuksköterskorna beskrev olika förhållanden som de uttryckte var viktiga i samband med utövningen av tvångsåtgärder och dessa var; att använda tvång för att skydda patienten, att ha goda förutsättningar, att vara professionell i sin yrkesroll samt att informera och dokumentera.

Att använda tvångsåtgärder för att skydda patienten

Genom att använda tvångsåtgärder kunde de skydda patienter från att till exempel göra bort sig och skämma ut sig inför sin omgivning. Sådana tvångsåtgärder kunde vara att de var tvungna att avgränsa en patient till sitt rum då dennes beteende inte var acceptabelt på avdelningen eller att de var tvungna att bälteslägga en patient som indikerade att skada sig själv eller andra. Åtgärder som sjuksköterskorna använde sig utav var: tvångsmedicinering, telefon- och datarestriktion och tydlig gränssättning. Åtgärder var emot patienternas vilja men sjuksköterskorna beskrev att patienter med vissa psykiatriska sjukdomstillstånd helt eller delvis

[2] TERMA, Terapeutiskt möte med aggression. Utbildningen har fokus på bemötande i den dagliga arbetssituationen, då många våldssituationer uppkommer på grund av dåligt bemötande. Utbildningen innefattar även ett självskydd då våldsamma situationer uppstår.

saknade insikt om sitt tillstånd och sitt beteende och kunde därför inte själva ta ansvar för sin vård och behandling. Det ingick i sjuksköterskornas arbetsuppgifter att tillgodose att de psykiskt sjuka patienterna fick den behandling som de var i behov av. Användningen av tvångsåtgärder var för patienternas bästa vilket kunde innebära att skydda patienter från att förödmjuka sig själva.

> Om det är någon som är väldigt uppvarvad och ställer till det för sig och kanske klär av sig naken och springer och tjoar… det kan ju föranleda att nu måste vi begränsa den här personen (Sjuksköterska 1).

Ibland kunde sjuksköterskorna känna att de gjorde övergrepp på patienterna när de var tvungna att utföra tvångsåtgärder, men att åtgärderna ändå var högst nödvändiga för patienternas välbefinnande. I vissa tvångsåtgärdssituationer upplevde sjuksköterskorna att de gjorde intrång i patienternas integritet och de hamnade då i underläge i förhållande till sjuksköterskan. Sjuksköterskorna kunde vara tvungna att med fysiskt våld hålla fast en patient på golvet i exempelvis matsalen och vid sådana tillfällen fanns inte tid att avlägsna övriga medpatienter från platsen. Ett visst stöd fann sjuksköterskorna i att åtgärderna ändå var till för att skydda patienterna.

> Ibland kan man ju verkligen känna vilket övergrepp alltså…(Sjuksköterska 1).

Sjuksköterskorna hade ett strikt förhållningssätt på avdelningen. Avdelningens rutiner var fyrkantiga och vid tecken på att en patient var på väg att ”varva upp” så var de snabbt framme och begränsade patienten. Förhållningssättet var även det till för att skydda patienten från att ytterligare försämras i sitt tillstånd.

Att ha goda förutsättningar

Personalgruppens sammansättning, att det fanns trygghet i gruppen och att den var samarbetad var faktorer som påverkade det praktiska utförandet av tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna kände sig trygga med vana och erfarna kollegor och tvångsåtgärderna genomfördes då på bästa sätt. Sjuksköterskorna visste vart de hade varandra och fann trygghet i vetskapen om att någon fanns tillgänglig och kunde backa upp dem vid en akut händelse på avdelningen. Att det fanns tillräckligt med personal när tvångsåtgärder blev aktuellt var viktigt. En sjuksköterska berättade om ett arbetspass en kväll då de var i behov av att stärka upp bemanningen på avdelningen. De ringde runt till olika avdelningar men ingen extra personal kunde infinna sig och i sådana situationer kändes det väldigt osäkert. Det hade även varit stor ruljangs bland personalen de senaste åren vilket gjorde det svårt för sjuksköterskorna att bli den där sammansvetsade och samarbetade grupp som de önskade vara.

Larmanordningen var viktig vid tvångsåtgärdssituationer, då sjuksköterskorna kunde känna sig utsatta, och förknippades med trygghet. Genom att alltid ha larmanordning på sig behövde de aldrig känna sig utlämnade till patienter som plötsligt blev aggressiva. Kollegor var då bara en knapptryckning bort och kunde snabbt infinna sig och komma till undsättning. Larmet förknippades även med stress, när de i akuta situationer var tvungna att larma. Många kollegor kom då springandes och det blev ofta rörigt och kaotiskt. I akuta situationer var sjuksköterskorna tvungna att larma för att snabbt få hjälp, men stressade samtidigt upp situationen ännu mer både för dem själva och för patienterna.

> Jag upplever att det många gånger är kaotiskt, det är någon som är våldsam och så får man larma, och så kommer det massa

> personal och man få ner patienten i bälte. Det är ju alltid kaotiskt runt omkring det tyvärr (Sjuksköterska 1).

Ett fungerande samarbete med läkaren var viktigt, att i svåra situationer när sjuksköterskorna kände sig osäkra kunde förlita sig på överläkaren. Sjuksköterskorna hade inte alltid hade samma åsikt som läkaren, gällande bedömning av om behov av tvångsåtgärder förelåg hos patienter och tyckte ibland att läkarens svar var otydliga. Läkarens ordination följdes alltid men kunde ibland ifrågasättas för att få en förklaring till bedömningen. Sjuksköterskorna fungerade ibland som ett bollplank för läkaren, genom att frågor som de ställt till läkaren ställdes tillbaka till dem. Detta var i situationer då de uppfattade att läkaren själv var osäker i sin bedömning. Det hade en betydande roll vilken läkare som var i tjänst vid utövandet av tvångsåtgärder. ST-läkarna som kommit längre i sin utbildning kunde fatta snabbare och fler självständiga beslut än AT- läkarna. Sjuksköterskorna tyckte det underlättade när en ST- läkare var i tjänst och att de då kände sig mer trygga. Läkarens delaktighet i patientvården var också viktigt, att läkaren var synlig för patienterna på avdelningen. Det hade funnits tillfällen då tvångsåtgärder kunnat undvikas genom läkarens fysiska närvaro och sjuksköterskorna betonade vikten av att patienterna fick direktinformation av läkaren om sin vård och behandling.

> Ibland är det ju att de inte tror på oss. Nej, läkaren har inte alls sagt att jag ska ha den. Har man då läkaren som står och säger det kan man ofta undvika en tvångsåtgärd om läkaren är med (Sjuksköterska 8).

Att vara professionell i sin yrkesroll

Det var inte alltid så enkelt för sjuksköterskorna att vara professionell vid utövningen av tvångsåtgärder. Egna känslor och reaktioner påverkade dem, speciellt i de akuta tvångsåtgärdssituationerna och sjuksköterskorna kände sig många gånger stressade. Några uttryckte att de kände att pulsen ökade, kroppen skakade och fick tunnelseende. Både känslorna och kroppen gick på högvarv. Den fysiska stressreaktionen var en omedveten reaktion i kroppen och således inget som sjuksköterskorna kunde påverka eller dämpa. Akuta tvångssituationer upplevdes som obehagliga eftersom sjuksköterskorna påverkades av sina egna känslor och reaktioner. Tvångsåtgärderna genomfördes ofta så snabbt att sjuksköterskorna inte alltid hann reagera och tänka efter innan åtgärden redan avslutats.

> Ja, det ju som när man står och drar upp läkemedel, då får man ju ta några djupa andetag innan man kan dra upp medicinerna liksom, för man är så skakig (Sjuksköterska 4).

Stresspåslaget som kunde infinna sig vid akuta tvångsåtgärdssituationer kunde påverka sjuksköterskorna negativt i sin professionella bedömning. Att de kanske skulle bedömt situationen annorlunda om de istället känt sig lugna och då bättre hunnit tänka efter och överblicka situationen. Några sjuksköterskor beskrev även att de kunde känna sig väldigt fokuserade i de akuta tvångsåtgärdssituationerna medan de pågick, men att den fysiska reaktionen då infann sig efteråt istället. Det fanns också en rädsla hos en del i personalgruppen när tvångsåtgärder blev aktuellt att utöva, vilket grundades på osäkerhet och rädsla inför tvångsåtgärderna.

Sjuksköterskorna beskrev att de kunde ha olika roller under utövningen av en tvångsåtgärd. Dessa kunde innefatta att vara den som larmade och tillkallade personal, att vara den som ledde och fördelade arbetet samt instruerade övrig personal, att vara den som administrerade läkemedlen, att vara den som informerade och pratade med patienten under tvångsåtgärden, att

vara den som gav stöd åt den som pratade med patienten, att vara den som skyddade om patienten blev våldsam så att ingen kom till skada. Under tvångsåtgärderna var de många gånger tvungna att skärma av sina egna känslor för att kunna agera professionellt i sin yrkesutövning. Sjuksköterskerollen innebar mycket ansvar. Det förväntades att sjuksköterskorna skulle ta många och snabba beslut och de kände sig ibland pressade. Övriga medarbetare hade ibland starka åsikter om när en patient var i behov av tvångsåtgärder och sjuksköterskorna delade inte alltid denna åsikt. Viktigt var då att kunna stå för sitt beslut och inte påverkas av övriga kollegors meningsskiljaktigheter. Sjuksköterskorna lyssnade på övriga medarbetares åsikter, men det var de själva som skulle känna sig trygga med beslutet. Genom sin sjuksköterskelegitimation hade de både ansvar och kompetens för att göra bedömningar och fatta beslut.

