



Namn: Maya Bonander & Nadia Liberg Bruhner

Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk vård, 60 hp

Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp

Avancerad Nivå

VKAEXA, VT 19

Handledare: Mats Ewertzon

Examinator: Anette Erdner

Patienters upplevelser kring tvångsåtgärden fastspänning i den psykiatriska slutenvården

En systematisk litteraturöversikt

Patients' experiences of the coercive measure restraint in psychiatric inpatient care

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Fastspänning i en bältessäng är relativt vanligt förekommande i Sverige och flera andra länder inom den slutna psykiatriska vården. Forskning kring sjuksköterskors upplevelse om fastspänning visar på att det dels uppfattas som någonting etiskt svårt, samtidigt anses fastspänning vara någonting nödvändigt ur en säkerhetsaspekt. Lite är känt forskningsmässigt kring vad som är patienters upplevelser av fastspänning, och kring det som är känt saknas det aktuell litteraturöversikt.

Syfte: Syftet med föreliggande uppsats var att beskriva patienters upplevelser kring tvångsåtgärden fastspänning inom den slutna psykiatriska vården.

Metod: Denna uppsats är en systematisk litteraturöversikt som bygger på en sammanställning av nio kvalitativa artiklar. Dataanalysen genomfördes enligt Evans tolkande dataanalysmetod.

Resultat: Tre teman framkom kring upplevelsen av fastspänning, dessa var: innan fastspänning, under fastspänning och efter fastspänning. Tio subteman framkom: Patienters upplevelse av en bristande och provokativ vård, patienters önskan av vård när den upplevs bristande och provokativ, maktlöshet och rädsla, känslan av att vara totalt utlämnad och försvarslös, en förlorad verklighetsuppfattning, fastspänning som någonting säkert och tryggt, patienters upplevelse av personalens bemötande, patienters synpunkter på personalens bemötande, patienters behov av att få delge sin uppfattning samt skapa möjlighet till förståelse och negativa konsekvenser av fastspänning. Resultatets teman och subteman ledde fram till en sammantagen syntetisering i form av: Patienters utsatthet skapar längtan efter en vårdande kommunikation.

Slutsats: Fastspänning är i de flesta fall en mycket negativ upplevelse för patienter. Patienters upplevelser av fastspänning kan dock förbättras om sjuksköterskan innan, under och efter fastspänning har en vårdande kommunikation gentemot patienter.

Nyckelord: Bältessäng, Fastspänning, Patienters upplevelser, Psykiatrisk omvårdnad, Psykiatrisk slutenvård

Abstract

Background: Mechanical restraint is relatively common in Sweden and several other countries within the psychiatric inpatient care. Research on nurses' experience of restraining shows that it's perceived as something ethically difficult. Mechanical restraints is also considered to be something necessary in terms of safety. Little is known scientifically about what the patient's experiences of mechanical restraints are, and there's no current literature review.

Aim: The purpose of the present study was to describe patients' experiences of the coercive measure mechanical restraint in psychiatric inpatient care.

Method: A systematic review of literature based on a compilation of nine qualitative articles. The data analysis was carried out according to Evans interpretive data analysis method.

Results: Three main themes emerged in the experience of restraints, which were: before restraint, during restraint and after restraint. Ten subthemes emerged: Patients' experience of a lacking and provocative care, patients' needs in the experience of a lacking and provocative care, powerlessness and fear, the feeling of being totally extradited and defenseless, a lost sense of reality, restraint as something safe and secure, patients' perception of the staff's treatment, patients' thoughts on the staff's treatment, patients' need to share their thoughts and create opportunities for being understood and negative consequences of restraint. The themes and sub-themes led to a total synthesis in the form of: The exposed patients' longing for a caring communication.

Conclusion: Restraint is in most cases a very negative experience for patients. Patients' experience of restraint can, however, be improved if the nurse before, during and after restraint provides a caring communication with patients.