Att informera och dokumentera

Att informera patienten om den aktuella tvångsåtgärden och sedan dokumentera den på ett korrekt sätt var viktigt. Även om patienter tvångsvårdades, och inte hade något annat val, var det lika viktigt att patienten informerades om åtgärden. Vid planerade tvångsåtgärder upplevde sjuksköterskorna att det fanns tid att i lugn och ro förklara för patienten och ge information. Vid akuta tvångsåtgärder gick allting så fort och sjuksköterskorna hann då sällan informera patienten om åtgärden. Larmsituationer, när massa personal kom springandes, upplevdes som kaotiska och röriga.

> Det är ofta så att det blir väldigt stökigt när man ska bälta. Det är ingen som förklarar för patienten som man blivit upplärd att man ska göra, utan allting bara sker pang, pang, pang…(Sjuksköterska 2).

Ibland var patienter inte var mottagliga för sjuksköterskornas information. Det kunde bero på patientens sjukdomstillstånd och det hjälpte då inte att förklara. Genom att informera patienten om den aktuella behandlingen gjordes patienten delaktig i vården, vilket var viktigt för att kunna skapa följsamhet hos patienten och minskade risken för tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna beskrev hur brist på information kunde provocera patienter, vilket kunde utlösa ilska och aggression hos patienten, och kunde sluta i tvångsåtgärder.

> Patienten bara ser vid vagnen att jaha, har jag den här tabletten, den fick jag ju inte i går. Det kan ju också vara sådant som kan vara provocerande, om man inte har fått information om det har gjorts någon ökning av medicinen (Sjuksköterska 7).

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärder var viktigt för alla patienter, men extra angeläget för de som utsatts för akuta tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna hade då sällan hunnit informera patienten om tvångsåtgärden varför det var angeläget att i efterhand sitta ner med patienten för att gå igenom händelsen.

Tvångsåtgärder skulle noggrant dokumenteras och rapporteras vidare till socialstyrelsen. Dokumentationen skulle innefatta vad som hänt, vilka åtgärder som utövats och tidsangivelser. Detta tyckte sjuksköterskorna var svårt och uttryckte att rapporteringsblanketten var otydlig och bristfällig. Ibland saknades alternativ och ingen av de förskrivna alternativen stämde överens med åtgärden de avsåg att beskriva. Att på ett korrekt sätt dokumentera en åtgärd, där patienten varit motvillig till behandling och övertalats omringad av personal, upplevdes som problematiskt. Sjuksköterskorna kände osäkerhet om åtgärden skulle dokumenteras som en tvångsåtgärd eller frivillig medverkan, då patienten ändå måste känt sig tvingad.

Förutsättningar för ett reflekterande och etiskt förhållningssätt

Tvångsåtgärder var handlingar som utfördes mot patienters vilja. Det var därför viktigt med ett etiskt tänkande och att reflektera över de etiska aspekterna för att handla utifrån det som var bäst för patienten. Att reflektera över varför och hur en tvångsåtgärd utfördes samt hur det blev för patienten var viktigt för att agera utifrån det etiskt rätta. Sjuksköterskorna förväntades följa de lagar och riktlinjer som reglerade tvångsåtgärderna och hade flera etiska aspekter att förhålla sig till. De mest framträdande aspekterna var; att utöva tvång för patienten bästa, att använda sig av sin yrkeserfarenhet, att utföra tvångsåtgärder enligt gällande riktlinjer samt att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke.

Att utöva tvång för patientens bästa

Sjuksköterskorna kände sig trygga med att tvångsåtgärderna alltid var för patientens bästa. Det var för patienternas skull tvångsåtgärderna utfördes och med patienternas hälsa i fokus. Patienterna skulle i förlängningen förbättras av tvångsåtgärderna vilket motiverade sjuksköterskorna till att utföra åtgärderna. Psykisk sjuka patienter kunde må så dåligt att de inte kunde förstå sitt eget behov av vård varför tvångsåtgärder ofta blev aktuellt för dessa patienter. När patienter förbättrades efter en tvångsåtgärd kändes det bra för sjuksköterskorna och åtgärden hade då varit till fördel för patienterna. Åtgärderna kändes alltid svåra i stunden men genom att fokusera på dess positiva resultat kände sjuksköterskorna hopp inför patientens tillfrisknande.

> Jag tycker jag känner mig väldigt trygg i att det här är för den här personens bästa (Sjuksköterska 3).

Syftet med tvångsåtgärderna var att göra gott för patienterna och vidtogs utifrån viljan att göra gott. Patienterna var i behov av tvångsåtgärderna för att kunna förbättras i sin sjukdom. Tvångsåtgärderna utövades för att patienterna skulle få den behandling som han/hon var i behov av. Sjuksköterskorna gjorde alltid sitt yttersta vid en tvångsåtgärd för att det skulle bli så bra som möjligt för patienten. De kände sig ibland ambivalenta till tvångsåtgärderna eftersom vården skulle byggas på jämlikhet och frivillighet. I dessa situationer var sjuksköterskorna tvungna att påminna sig om att åtgärderna var nödvändiga och för patientens bästa. Det fanns också situationer när sjuksköterskorna varit tvungna att sätta stopp för tvångsåtgärder som inte hade varit etiskt försvarbar då patienter faktiskt kunde medverka frivilligt. Det kunde inträffa när sjuksköterskorna själva inte bedömde att patienten var i behov av den tvångsåtgärd som övriga medarbetare förordade och poängterade att beslutet måste grundas utifrån det som var bäst för patienterna.

Att använda sig av sin yrkeserfarenhet

Yrkeserfarenhet spelade en betydande roll vid genomförandet av tvångsåtgärder. Erfarenheten förknippades med trygghet och sjuksköterskor med mindre yrkeserfarenhet lutade sig på kollegor med mer erfarenhet. Sjuksköterskor kände sig trygga på arbetspass tillsamman med van och trygg personal. Yrkeserfarenhet låg även till grund för beslutsfattandet gällande om behov fanns av tvångsåtgärder. Erfarenhet innefattade sjuksköterskornas kompetens om lämpliga metoder, dess effekter och tillämplighet. Genom erfarenhet hade de lärt sig vilka metoder som var lämpliga att använda vid olika tillfällen och sammanhang. Sjuksköterskor med mindre yrkeserfarenhet kände sig ibland osäkra i akuta tvångsvårdssituationer, när de var tvungna att fatta snabba beslut om tvångsåtgärder, och upplevde sig tryggare tillsammans med erfarna sjuksköterskor där möjlighet fanns att tillsammans resonera om val av lämplig åtgärd. Dessa sjuksköterskor kände sig också osäkra och utsatta på kväll- och helgtjänstgöring samt på sommaren, då många vikarier arbetade, när det oftast inte fanns någon erfaren sjuksköterskekollega att rådfråga. Sjuksköterskorna jämställde yrkeserfarenhet med en form av

praktisk utbildning. De sjuksköterskor som arbetat länge inom psykiatrin hade utvecklat en erfarenhetsbaserad praktisk kunskap, vilket beskrevs som värdefull kunskap av övriga sjuksköterskor.

Att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke

Att få reflektera och bearbeta utförandet av en tvångsåtgärd var viktigt, då situationerna ibland kunde vara kaotiska. Att tillfälle gavs att tillsammans med kollegor få diskutera och ventilera tvångsåtgärden. Sjuksköterskorna tyckte det var betydelsefullt att få reflektera över vad som föranlett tvångsåtgärden för patienten, hur den utfördes och hur patienten mådde efteråt. Reflektionerna gjorde att de kunde utvecklas och förbättras i sina bedömningar gällande tvångsåtgärder. De etiska aspekterna var något som sjuksköterskorna aldrig kunde undvika då de ansvarade för patienterna som tvångsvårdades. Det var psykiskt påfrestande för sjuksköterskorna när patienterna inte frivilligt medverkade till behandling och kunde vara tydligt upprörda eller gråta under en tvångsåtgärd. Patienter kunde exempelvis tro att läkemedel var giftigt och avsett för att skada dem, vilket sjuksköterskorna upplevde som etiska dilemman.

> … Vissa patienter känns jätte jobbigt när man ger läkemedlet, man är nästan tårögd ibland. Man har haft sådana som bett till gud… En del de tror ju verkligen att vi ska ge de något som dödar de och det är jätte hemskt (Sjuksköterska 8).

Det var viktigt att sjuksköterskorna fick fundera över de etiska aspekterna vid tvångsvård. Tvångsåtgärder var aldrig bra sett ur ett etiskt perspektiv, men sjuksköterskorna funderade över hur etiskt riktigt det skulle vara om de inte hjälpte en patient som mådde dåligt eller skämde ut sig för sin omgivning. Etiska reflektioner kunde innefatta resonemang om huruvida patientens medverkan i behandlingen var frivillig eller inte. Om patienter som accepterade sin behandling och efterlevde de förväntningar som fanns på dem utan större motstånd, ändå upplevde sig tvingade. Sjuksköterskorna förstod att vissa patienter visste att de inte hade något annat val och medvetet valde att slippa tvångsåtgärder genom att medverka i behandlingen.