Keywords: Belt bed, Psychiatric inpatient care, Psychiatric nursing, Restraint, The patient's experience

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 FASTSPÄNNING HISTORISKT OCH INTERNATIONELLT	2
2.2 PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD I SVERIGE	3
2.2.1 Kriterier för tvångsvård.....	3
2.2.2 Fastspänning i Sverige.....	4
2.3 KÄNNETECKEN HOS DE PATIENTER SOM RISKERAR FASTSPÄNNING	5
2.3.1 Faktorer som inverkar på frekvensen av fastspänning.....	5
2.4 SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER VID FASTSPÄNNING.....	6
2.4.1 Sjuksköterskans upplevelse av fastspänning som etiskt komplicerad	7
2.4.2 Vikten av kompetens kring fastspänning hos specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård.....	8
3. PROBLEMFÖRMULERING	8
4. SYFTE.....	9
5. TEORETISK REFERENSRAM.....	9
6. METOD.....	10
6.1 URVAL	10
6.1.1 Inklusionskriterier	10
6.1.2 Exklusionskriterier	11
6.1.3 Datainsamling.....	11
6.1.4 Kvalitetsgranskning	11
6.1.5 Dataanalys	12
7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
8. RESULTAT	14
8.1 FIGUR 1. TEMAN OCH SUBTEMAN SOM IDENTIFIERATS SAMT SYNTES	14
8.2 INNAN FASTSPÄNNING	15
8.2.1 Patienters upplevelse av en bristande och provokativ vård	15
8.2.2 Patienters önskan av vård när den upplevs bristande och provokativ.	16
8.3 UNDER FASTSPÄNNING	17
8.3.1 Maktlöshet och rädsla	17
8.3.2 Känslan av att vara totalt utlämnad och försvarslös under fastspänning	18
8.3.3 En förlorad verklighetsuppfattning under fastspänning	18
8.3.4 Fastspänning som något säkert och tryggt	19
8.3.5 Patienters upplevelse av personalens bemötande	19
8.3.6 Patienters synpunkter på personalens bemötande	20

8.4	EFTER FASTSPÄNNING	20
8.4.1	<i>Patienters behov att få delge sin uppfattning samt skapa möjlighet till förståelse</i>	<i>20</i>
8.4.2	<i>Negativa konsekvenser av fastspänning.....</i>	<i>21</i>
8.5	PATIENTERS UTSATTHET SKAPAR LÄNGTAN EFTER VÅRDANDE KOMMUNIKATION	21
9.	DISKUSSION.....	23
9.1	METODDISKUSSION.....	23
9.1.1	<i>Trovärdighet</i>	<i>23</i>
9.1.2	<i>Pålitlighet.....</i>	<i>24</i>
9.1.3	<i>Konfirmerbarhet.....</i>	<i>25</i>
9.1.4	<i>Överförbarhet</i>	<i>25</i>
9.1.5	<i>Autencitet</i>	<i>27</i>
9.2	RESULTATDISKUSSION	27
9.2.1	<i>Patienters utsatthet kring fastspänning</i>	<i>27</i>
9.2.2	<i>Patienters längtan efter vårdande kommunikation.....</i>	<i>30</i>
10	KLINISKA IMPLIKATIONER.....	31
11.	FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	32
12.	SLUTSATS	32
	REFERENSFÖRTECKNING	34
	BILAGA 1. SÖKMATRIS	38
	BILAGA 2. TABELL ÖVER KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLAR	39
	BILAGA 3. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	42

1. Inledning

Fastspänning eller tillika använt begrepp; bältesläggning, som sker inom den psykiatriska slutenvården blir ofta föremål för diskussion i media. Detta skedde senast våren 2018 då Uppdrag Granskning på Sveriges Television sände ett program om en ung man som dog i en bältessäng vilket föranledde en diskussion i flera stora svenska medier.

Med egen erfarenhet av att ha arbetat inom den psykiatriska slutenvården har vi som sjuksköterskor och författare till denna magisteruppsats ofta upplevt det som svårt att medverka vid tvångsåtgärden fastspänning.

Enligt vår erfarenhet har det inte alltför sällan varit snabba beslut kring att vidta denna tvångsåtgärd. Både erfaren och mindre erfaren vårdpersonal har tillsammans agerat för att spanna fast en patient i bältessäng. Detta har enligt vår erfarenhet ofta skett under stor stress och situationerna har ibland upplevts i de närmaste kaosartade. Vi har funderat mycket över hur sjuksköterskor kan upprätthålla en vårdande relation till patienter i samband med fastspänning och även efteråt.