Att få reflektera över varför de utfört tvångsåtgärden gav sjuksköterskorna möjlighet att bearbeta sitt dåliga samvete, som ibland infann sig. När de gemensamt i arbetsgruppen reflekterade över åtgärderna kunde sjuksköterskorna i samförstånd enas om att åtgärderna varit för patientens bästa och fick då en försäkran om att bedömningen varit riktig. Sjuksköterskorna ställdes ofta inför etiska konflikter och genom att ha utövat åtgärder mot en annan persons vilja hamnade de i etisk konflikt med sig själva. Detta krockade med sjuksköterskornas grundläggande värderingar om att vården skulle bygga på respekt, frivillighet och självbestämmanderätt för patienterna. Dessa tankar var viktiga att hantera eftersom de annars kunde utgöra ett hinder i arbetet. Sjuksköterskorna reflekterade också över tillfällen då de väntat för länge med en tvångsåtgärd, och patienten hade fått gå alldeles för länge utan behandling. Detta i hopp om han/hon skulle förbättras och tvångsåtgärden inte behöva utövas. I sådana situationer hade det varit bättre för patienten om tvångsåtgärden utförts tidigare.

Etiska konflikter kunde också utgöras av personalgruppens olika bedömningar om patienters behov. En sådan situation exemplifierades genom att nattpersonalen tyckte en patient var i behov av sömnmedicin medan sjuksköterskan själv hade motsatt åsikt. I sådana situationer kunde etiska konflikter uppstå och ett dilemma kring huruvida patienten verkligen var i behov av sömnmedicin eller om det var för att nattpersonalen skulle få det lugnt på natten. Sjuksköterskorna ville inte hamna i konflikt med kollegor men måste ibland tydliggöra sin bedömning och stå för sitt beslut. Sjuksköterskorna hade inte valt att arbeta som sjuksköterskor för att utöva våld på andra människor, yrkesvalet grundades istället på det motsatta, vilket var

en konflikt i sig. Genom att reflektera tillsammans med de övriga i arbetsgruppen fick de möjlighet att utvärdera sina strategier samt vad som kunde gjorts annorlunda. Under varje reflektionstillfälle drog sjuksköterskorna lärdom av tvångsåtgärden som utförts skulle kanske inte bli lika uppjagade i liknande situationer. Reflektionerna gav dem trygghet inför kommande tvångsåtgärder.

Att släppa tankarna på de tvångsåtgärder som sjuksköterskorna utfört under dagen kunde vara svårt. Extra svåra situationer som till exempel när de varit tvungna att utöva tvångsåtgärder mot patienter som de hade någon form av allians med, var svårare att släppa än andra. Att avgränsa patienter till rummet ansågs höra till yrkesvardagen. Om sjuksköterskorna fick möjlighet att samtala och berätta för varandra om sina upplevelser innan arbetsdagen var slut, hjälpte det dem att hantera upplevelserna. Detta avlastade den känslomässiga bördan som kunde påverka dem i privatlivet genom att de fortsatte att fundera kring tvångsåtgärderna efter arbetspassets slut. Sjuksköterskorna skulle inte orka arbeta kvar om de lät känslorna kring tvångsåtgärder påverka privatlivet och menade att upplevelserna måste hanteras och bearbetas på arbetsplatsen.

Att utföra tvångsåtgärder enligt gällande riktlinjer

Utövningen av tvångsåtgärder var strikt reglerad av LPT-lagen, vilken sjuksköterskorna var tvungna att förhålla sig till. Vid en bältesläggning var sjuksköterskorna tvungna att kontakta överläkaren för bedömning om patientens behov av tvångsåtgärden och detta fanns tydligt formulerat i lagtexten. Patienter som kom med ett vårdintyg hade rätt till kontinuerliga bedömningar av överläkaren för omprövning av beslutet som skulle avskrivas så fort patienten frivilligt medverkade till vård och då inte längre uppfyllde kriterierna för tvångsvård. De lokala riktlinjerna för tvångsåtgärder hade skärpts och det var stor skillnad jämfört med några år tillbaka. Riktlinjerna var nu tydligare och om sjuksköterskorna kände sig osäkra på hur detta skulle hanteras, visste de vart de kunde hämta informationen. Det var viktigt att följa LPT-lagen och sjuksköterskorna kände sig trygga med att de hade lagen på sin sida om det skulle uppstå klagomål från patienter eller deras anhöriga.

Det var svårt att bevara patienters integritet och sekretess inne på vårdavdelningen eftersom patienterna oftast var svårt psykiskt sjuka. Personalen fick ofta gå efter patienter som var uppstressade eller maniska och tvingades många gånger samtala med patienter om behandlingen i korridoren eller matsalen inför andra patienter. Sjuksköterskorna var ibland tvungna att utöva akuta tvångsåtgärder i till exempel matsalen då situationen snabbt blivit akut. Då fanns inte tid att avlägsna övriga patienter, vilket gjorde det svårt att bevara patienters integritet. Medpatienterna fick se och höra mycket om varandras vård och sjuksköterskorna tyckte det var svårt att komma till rätta med det problemet.

> Det är sådant som försvinner mycket på en psykiatriavdelning om du jämför med en medicinavdelning, där sätter du hörlurar på alla i rummet när läkaren pratar med dem. Här är ju alla så uppvarvade och maniska att man diskuterar deras vård nästan inför andra för att de inte kan vänta … (Sjuksköterska 8).

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom syftet med studien var att belysa sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda patienter under tvång används en kvalitativ ansats med semistrukturerade fokusgrupps-intervjuer för att få deras syn på fenomenet. Kvalitativ ansats lämpar sig när författaren vill beskriva ett fenomen i sin naturliga miljö (Polit & Beck, 2012). Detta val möjliggör att författarna fick individuella erfarenheter beskrivna. Att vårda under tvång är ett komplext område och valet av

fokusgruppsintervju möjliggjorde att deltagarna kunde diskutera ämnet och belysa problemet utifrån flera olika personers erfarenheter vilket författarna menar bidrar till bättre förståelse för komplexiteten kring fenomenet.

En nackdel med fokusgruppsintervjuer är att de som intervjuas påverkar varandra genom att vissa deltagare kan dominera och påverka genom att de andra deltagarna kanske inte uttrycker sina åsikter tillräckligt tydligt, till exempel på grund av rädsla för konflikt inom arbetsgruppen. Detta kan leda till en form av majoritetssynpunkt i stället för att de individuella synpunkterna dominerar (Trost, 2005). Författarna till föreliggande studie upplevde att diskussionerna i fokusgruppsintervjuerna kom igång bra och att deltagarna ledde in varandra på nya aspekter och områden kring tvångsåtgärder. Detta kan ha bidragit till att deltagarnas erfarenheter och åsikter beskrivits utifrån en bredare variation av olika aspekter kring det aktuella diskussionsområdet. Genom att lyssna på varandras erfarenheter, blev deltagarna påminda om liknade situationer de varit med om och relaterade även till varandras erfarenheter genom att beskriva liknande situationer som de varit inblandade i, vilket resulterade i beskrivelser av liknande situationer på olika sätt. Genom att deltagarna får diskutera fritt kring området kan detta leda till att åsikterna fördjupas (Polit & Beck, 2012). Författarna upplever inte att det var några av deltagarna som dominerade mer än andra utan alla fick komma till tals och uttrycka sin åsikt. Deltagarna var positiva till att diskutera kring ämnet och författarna upplever också att det fanns ett behov av att få prata om att vårda under tvång i gruppen.

Ett etiskt perspektiv som intervjuaren i fokusgruppsintervjun har att förhålla sig till är tystnadsplikten. Denna omfattar inte de intervjuade i gruppen i förhållande till varandra vilket innebär att de efteråt kan tala om vad som har sagts i gruppen (Trost, 2005). Författarna till föreliggande studie har heller inte styrt vad deltagarna diskuterar eller vad som sagts eller diskuterats utanför själva fokusgruppsintervjun, till exempel med andra kollegor. Deltagarna har fått information om att de omfattas av den tystnadsplikt som gäller på arbetsplatsen, vilket innebär att de inte ska föra vidare det som sagts utanför arbetsplatsen. Tystnadsplikten innebär även att deltagarna i gruppen kunde känna sig mer fria att ge exempel på patientfall som de själva har erfarenhet från.

Studiens trovärdighet

I kvalitativa studier finns en stävan att stärka en studies trovärdighet vilket definieras utifrån begreppen tillförlitlighet, pålitlighet, överförbarhet och möjlighet att styrka och bekräfta resultatet (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2012).

Tillförlitlighet

Tillförlitlighet avser hur sanningsenligt som analysen och tolkningen av data skett (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). En noggrann beskrivning av analysarbetet stärker studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna till föreliggande studie har så tydligt som möjligt försökt att beskriva hur analysen gått till. Detta har skett genom att konsekvent följa Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys och genom att ge exempel på hur analysprocessen gått tillväga. För att ytterligare stärka tillförlitligheten har författarna genomfört hela datainsamlingsprocessen och dataanalysen gemensamt. Citat används också som stöd i beskrivningen av varje subkategori. En faktor som ytterligare påverkar tillförlitligheten är hur väl kategorier täcker data, där ingen relevant data ska exkluderats och ingen irrelevant data ska inkluderats (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Krippendorf (2004) delar varje kategori en gemensamhet men data ska inte passa in i flera kategorier. Författarna diskuterade därför olika abstraktionsmöjligheter kring bildandet av subkategorier och kategorier. Då analysen i föreliggande studie är gjord utifrån det manifesta perspektivet, återvände författarna till grundmaterialet flertalet gånger för att kontrollera att det

som författarna såg verkligen var det som deltagarna uttryckte. För att ytterligare stärka tillförlitligheten har handledaren granskat analysprocessen och framskrivandet av resultatet utifrån grundmaterialet.

En nackdel med fokusgruppsintervjuer är att intervjuutskrifterna kan bli något kaotiska och svåra att analysera (Brinkman & Kvale, 2014; Wibeck, 2010). Författarna till föreliggande studie upplever inte att det har varit problem med att analysera det transkriberade materialet från fokusgruppsintervjuerna eftersom materialet var innehållsrikt och utsagorna från deltagarna beskrev fenomenet på ett målande sätt. Enligt Lundman och Graneheim (2012) kan en allt för textnära analys bidra till att helheten försvinner. En viss grad av abstraktion och tolkning behöver göras för att resultatet ska bli meningsfullt. Författarna till föreliggande studie har arbetat mycket för att resultat, kategorier och subkategorier ska svara på syftet och beskriva det som sjuksköterskorna uttryckte. För att minska risken för att författarna skulle kunna påverkas av personliga uppfattningar, har uppmärksamheten hela tiden varit fokuserad på det manifesta innehållet, det vill säga det som faktiskt beskrivits i fokusgruppsintervjuerna.

Pålitlighet

Pålitlighet handlar om hur stabila data är dels över tid och kontext men också den påverkan som forskaren har haft på data (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2012). Pålitligheten i en studie bygger även på att förhållandet mellan det framkomna resultatet och ursprungliga syftet överensstämmer. För att ytterligare stärka studiens pålitlighet ska en tydlig beskrivning av forskningsprocessen göras (Lincoln & Guba, 1985). Enligt Lundman och Graneheim (2012) är ett resultat pålitligt om det som är representativt eller typiskt för det som var avsett att beskriva. Författarna har ingen tidigare erfarenhet av att genomföra en kvalitativ innehållsanalys vilket kan ha påverkat kvaliteten i analysen och därmed även studiens pålitlighet. Enligt Lincoln och Guba (1985) kan ett sätt att stärka pålitligheten vara att göra det som de kallar validering med hjälp av expert. Lundman och Graneheim (2012) menar att genom att en person som är insatt i ämnet och forskning granskar om koder och kategorier stämmer överens med textens innehåll, verkar rimliga och tolkningen trovärdig stärker studiens pålitlighet. Handledaren till föreliggande studie har kompenserat författarnas bristande erfarenhet genom att regelbundet kritiskt granska datainsamling, analysprocess, skapandet av koder och kategorier samt framskrivandet av resultatet vilket stärker studiens pålitlighet.

Författarnas erfarenhet från psykiatrisk slutenvård kan ha påverkat pålitligheten genom att egna föreställningar kring ämnet kan ha genomsyrat analysen och bidragit till att fokus lagts på författarnas förförståelse, det vill säga att vårda under tvång. Denna erfarenhet kan dock ha påverkat pålitligheten positivt då författarna har den kontextuella förståelsen för deltagarnas utsagor vilket bidrar till att dessa kunnat sättas in i ett tydligare sammanhang.

Överförbarhet

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller kontexter. Då det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart är det viktigt med en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som har varit specifika för studien (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Ytterligare faktorer som vidtagits för att stärka överförbarheten är att författarna gjort en metodbeskrivning, vilket innefattar en tydlig urvalsbeskrivning samt bifogat informationsbrev till chefer och deltagare. För att ytterligare stärka överförbarheten har författarna beskrivit datainsamlings-processen noggrant samt bifogat intervjuguiden och underlag för insamlande av deltagarnas kön, ålder, arbetsplats och antal yrkesverksamma år inom psykiatrisk slutenvård. I föreliggande studie är antalet deltagare få vilket kan minska överförbarheten till en annan verksamhet än den som är studerad. För att öka överförbarheten har författarna beskrivit det studerade fenomenet

så utförligt som möjligt och detaljerat beskrivit analysprocessen vilket kan gynna förutsättningarna för att överföra studiens resultat till andra kliniker inom psykiatrisk slutenvård.

Möjlighet till att styrka och bekräfta resultat

Med att styrka och bekräfta resultat avses objektivitet, i den meningen att det ska finnas en överensstämmelse mellan två eller flera oberoende personer om datanoggrannhet, relevans eller betydelse. Analys och resultat ska representera det som deltagarna sagt, och inte påverkas av forskarens personliga värderingar, förväntningar eller teoretiska ansatser (Polit & Beck, 2012). Författarnas förförståelse grundar sig dels på en egen erfarenhet som legitimerade sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård och dels på kunskap som inhämtats från tidigare forskning i samband med skrivandet av etikansökan och bakgrund till studien. Författarnas förförståelse från arbetslivserfarenhet skulle kunna påverka objektiviteten, framförallt i intervjusituationerna. Författarna har reflekterat över detta och förberett frågorna väl för att minska inflytandet och risken att ställa frågor som grundar sig i det förgivet tagna. Författarna har genomfört studien inom den klinik där de själva arbetar, vilket kan ha påverkat objektiviteten i fokusgruppsintervjuerna. Det finns en risk att deltagarna inte beskriver sina erfarenheter tillräckligt ingående då deras förförståelse kan göra att de tar det för givet att författarna ändå förstår vad de menar. För att minska denna risk bad författarna därför deltagarna att de skulle exemplifiera situationer och beskriva samt utveckla sina erfarenheter så ingående som möjligt. Detta gjordes genom följdfrågor där deltagarna fick utveckla sina tidigare svar för att få en djupare förståelse för det de beskriver. Författarna anser att deltagarna i fokusgruppsintervjuerna diskuterade sina erfarenheter och beskrev fenomenet på ett tydligt sätt som motsvarade syftet. För att tydliggöra att resultatet har sin grund i det empiriska materialet, har författarna använt citat som kan härledas till det som deltagarna uttryckt under fokusgruppsintervjuerna.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskorna använder sig av olika strategier för att undvika att behöva utöva en tvångsåtgärd. En av strategierna är att övertala patienterna att frivilligt medverka i vården. En annan strategi är att patienterna gavs möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ. Detta gör patienterna mer delaktiga och följsamma till den behandling som de själva valt. Dessa strategier används av sjuksköterskorna före en tvångsåtgärd för att slippa utöva tvång. Ryan och Bowers (2005) beskriver i sin studie hur tvångsåtgärder kan ta sig uttryck i form av interaktionsmetoder som sjuksköterskor använder för att genomdriva eller möjliggöra compliance, men även för att avskräcka eller modifiera utmanande beteenden, krav och motstånd till att följa avdelningens regler. De beskriver också att sjuksköterskorna är mer benägna att använda icke-berörande strategier hellre än fysiska under interaktionen med patienten. Även Olofsson och Norberg (2001) och Lutzén (1998) beskriver att sjuksköterskorna använder sig av olika strategier som övertalning och manipulation, för att göra patienter följsamma till behandling, och menar att övertalning är en mildare form av tvång än fysiska tvångsåtgärder. Detta handlingssätt överensstämmer med det som finns formulerat i tvångsvårdslagen, det vill säga att syftet med tvångsvård är att få patienten att frivilligt medverka i nödvändig vård och behandling (SFS 1991:1128).

I resultatet framkommer vidare att när sjuksköterskorna känner sig tvungna att använda sig av tvångsåtgärder upplever de detta som en form av övergrepp som inkräktar på patientens integritet. Enligt Olofsson och Norberg (2001) upplever sjuksköterskor att tvångsåtgärder är ovärdiga för patienten och känner därför ett missnöje när dessa är tvungna att utövas. Även Arlebrink (2014) framhåller att tvångsvård och utövning av tvångsåtgärder kränker patienternas autonomi och integritet. Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att de var tvungna att

påminna sig om att de tvångsåtgärder de genomförde var nödvändiga för patientens tillfrisknande men också för att stilla sitt eget dåliga samvete som ibland kunde infinna sig, när patienterna tvingades till vård. Detta menade sjuksköterskorna omöjliggjorde patientens rätt till autonomi, som enligt Goldenberg (2009), Roberts (2004) och Sjöstrand och Helgesson (2008) innebär att människor ska ha rätten att bestämma över sitt eget liv, påverka sitt val av behandling och om denne kommer att fullfölja behandlingen. Sjöstrand och Helgesson (2008) menar också att autonomin inte respekteras så länge individen inte själv får bestämma över sitt liv. För att kunna respektera patienters autonomi måste vårdpersonalen kunna fatta beslut som är i linje med patienternas autonoma vilja. I resultatet framhåller sjuksköterskorna att tvångsåtgärder, när de är tvungna att utövas, alltid är för patientens bästa. Eftersom patienterna vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård är deras förmåga att fatta självständiga och välgrundade beslut om sin egen vård och behandling nedsatt. Detta överensstämmer med tvångsvårdslagen (SFS 1991:1128) som anger att patienter som vårdas med stöd av denna lag är tillfälligt fråntagna rätten till autonomi så länge de uppfyller kriterierna för tvångsvård. Sjuksköterskorna i föreliggande studie är tydliga med att det är viktigt för dem att följa lagen och upplever det även som en trygghet vid utövningen av tvångsåtgärder, att de kan stödja sig mot lagen som tar ansvar för dessa patienter under den tid de själva inte kan det. I resultatet framkommer också att det är svårt att utöva tvångsåtgärder och samtidigt känna att vårdandet sker med respekt för patienternas integritet och autonomi då tvångsåtgärder ofta inkräktar på både integritet och autonomi. Trots dessa motsägelser är sjuksköterskorna ändå eniga om att tvångsåtgärder är nödvändiga i de fall de behöver utövas. Detta beskriver även Lutzén (1998) som framhäver att sjuksköterskor finner det problematiskt att upprätthålla patienters autonomi inom psykiatrisk slutenvård när tvångsåtgärder måste användas, vilket de kan uppleva som en konflikt. Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver vidare att de alltid strävar efter att försöka genomföra tvångsåtgärden på ett, för patienten, så respektfullt sätt som möjligt för att bevara dennes integritet.