I vårt arbete som sjuksköterskor har vi upplevt att det råder både en okunskap och ett ointresse hos vårdpersonal inom psykiatrisk vård kring hur denna tvångsåtgärd upplevs av patienterna och vilka känslor som väcks hos dem. Vi hoppas med föreliggande magisteruppsats kunna bidra med ökad kunskap angående patienters upplevelse kring fastspänning samt att kunna redogöra för de omvårdnadsbehov patienter i denna situation ger uttryck för.

2. Bakgrund

I bakgrunden till denna uppsats kommer fastspänning som en psykiatrisk tvångsåtgärd kort belysas ur ett historiskt och internationellt perspektiv. Den lagstiftning som råder kring psykiatrisk tvångsvård och fastspänning i Sverige kommer sedan att beskrivas. Vidare framställs utvald forskning kring fastspänning inom psykiatrisk vård. Bland annat kommer faktorer som ökar risken för fastspänning beskrivas samt inom vilka patientgrupper där flest fastspänningar sker. Sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av fastspänning inom den psykiatriska vården kommer sedan att lyftas fram.

Med fastspänning avses genomgående i denna uppsats till när en patient inom den slutna psykiatriska vården spänns fast som en tvångsåtgärd i en säng innehållande bälten eller remmar.

2.1 Fastspänning historiskt och internationellt

Synen på fastspänning inom psykiatrisk vård har sedan länge varit kontroversiell. Redan år 1840 uppstår en diskussion bland den internationella expertisen om användandet av olika former av fastspänning. England var uttalat skeptiskt och förbjöd därefter alla mekaniska fasthållningsmetoder. Istället infördes madrasserade avskiljningsrum och möjlighet gavs till personal om fysiskt fasthållande i de fall det behövdes. Användandet av kalla bad och hårt lindade lakan runt patienten användes likaså (Colaizzi, 2005).

Även Island är ett land där man sedan länge inte använder sig av fastspänning inom psykiatrisk vård. Där ska en läkare under 1930-talet i sin starka övertygelse ha bränt upp alla bältessängar (Gudmundsson, 2012). Ottosson (2003) poängterar att användandet av fastspänning inom psykiatrisk vård i Sverige är väl förankrad och har en lång historia. Användandet har dock sjunkit drastiskt och sedan successivt efter 1950 talets inträde av neuroleptika.

Fastspänning är idag tillåtet i en majoritet av Europas länder (Bak & Aggernaes, 2012). Av de nordiska länderna är Norge det land med lägst nivå av fastspänning och Sverige är det land med flest fastspänningar (a.a).

En cochrane analys gjordes 2012 av totalt 35 studier med syfte att undersöka effektiviteten av fastspänning och avskiljning jämfört med andra metoder. Analysen omfattade fastspänning dels inom en psykiatrisk kontext, dock även fastspänning inom exempelvis demensvård. Forskarna kunde inte finna någon kontrollerad studie som med vetenskapligt stöd visade att fastspänning inom psykiatrisk vård var en effektiv metod när den jämfördes med andra metoder såsom medicinering, bemötande och psykoedukation (Sailas & Fenton, 2012).

Det föreligger dock en avsevärd svårighet kring forskning om hot och våld inom psykiatrisk vård samt dess olika alternativ till hantering. För att kunna jämföra effektivitet ställer vetenskapen krav på utförandet av randomiserade studier. Sådana är i praktiken inte möjliga att utföra rent forskningsetiskt. Detta för att det då skulle krävas att slumpvisa hot och våldshändelser valdes ut och sedan testades för olika interventioner såsom fastspänning eller olika former av bemötande (SBU, 2016).