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna finner stöd i vetskapen de har om att de tvångsåtgärder som utförs är nödvändiga för patientens framtida välbefinnande och kanske också överlevnad. Detta beskrivs också av Olsen (1998) som menar att tvångsåtgärder i vissa situationer är både etiskt och lagligt acceptabelt för att skydda patienten eller andra i eventuellt våldsamma situationer. Detta är även i enlighet med tvångsvårdslagen som anger att tvångsåtgärder endast får användas i rimlig relation till syftet med åtgärden och används som en sista utväg när patienten inte förmås medverka till vård (SFS 1991:1128). Detta överensstämmer också väl med föreliggande studie där sjuksköterskorna beskriver att tvångsåtgärder alltid används som en sista utväg när inget annat fungerar. Sjuksköterskorna i föreliggande studie är också de överens om att tvångsåtgärder är både till för att skydda patienten själv men också medpatienterna. Detta leder till att sjuksköterskorna känner sig trygga i att de tvångsåtgärder de utför är för patientens bästa. Detta faktum beskriver även Ryan och Bowers (2005) i sitt resultat som visar att sjuksköterskorna efter långa samtal känner sig frustrerade och när de inte har några andra alternativ kvar ses tvångsåtgärder som en sista utväg för att hantera den uppkomna situationen. Liknande beskrivning görs av Lavelle och Tusaie (2011) som menar att när en patient utgör en fara för sig själv eller andra är det nödvändigt att ingripa med till exempel tvångsåtgärder. Detta fenomen, det vill säga att tvångsåtgärder ibland är nödvändiga när alla andra åtgärder misslyckats, beskrivs av flertalet författare med motivet att hindra patienten från att skada sig själv eller andra samt att skydda patienten från att göra bort sig inför sin omgivning (Cleary, 2003; Olofsson & Norberg, 2001; Salzmann-Krikson et al., 2008). I motsats menar Buchanan- Barker och Barker (2009) att argumentet att tvångsåtgärder skulle vara för ”patientens bästa” är ett paternalistiskt argument och anser att detta inte längre är hållbart då individens frihet nu för tiden är högt värderad och utgör grunden inom flertalet politiska organisationer. De menar vidare att personer som kan representera ett

verkligt hot mot samhället, som exempelvis personer med tuberkulos eller aids, inte blir tvångsbehandlade mot sin vilja och ifrågasätter vilka filosofiska, etiska och praktiska grunder som finns för denna skillnad. Även Sjöstrand och Helgesson (2008) ifrågasätter indikationen för tvångsvård och framhåller det faktum att somatiskt sjuka patienter som motsäger sig vård inte blir tvångsbehandlade utan respekteras för sitt val av behandling och behov av autonomi. Dock framhåller de samtidigt att många psykiska sjukdomar påverkar patientens autonomi, varför dennes medvetenhet om sin sjukdom utgör en viktig del i den psykiatriska bedömningen då den är nödvändig för att patienten ska kunna göra ett autonomt val av behandling.

I resultatet uttrycker sjuksköterskorna att det finns en obalans i förhållandet till patienterna, vilket kan tolkas som ett maktförhållande, genom det faktum att patienterna vårdas med stöd av tvångsvårdslagen och då automatiskt hamnar i underläge i förhållande till vårdpersonalen, vilket också är oundvikligt vid tvångsvård. Sjuksköterskorna beskriver att de har en form av makt genom att de kan bestämma över patientens vård och behandling. Ett sådant sätt att utöva makt på inom psykiatrisk vård är just genom lagen om psykiatrisk tvångsvård där patienten är tvingad till behandling mot sin vilja (Arlebrink, 2014). I resultatet framkommer även att såväl sjuksköterskorna själva som patienterna ställer sig in på att det är vårdpersonalen som fattar beslut om patientens behandling vare sig patienten är villig att medverka eller inte. Detta markerar också det maktförhållande och den beroendeställning som patienterna befinner sig i. Sjögren (2014) tar upp denna beroendeställning och menar att sjuksköterskor har makt både genom sin position, utbildning, sitt språkbruk, sin sammanhållning, anställning, sin plats i organisationen och genom tillgången till information om patienten. Detta kan bidra till att patienterna upplever sig vara i underläge i förhållande till sjuksköterskorna. Holmes (2005) och Roberts (2005) framhåller att vårdpersonalens uppdrag som innefattar att tillgodose psykiatrisk omvårdnad är förbunden med vissa disciplinära uppdrag som innefattar exempelvis tillämpningen av kontroll, restriktioner, avskiljning, låsta avdelningar och den dolda administreringen av läkemedel kan ses som tydliga vardagsexempel av hur makt utövas inom psykiatrisk vård. Det kan förklara det som framkommer i resultatet där sjuksköterskorna beskriver att de använder sig av till exempel avskiljning då en patient är verbalt otrevlig mot omgivningen, för att behålla ordning och ett lugn på avdelningen. Holmes (2005) menar att den makt som utövas av vårdpersonal är kontinuerlig och tar sig uttryck i olika former. Ibland tydlig och öppet synlig och ibland mer underliggande och dold, vilket även överensstämmer med resultatet i föreliggande studie och genom de strategier som sjuksköterskorna använder sig av. Holmes (2005) beskriver vidare att dessa olika former av makt är beroende av omständigheterna och det resultat som vårdpersonalen önskar få och kan bestå av tvång, disciplin och terapi. I resultatet uttrycker sjuksköterskorna även att patienter ibland underordnar sig vården när insikt finns om att de befinner sig i en mer eller mindre maktlös position. Detta överensstämmer med en svensk studie av Hörberg et al. (2012) som visar att patienter som vårdas enligt LPT känner sig utsatta för vårdpersonalens myndighetsutövning som de har makt att använda, men även att patienterna tillåter sig att utsättas för detta maktspel för att undvika eventuella bestraffningar och därför underordnar sig själva. Detta framkommer även i föreliggande resultat där sjuksköterskorna beskriver att patienter ibland fogar sig till vårdens villkor och behandling eftersom de vet att de i slutändan inte har något annat val och då bli utsatta för tvångsåtgärder. Denna aspekt, att patienter har kännedom om sitt underläge och därför inte spelar ut sin motvillighet genom diverse destruktiva beteenden, beskriver sjuksköterskorna som positivt då de i dessa situationer inte behöver utöva tvångsåtgärder mot patienter som därför självmant medverkar i behandlingen.

I resultatet framkommer att etiska värderingar finns med i alla bedömningar som sjuksköterskorna gör i frågor gällande om en tvångsåtgärd är aktuell att genomföra eller inte. Detta belyser Kontio et al. (2010) som lyfter fram att patienters respekt, värdighet,

självbestämmande och säkerhet är viktigt att överväga när en tvångsåtgärd blir aktuell. Sjuksköterskorna beskriver i resultatet att deras handlingar grundas utifrån vad de anser vara det bästa för patienten i den aktuella situationen för att så långt som möjligt skydda dennes integritet och autonomi. En behandling kan därför bli aktuell trots att patienten inte vill medverka. Arlebrink (2014) framhåller att vårdpersonalen inom den psykiatriska tvångsvården ibland måste ta till någon form av nödvärn där en våldsam patient kanske måste bältesläggas. Bältesläggningen medför att patientens kroppsliga integritet kan kränkas och innebär också en maktutövning mot patienten. I resultatet framkommer att sjuksköterskorna ibland är ambivalenta till tvångsåtgärderna eftersom de anser att vården ska grunda sig på respekt, jämlikhet och frivillighet. Detta skapar etiska konflikter eftersom de ofta är tvungna att utöva tvångsåtgärder mot patienters vilja. Denna konflikt beskrivs också av Lindwall et al. (2012) som understryker att sjuksköterskan har ett etiskt ansvar med att arbeta för att bevara patientens värdighet, framför allt då denna riskerar att kränkas vid utövning av tvångsvård. Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver att utövningen av tvångsåtgärder krockar med deras grundläggande värderingar eftersom de ibland är tvungna att utöva fysiskt våld mot patienterna för att skydda dessa mot att skada sig. Detta dilemma beskrivs även av Goldenberg (2009) som menar att eftersom sjuksköterskor i hälso- och sjukvården uppmanas arbeta efter fyra grundläggande etiska principer kan sådana uppgiftskonflikter uppstå.

I resultatet framkommer även att sjuksköterskorna upplever det som viktigt att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke efter en genomförd tvångsåtgärd, för att få möjlighet att ventilera och bearbeta sina upplevda känslor tillsammans med kollegor, men även för att utvecklas och förbättras inför kommande tvångsåtgärder. Detta belyser Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi och Välimäki (2004) som lyfter fram att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård uppfattar etiska problem relaterade till genomförandet av tvångsåtgärder och det är därför viktigt att stödja sjuksköterskors förmåga att diskutera etiska dilemman i yrkesvardagen i syfte att undvika praktiska svårigheter i den psykiatriska omvårdnaden. Även Bergdahl, Benzein, Ternestedt och Andershed (2011) beskriver detta genom att trycka på vikten av att sjuksköterskor får uttrycka sin egen kunskap och lyssna på andra, vilket leder till att stärka den professionella utvecklingen och är viktigt för både kompetens och förtroende. Att dela med sig av sina upplevelser kan vara ett sätt att försäkra sin värdighet, förtroende, och göra det möjligt att hitta nya perspektiv, kompetens. Detta framkommer också i resultatet genom att sjuksköterskorna tillsammans med kollegor reflekterar och får bekräftelse på att den utförda tvångsåtgärden varit nödvändig och att kollegorna bedömt situationen på samma sätt. Enligt Gould (2011) är det denna gruppreflektion som möjliggör att omedelbara erfarenheter som uppstått i patientkontakten används som hjälp till att förstå och ifrågasätta relevansen av sjuksköterskans personliga och professionella värderingar. Sjuksköterskorna i föreliggande studie anser att gruppreflektion skapar trygghet genom att de från kollegor får försäkrat att de agerat med lämplig åtgärd utifrån den aktuella situationen. Sjuksköterskorna beskriver också att dessa reflektionstillfällen även ger dem möjlighet att få ventilera sina egna känslor som uppkommer i samband med genomförandet av tvångsåtgärden, speciellt i de situationer som fungerar sämre. Bergdahl et al. (2011) framhåller i likhet med resultatet i föreliggande studie att reflektion av de egna erfarenheterna, tillsammans med andra, ger stöd för att kunna lita på sina egna bedömningar. Även Dahlqvist, Söderberg och Norberg (2009) bekräftar detta och menar att gemensamma reflektioner även är till hjälp för att uthärda att misstag begås. Eriksen, Dahl, Karlsson och Arman (2014) understryker reflektionens betydelse, men lyfter fram hinder i form av brist på pengar, tid och personal som är utbildad för att leda och tillhandahålla reflektioner på ett bra och strukturerat sätt.

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna upplever att de genom att få reflektera kan lära sig av situationen de nyligen varit med om. Genom att ta del av kollegors reflektioner kan de

också se situationen utifrån nya perspektiv. Detta är något som Eriksen et al. (2014) benämner som ”praktisk visdom”, vilken utvecklas i mötet med patienterna. Denna visdom kan delas med kollegor via reflektion och möjliggöra att fler kan ta del av den, vilket gör att vårdpersonalen kan lära av varandra och samtidigt testa och validera att de metoder som används överensstämmer med målen för verksamheten. Detta perspektiv stärks ytterligare av Hewitt (2009) som framhåller att reflektion främjar utvecklingen av kritiskt tänkande genom att de handledda kan röra sig fram och tillbaka mellan de egna erfarenheterna för att omvärdera förståelsen av situationen. Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskorna med hjälp av kollegor genom reflektion i efterhand kan ifrågasätta och granska sina åtgärder och på detta sätt känna trygghet och utvecklas i sina professionella bedömningar. Även Dahl och Alvsågs (2013) resultat pekar på att reflektion i grupp bidrar till processen att anpassa teoretisk kunskap till den kliniska situationen, medan Eriksen et al. (2014) även lyfter fram en kritisk aspekt, att yrkesverksam personal lätt kan låsa sig i en syn på sig själva som experter, vilket i sådana fall istället utgör ett hinder för individen i reflektionsprocessen.

Konklusion

Tvångsåtgärder som utförs inom den psykiatriska slutenvården används endast som en sista utväg av sjuksköterskorna efter att alla metoder som prövats för att få patienten följsam till behandling inte fungerat. Åtgärderna vidtas för patientens bästa när indikation finns att patienten kan utgöra en fara för sig själv eller för sin omgivning, och syftar till att skydda patienten. När tvångsåtgärder måste utföras är de både nödvändiga och oundvikliga och framkallar mycket känslor och etiska dilemman hos sjuksköterskorna. Att få möjlighet till reflektion och etisk eftertanke efter utförd tvångsåtgärd är centralt för att sjuksköterskorna ska kunna bearbeta sina egna känslor som uppkommer i samband med tvångsåtgärder. Genom att få reflektera över vad som föranledde tvångsåtgärden, hur den utfördes och om något kunde gjorts annorlunda, erhålls en ökad handlingsberedskap inför kommande tvångsåtgärder. Denna handlingsberedskap ger också sjuksköterskorna en ökad trygghet i akuta situationer. Att ha en mentor att reflektera tillsammans med kan bidra till ökad trygghet för sjuksköterskorna. Det finns även en önskan om mer utbildning inom området och att få träna sina färdigheter till exempel genom rollspel. Akuta tvångsåtgärder i stressiga situationer innebär att sjuksköterskorna tvingas fatta snabba beslut, vilket medför ett ansvar och högt ställda krav på deras kompetens.

Kliniska implikationer

Det är av stor vikt att sjuksköterskor får möjlighet att ventilera och reflektera över de tvångsåtgärder som de utför, dels för att bearbeta egna känslor, dels för att utveckla och förbättra genomförandet av tvångsåtgärder inför kommande situationer. Det är därför viktigt att arbetsgivaren tillgodoser detta behov genom exempelvis regelbundna och strukturerade reflektions- och handledningstillfällen. En annan åtgärd är att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal får träna sig i genomförandet av tvångsåtgärder och hur samarbetet mellan avdelningarna kan förbättras för att tvångsåtgärderna ska utföras på ett så bra sätt som möjligt både för patient och personal. Detta kan med fördel tränas i anslutning till arbetsplatsen i form av rollspel eller pedagogiskt drama. Sjuksköterskor med mindre yrkeserfarenhet inom psykiatrisk slutenvård som känner sig osäkra vid tvångsåtgärdssituationer, både i sin bedömning av situationen och i själva utförandet, bör vid nyanställning och introduktion i den psykiatriska slutenvården få hjälp med mentorskap där mentorn kan fungera som ett bollplank vid svårigheter i yrkesutövningen.

Vidare forskning inom området behövs för att lyfta fram ytterligare erfarenheter som inte framkommit i föreliggande studie. Genom att genomföra en studie där fler personalkategorier inkluderas, till exempel läkare och mentalskötare, kan ytterligare erfarenheter kring fenomenet

tvångsåtgärder beskrivas. Detta skulle kunna bidra till att beskriva utförandet av tvångsåtgärder på ett bredare plan vilket också skulle kunna ge möjligheter till en bättre samverkan och utveckling av tydligare gemensamma riktlinjer vid utförande av tvångsåtgärder.

Referenser

Arlebrink, J. (2014). Etiska aspekter på tvångsvård. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (2:a uppl., s 457-478). Lund: Studentlitteratur.

Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B., & Andershed, B. (2011). Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing Inquiry*, *18*(2), 111-122. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00527.x

Biering, P. (2002). Caring for the involuntarily hospitalized adolescent: the issue of power in the nurse-patient relationship. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, *15*(2), 65-74.

Brinkman, S. & Kvale, S. (2014). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing* (3:d ed.). London: SAGE Publications

Buchanan-Barker, P. & Barker, P. (2009). The convenient myth of Thomas Szasz. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *16*(1), 87-95. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01310.x

Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, *12*(2), 139-147.

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*, *18*(2), 116-125. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x

Dahl, H. & Alvsvåg, H. (2013). Å fremme studenters evne til refleksjon- en pedagogisk utfordring. *Uniped, 36(3)*, 32-45.

Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suseröd, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap.* Lund: Studentlitteratur.

Dahlqvist, V., Söderberg, A., & Norberg, A. (2009). Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *16*(3), 242-247. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01343.x

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care For Women International*, *13*(3), 313-321.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eriksen, K. Å., Dahl, H., Karlsson, B., & Arman, M. (2014). Strengthening practical wisdom: Mental health workers' learning and development. *Nursing Ethics*, *21*(6), 707-719. doi:10.1177/0969733013518446

Foucault, M. (2006). *Psychiatric power: Lectures at the College de France 1973-1974.* New York: Palgrave Macmillan. Hämtad 2015-03-23 från: http://rebelslibrary.org/files/psych_power.pdf

Goldenberg, S. (2009). Medical ethics. *Journal Of Continuing Education Topics & Issues*, *11*(2), 60-63.

Gould, B. (2011). Role of reflective group discussions in the development of nursing skills. *Mental Health Practice*, *14*(8), 32-33.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112)

Hem, M., Heggen, K., & Ruyter, K. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, *15*(6), 777-788.