2.2 Psykiatrisk tvångsvård i Sverige

Inom sjukvården är patienten skyddad av framförallt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30). HSL är en ramlag med riktlinjer, mål och föreskrifter som syftar till att behandla, utreda och förebygga skador samt medicinska sjukdomar. God vård enligt HSL bygger bland annat på respekt för patientens integritet och autonomi. Likaså finns krav på att vården är av god kvalitet och tillfredsställer patientens behov av kontinuitet, säkerhet och trygghet. Vid vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) sker vissa begränsningar av HSL. Begränsningarna handlar framförallt om respekten för patientens autonomi (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). LPT är en lagstiftning under ständig bevakning och debatt. Detta för att det är en lagstiftning som möjliggör inskränkningar i den enskilda människans liv på ett etiskt komplicerat vis (a.a).

År 1992 skedde en av de stora revideringarna av lagstiftningen där den tidigare lagen: Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) delades upp i två nya lagstiftningar, LPT och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) (SFS 1991:1129). Ett syfte till lagändring var att öka patienters självbestämmande, minska tvånget samt öka rättssäkerheten (Svenska psykiatriska föreningen, 2013).

En svensk avhandling har studerat patienters och närståendes upplevelser av delaktighet i den psykiatriska tvångsvården och jämfört dessa mellan lagändringarna. Avhandlingen fann inget stöd för att patienter och närstående upplevde en ökad delaktighet efter lagändringen, det visade sig även att det hade skett en ökning av antalet tvångsåtgärder mellan lagändringarna (Wallsten, 2008).

År 2008 kom ytterligare en förändring kring lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. Det blev då möjligt att vårdas under tvång i den psykiatriska öppenvården under vissa villkor. Dessa villkor kan exempelvis vara att patienten måste sköta sin medicinerings. Ett viktigt skäl till lagändringen var att ge patienter en större frihet (Herlofson, 2016). Fastspänning i en bältessäng får i Sverige idag ske med stöd av både LPT och LRV under vissa omständigheter (Svenska psykiatriska föreningen, 2013).

2.2.1 Kriterier för tvångsvård

Det finns flera tvångsåtgärder som med stöd av LPT kan bli nödvändiga att använda i vården av patienten. Sammantaget för alla tvångsåtgärder är att de endast får utföras då de står i en rimlig proportion till syftet med tvångsåtgärden. Det ska även vara uteslutet att åtgärder som bygger på frivillighet inte är tillämpbara i situationen. Några tvångsåtgärder som används

inom den psykiatriska slutenvården i Sverige är tvångsmedicinering, avskiljning och fastspänning i bältessäng (Svenska psykiatriska föreningen, 2013).

För att tvångsvård på en sluten psykiatrisk avdelning ska kunna bedrivas behöver tre kriterier vara uppfyllda. Hur dessa kriterier definieras och vad de innebär finns tydligt beskrivet i lagtext. Kriterierna för psykiatrisk tvångsvård är att patienten skall lida av en allvarlig psykisk störning, ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som enbart kan tillgodoses inom slutenvården, samt att patienten motsätter sig denna vård eller är oförmögen till att fatta ett grundat ställningstagande (LPT) (SFS 1991:1128).

2.2.2 Fastspänning i Sverige

Regelverket kring hur en fastspänning får ske enligt LPT (SFS 1991:1128) står beskrivet i § 19. I lagtexten framgår bland annat att fastspänning får tillämpas när en patient riktar ett aggressivt och farligt beteende mot andra eller sig själv. Det ska föreligga en omedelbar risk för att andra eller patienten själv kommer att allvarligt skadas fysiskt. Det ska även anses uteslutet att situationen kan lösas på ett annat sätt än genom fastspänning (Svenska psykiatriska föreningen, 2013).

Beslutet om fastspänning ordineras av en läkare och ska vara så kortvarig som möjligt. Endast om det föreligger synnerliga skäl får en patient spännas fast längre än fyra timmar, detta måste då alltid rapporteras till inspektionen för vård och omsorg. Fastspänning skall ske utan insyn av andra patienter och en personal måste alltid sitta hos patienten medan denne är fastspänd (Socialstyrelsen, 2009). Ett tillägg i lagen skedde i juli 2017 då alla patienter skall erbjudas ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd såsom fastspänning (SFS 1991:1128 18a§).