Hewitt, J. (2009). Redressing the balance in mental health nursing education: arguments for a values-based approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, *18*(5), 368-379. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00633.x

Holmes, D. (2005). Governing the captives: forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives In Psychiatric Care, 41*(1), 3-13.
Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.
Hummelvoll, J-K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* 6. Utg., 2. Oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Hörberg, U., Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues In Mental Health Nursing, 33*(11), 743-751. doi:10.3109/01612840.2012.704623
Justesen, L. & Mik-Myer, N. (2011). *Kvalitativa metoder från vetenskapsteori till praktik.* Lund: Studentlitteratur.
Kontio, R., Välimaäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics, 17*(1), 65-76. doi:10.1177/0969733009350140
Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. (2:nd ed.) Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
Lavelle, S. & Tusaie, K. R. (2011). Reflecting on Forced Medication. *Issues in Mental Health Nursing, 32*(5), 274-278. doi:10.3109/01612840.2011.552749
Lincoln, Y.S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage Publications
Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(4), 379-385. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x
Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S., & Wigerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 19*(7), 569-576. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01837.
Lundman, B. & Graneheim, U. (2012). Kvalitativ inneållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård,* (187-201). Lund: Studentlitteratur.
Lutzén, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 5*(2), 101-107. doi:10.1046/j.1365-2850.1998.00104.x
Maharaj, R., O'brien, L., Gillies, D., & Andrew, S. (2013). Police referrals to a psychiatric hospital: Experiences of nurses caring for police-referred admissions. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*(4), 313-321. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00881.
NE Nationalencyklopedin AB. (2014). Hämtad 2015-03-23 från http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=paternalism
Nothern Nurses' federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden.* Hämtad 2015-03-23 från http://codex.vr.se/etik9.shtml
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
Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing, 33*(1), 89-97. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x
Olsen, DP. (1998). Toward an ethical standard for coerced mental health treatment. *The Journal of Clinical Ethics, 9*(3), 235-246.
Oxford dictionaries. (2015). Hämtad 2015-03-23 från http://www.oxforddictionaries.com
Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. Hampshire: MacMillan Education.
Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* (9 ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Psykiatriska riksföreningen (PRF) & Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen*

med inriktning mot psykiatrisk vård. Stockholm: Swenurse. Hämtad 2015-03-23 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf

Roberts, M. (2004). Psychiatric ethics; a critical introduction for mental health nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *11*(5), 583-588. doi:10.1111/j.13652850.2004.00764.x

Roberts, M. (2005). The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*, *6*(1), 33-42.

Rothwell, E. (2010). Analyzing focus group data: content and interaction. *Journal for Specialists In Pediatric Nursing*, *15*(2), 176-180. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00237.

Ryan, C., & Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 12(6),* 695-702. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00899.x

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier.* Malmö: Liber

Rättspsykiatri. (2013). *Korta fakta om rättspsykiatriska utredningar vid Rättsmedicinalverket*. Stockholm: rättsmedicinalverket. Hämtad 2015-03-23 från http://www.rmv.se/?id=157

Salzmann-Krikson, 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.

Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction* (3:d ed.). London: SAGE Publications.

Sjögren, R. (2014). Makt och maktlöshet. I L. Wiklund Gustin. (Red). *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå.* (2:a Uppl., s. 269-286) Lund: Studentlitteratur.

Sjöstrand, M., & Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, *22*(2), 113-120.

Skärsäter, I. (2014). Inledning. I. I. Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå.*(2:a uppl., s17-19) Lund: Studentlitteratur.

SFS 1974:152. *Regeringsformen.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kungorelse-1974152-om-beslu_sfs-1974-152/#K2

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128

SFS 2014:821. *Patientlagen.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen. (2012a). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18639/2012-3-14.pdf

Socialstyrelsen. (2012b). *Tvångsvård.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard

SOSFS 2008:18. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-03-23 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad.* Stockholm: Swenurse. Hämtad 2015-03-23 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Stockholm: Swenurse. Hämtad 2015-03-23 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer* (3:e uppl.). Lund. Studentlitteratur.

Tveiten, S., Haukland, M. & Onstad, R.F. (2011). The patients voice - empowerment in a psychiatric context. *Vård i Norden 31*(3), 20-24

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences, 15*(3), 398-405. doi:10.1111/nhs.12048

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.* (Uppl. 2:2.) Lund: Studentlitteratur.

Wiklund- Gustin, L. (2014). Beroende och frihet. I L. Wiklund Gustin. (Red). *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå.* (*2.* Uppl., s.381-396) Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen.* Hämtad 2015-03-23 från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/

HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Till verksamhetschef …… ……., VUP …..

Information och förfrågan om samtycke till att få genomföra en intervjustudie på …...

Vi är två studenter som läser till specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård 60 hp på Högskolan Väst i Trollhättan. Inom ramen för utbildningen genomförs en forskningsbaserad studie av ett ämnesområde med relevans för specialistsjuksköterskans huvudområde på avancerad nivå. Vi har valt att göra en studie om hur sjuksköterskor upplever utförande av tvångsåtgärder.

Tvångsvård är en vårdform inom psykiatrisk vård som ställer höga krav på sjuksköterskans roll och kompetens. Tvångsåtgärder används som en sista utväg då ingen behandling fungerar och patienten utgör en fara för sig själv eller sin omgivning. I dessa situationer måste samarbetet mellan olika personalgrupper fungera då situationen oftast är av det akuta slaget. Läkaren har den beslutsfattande positionen men sjuksköterskan är den som ser och uppmärksammar behovet hos patienten. I samråd med läkaren beslutas om aktuell åtgärd, vilket sjuksköterskan sedan implementerar. Dessa situationer ställer krav på sjuksköterskans etiska medvetenhet, säkerhetstänkande, samarbetsförmåga och kompetens (både personliga och teoretiska). I situationer där tvångsåtgärder förekommer väcks många tankar och känslor hos de inblandade. Genom att studera dessa upplevelser hoppas vi kunna bidra med nya aspekter kring fenomenet tvångsåtgärder och vad som kan vara viktigt att tänka på.

Syftet med studien är att studera sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.

Studieupplägget kommer bestå i att två fokusgrupper intervjuas, med 4-6 sjuksköterskor i respektive grupp. Den ena gruppen ska tillfrågas inom …… och den andra inom ……. Både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor kommer tillfrågas om deltagande i studien. Intervjuerna av fokusgrupperna kommer att äga rum på sjukhuset i …… i lämplig lokal. Intervjuerna beräknas ta 60-90 min och kommer spelas in i sin helhet. Texten kommer sedan att transkriberas och analyseras enligt kvalitativ metod.

Resultatet av studien kommer publiceras i form av en magisteruppsats i omvårdnad.

Intervjuerna kommer att avidentifieras för att säkerställa god forskningsetisk sekretess och de forskningsetiska principerna ligger till grund under hela forskningsprocessen. Dessa inkluderar informationskravet, krav på samtycke, krav på konfidentialitet och krav på deltagarens säkerhet. Datamaterial kommer hanteras enligt PUL 1998:204
(personuppgiftslagen) och arkivlagen (1990:782) på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av innehållet samt att insamlade uppgifter endast får användas för avsedda forskningsändamål.

Intervjupersonerna kommer att informeras om studien såväl muntligt som skriftligt. Denna information innefattar att deltagandet är helt frivilligt och att deltagandes medverkan kan avbrytas när som helst dom finner lämpligt utan att ange skäl för detta. Studien kommer att genomgå en etisk prövning av etikkommittén vid institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst.

Efter ditt godkännande kommer enhetschefer för berörda avdelningar kontaktas för samtycke till studien.

Vi vänder oss till dig som verksamhetschef för att få ditt medgivande att utföra studien på din klinik.

Vid ytterligare frågor kontakta någon av nedanstående.

Carolin Stenberg

carolin.stenberg@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxxx

Frida Fransson

frida.fransson@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxx

Handledare för studien är:

Håkan Nunstedt
Stf Prefekt, Bitr Prefekt
Filosofie doktor, universitetslektor i vårdvetenskap, Högskolan Väst, Trollhättan.
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
E-post: hakan.nunstedt@hv.se Telefon arbete: 0520-22 39 36.

HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Resursintyg

Förfrågan gäller studien: **Sjuksköterskors upplevelse av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård** och intygande om medgivande att få genomföra ca två fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor inom …… och ……. verksamheten utifrån studiens syfte och problemställning inom den verksamhet där Du är ansvarig. Intygandet grundas på att det finns personella, ekonomiska och fysiska resurser att genomföra studien inom verksamheten. Resursintyget kommer att utgöra grund för etikgranskning och intyg om att studien får genomföras inom verksamheten.

Härmed intygas att forskningsstudien får genomföras inom den vuxenpsykiatriska slutenvårdsverksamheten på……...

Ort och datum:

……

……(underskrift)

……(namnförtydligande)
Verksamhetschef

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Till berörda enhetschefer VUP …….

Information och förfrågan om samtycke till att få genomföra en intervjustudie på …….

Vi är två studenter som läser till specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård 60 hp på Högskolan Väst i Trollhättan. Vi planerar att göra en studie med titeln: ”sjuksköterskors upplevelse av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård” som avser att undersöka hur sjuksköterskor upplever utförande av tvångsåtgärder. Studien görs inom ramen för utbildningen som en forskningsbaserad studie av ett ämnesområde med relevans för specialistsjuksköterskans huvudområde, omvårdnad på avancerad nivå. Samtycke att studien bedrivs på VUP, ….., …… har godkänts av verksamhetschef …….

Tvångsvård är en vårdform inom psykiatrisk vård som ställer höga krav på sjuksköterskans roll och kompetens. Tvångsåtgärder används som en sista utväg då ingen behandling fungerar och patienten utgör en fara för sig själv eller sin omgivning. I dessa situationer måste samarbetet mellan olika personalgrupper fungera då situationen oftast är av det akuta slaget. Läkaren har den beslutsfattande positionen men sjuksköterskan är den som ser och uppmärksammar behovet hos patienten. I samråd med läkaren beslutas om aktuell åtgärd, vilket sjuksköterskan sedan implementerar. Dessa situationer ställer krav på sjuksköterskans etiska medvetenhet, säkerhetstänkande, samarbetsförmåga och kompetens (både personliga och teoretiska). I situationer där tvångsåtgärder förekommer väcks många tankar och känslor hos de inblandade. Genom att studera dessa upplevelser hoppas vi kunna bidra med nya aspekter kring fenomenet tvångsåtgärder och vad som kan vara viktigt att tänka på.

Syftet med studien är att studera sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.

Studieupplägget kommer bestå i att två fokusgrupper intervjuas, med 4-6 sjuksköterskor i respektive grupp. Den ena gruppen ska tillfrågas inom ……. och den andra inom …….. Både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor kommer tillfrågas om deltagande i studien. Intervjuerna av fokusgrupperna kommer att äga rum på sjukhuset i …….. i lämplig lokal (meddelas senare). Intervjuerna beräknas ta 60-90 min och kommer spelas in i sin helhet. Texten kommer sedan att transkriberas och analyseras enligt kvalitativ metod. Vi önskar att sjuksköterskorna får delta i fokusgrupperna under arbetstid.

Resultatet av studien kommer publiceras i form av en magisteruppsats i omvårdnad.

Intervjuerna kommer att avidentifieras för att säkerställa god forskningsetisk sekretess och de forskningsetiska principerna ligger till grund under hela forskningsprocessen. Dessa inkluderar informationskravet, krav på samtycke, krav på konfidentialitet och krav på deltagarens säkerhet. Datamaterialet kommer hanteras enligt PUL 1998:204 (personuppgiftslagen) och arkivlagen (1990:782) på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av innehållet samt att insamlade uppgifter endast får användas för avsedda forskningsändamål. Intervjupersonerna kommer att informeras om studien såväl muntligt som skriftligt. Denna information innefattar att deltagandet är helt frivilligt och att deltagandes medverkan kan avbrytas när som helst dom finner lämpligt utan att ange skäl för detta.

Studien kommer att genomgå en etisk prövning av forskningsetiska kommittén vid institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst.

Efter ditt godkännande kommer undertecknad att kontakta omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning för samordning av fokusgrupp. Vi vänder oss till dig som enhetschef för att få ditt medgivande att utföra studien på din enhet.

Vid ytterligare frågor kontakta någon av nedanstående.

Carolin Stenberg

carolin.stenberg@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxxx

Frida Fransson

frida.fransson@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxx

Handledare för studien är:

Håkan Nunstedt
Stf Prefekt, Bitr Prefekt
Filosofie doktor, universitetslektor i vårdvetenskap, Högskolan Väst, Trollhättan.
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
E-post: hakan.nunstedt@hv.se Telefon arbete: 0520-22 39 36.

HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Resursintyg

Förfrågan gäller studien: **Sjuksköterskors upplevelse av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård** och intygande om medgivande att få genomföra ca två fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor inom den …… verksamheten utifrån studiens syfte och problemställning inom den verksamhet där Du är ansvarig. Intygandet grundas på att det finns personella, ekonomiska och fysiska resurser att genomföra studien inom verksamheten. Resursintyget kommer att utgöra grund för etikgranskning och intyg om att studien får genomföras inom verksamheten.

Härmed intygas att forskningsstudien får genomföras inom den …….. verksamheten.

Ort och datum:

……

……(underskrift)

……(namnförtydligande)
Enhetschef

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Information och förfrågan om deltagande i studie

Studien avser att undersöka hur sjuksköterskor upplever utförande av tvångsåtgärder.

Vi är två studenter som läser till specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård 60 hp på Högskolan Väst i Trollhättan. Inom ramen för utbildningen genomförs en forskningsbaserad studie av ett ämnesområde med relevans för specialistsjuksköterskans huvudområde på avancerad nivå. Samtycke att studien bedrivs på VUP ….. …….. har godkänts av verksamhetschef och enhetschef.

Tvångsvård är en vårdform inom psykiatrisk vård som ställer höga krav på sjuksköterskans roll och kompetens. Tvångsåtgärder används som en sista utväg då ingen behandling fungerar och patienten utgör en fara för sig själv eller sin omgivning. I dessa situationer måste samarbetet mellan olika personalgrupper fungera då situationen oftast är av det akuta slaget. Läkaren har den beslutsfattande positionen men sjuksköterskan är den som ser och uppmärksammar behovet hos patienten. I samråd med läkaren beslutas om aktuell åtgärd, vilket sjuksköterskan sedan implementerar. Dessa situationer ställer krav på sjuksköterskans etiska medvetenhet, säkerhetstänkande, samarbetsförmåga och kompetens (både personliga och teoretiska). I situationer där tvångsåtgärder förekommer väcks många tankar och känslor hos de inblandade. Genom att studera dessa upplevelser hoppas vi kunna bidra med nya aspekter kring fenomenet tvångsåtgärder och vad som kan vara viktigt att tänka på.

Syftet med studien är att studera sjuksköterskors upplevelser av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.

Studieupplägget kommer bestå i att två fokusgrupper intervjuas, med 4-6 sjuksköterskor i respektive grupp. Den ena gruppen ska tillfrågas inom …… och den andra inom ……. Både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor kommer tillfrågas om deltagande i studien. Diskussioner kopplade till utförande av tvångsåtgärder och hur det påverkar sjuksköterskan i yrket kommer ligga till grund för studiens resultat. Fokusgrupperna kommer att äga rum på sjukhuset i …… i lämplig lokal (meddelas senare). Intervjuerna beräknas ta 60-90 min och kommer spelas in i sin helhet. Texten kommer sedan att transkriberas och analyseras enligt kvalitativ metod.

Resultatet av studien kommer publiceras i form av en magisteruppsats i omvårdnad.

Intervjuerna kommer att avidentifieras för att säkerställa god forskningsetisk sekretess och de forskningsetiska principerna ligger till grund under hela forskningsprocessen. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Datamaterialet kommer hanteras enligt PUL 1998:204 (personuppgiftslagen) och arkivlagen (1990:782) på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av innehållet samt att insamlade uppgifter endast får användas för avsedda forskningsändamål.

Studien har genomgått en etisk prövning av forskningsetiska kommittén vid institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst.

Vid ytterligare frågor kontakta någon av nedanstående.

Carolin Stenberg

carolin.stenberg@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxx

Frida Fransson

frida.fransson@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska

xxx-xxxxxxx

Handledare för studien är:

Håkan Nunstedt
Stf Prefekt, Bitr Prefekt
Filosofie doktor, universitetslektor i vårdvetenskap, Högskolan Väst, Trollhättan.
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
E-post: hakan.nunstedt@hv.se Telefon arbete: 0520-22 39 36.

HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Trollhättan 2014-11

Samtyckesformulär

Undertecknad har tagit del av såväl den skriftliga som muntliga forskningspersonsinformation och har haft möjlighet att ställa kompletterande frågor. Jag lämnar härmed mitt samtycke till utförandet av studien med titeln: **Sjuksköterskors upplevelse av att utföra tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.**

Ort: ……..

Datum: ……

Verksamhet, mejladress och telefonnummer:

……

……

……

Underskrift:…….

Namnförtydligande: ……

Informationen har delgivits (datum): ……. .

Informationen har delgivits av (namn): …….

Om ni väljer att delta i studien meddelas samtrycke via e-mail till carolin.stenberg@student.hv.se eller frida.fransson@student.hv.se Samtyckesformuläret fyller ni sedan i och undertecknar vid tillfället för fokusgrupps intervju.

Bilaga IV

Intervjuguide

1. Vad ingår i begreppet tvångsåtgärder?
2. Vilka tvångsåtgärder används?
3. Kan ni berätta om era erfarenheter av att utföra tvångsåtgärder.
4. Finns tydliga riktlinjer/PM för tvångsåtgärder?
5. Hur ser uppföljningen ut efter en genomförd tvångsåtgärd?
6. Vad tycker ni kan förbättras inom området tvångsvård?
7. Vilka etiska överväganden är viktiga att ta hänsyn till vid tvångsåtgärder?
8. Hur upplever ni trygghet/säkerhet i dessa situationer?
9. Hur upplevs bemötandet i dessa akuta situationer?

Bilaga V

Underlag till fokusgrupp

Insamlande av sociodemografisk data

Man ☐ Kvinna ☐
Ålder.....

Grundutbildad sjuksköterska ☐

Specialist utbildad sjuksköterska ☐

Antal år inom psykiatrin.....

Aktuell arbetsplats

…….. ☐

…….. ☐

Underlaget är anonymt och kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering. Datamaterialet kommer att hanteras enligt PUL 1998:204 (personuppgiftslagen) och arkivlagen (1990:782) på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av innehållet samt att insamlade uppgifter endast får användas för avsedda forskningsändamål.