Trots att det förekommer en hel del fastspänningar inom psykiatrisk vård är det svårt att få fram korrekt statistik kring dess frekvens. Det är känt att det idag råder en kraftig underrapportering kring antalet fastspänningar inom psykiatrisk vård i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2017) beror detta på svårigheter från vårdgivare att rapportera in korrekt information. Den bristande statistiken har bland annat blivit kritiserad av Inspektionen för vård och omsorg. En svensk studie från 2008 bekräftar underrapportering av tvångsåtgärder. I 42 % av fallen när patienter uppgav att de blivit utsatta för tvångsåtgärder så fanns detta inte dokumenterat i journalen (Wallsten, Kjellin & Sjöberg, 2008). Enligt den statistik som finns tillgänglig så skedde 3520 fastspänningar som varade i kortare tid än fyra timmar år 2016, och 513 fastspänningar som varade i mer än fyra timmar samma år (Socialstyrelsen, 2017).

2.3 Kännetecken hos de patienter som riskerar fastspänning

En review fann att fastspänning var vanligt när en patient var våldsam och aggressiv, vägrade medicin, självskadande, förstörde föremål på avdelningen eller försökte att avvika från avdelningen (Riahi, Thomson & Duxbury, 2016). Även en norsk kvantitativ studie som studerat 32 psykiatriska avdelningar fann att patienter med ett aggressivt beteende eller ett självskadebeteende löpte störst risk för fastspänning (Husum, Bjorngard, Finset, Arnstein, & Ruud, 2010). Denna studie fann ingen skillnad mellan prevalensen av fastspänningar mellan män och kvinnor (a.a.). När det gäller diagnoser framkom i en kvantitativ studie från Kanada att män som lider av schizofreni eller schizoaffektiv störning betydligt oftare blev fastspända än personer med bipolär sjukdom (Roles, Gouge, & Smith, 2014). En studie utförd i Danmark fann däremot att i 82 % av antalet fastspänningar var patienten diagnostiserad med personlighetsstörning (Kodal, Nørgaard Kjaer & Larsen, 2018). Ytterligare en dansk studie konstaterade att personer med substansmissbruk löpte allra högst risk för att bli fastspända. Personer med dubbla psykiatriska diagnoser löpte dock högre risk att bli fastspända jämförelsevis med de som hade enbart en psykiatrisk diagnos (Mårtensson, Schepele, Johansen, & Hjorthoj, 2019).

2.3.1 Faktorer som inverkar på frekvensen av fastspänning

En dansk studie som följde antalet fastspänningar under ett år på en psykiatrisk avdelning fann att 47 % av alla fastspänningar skedde under ett kvällspass och 26 % skedde under ett dagpass (Kodal et al., 2018). I en review var det tre studier som bekräftade att fastspänningar var vanligast under kvällspassen (Riahi et al., 2016). Detta till skillnad från Whitman, Davidson, Sereika och Rudy (2001) som studerade tio psykiatriska vårdavdelningar under ett år i USA. I deras forskning framgick att fastspänning inom psykiatrisk vård var betydligt vanligare nattetid. I deras studie hade 48 % av fastspänningarna skett under ett nattpass, 33 % under ett dagpass och 17 % under ett kvällspass (a.a.).

I en review framkom det i två studier att underbemanning på en avdelning bidrog till att fler fastspänningar skedde (Riahi et al., 2016). En annan studie i samma review visade på att desto högre bemanning en avdelning hade, desto fler fastspänningar (a.a.).

I Kodal et al. (2018) forskning framkom det att antalet fastspänningar ökade i takt med antalet manlig personal på avdelningen som arbetade. Liknande resultat framkom i en review som visade att manliga sjuksköterskor i högre utsträckning än kvinnliga var benägna att

använda fastspänning (Riahi et al., 2016). I samma review framkom det att om säkerhetsvakter fanns på avdelningen så ökade också antalet fastspänningar (a.a).

Ett annat forskningsfynd framkom i Husum et al. (2010) där observerades att det var vanligare med fastspänning på de psykiatriska avdelningar som låg i större städer. Psykiatriska avdelningar som låg i mindre städer eller på landsbygden hade lägre frekvens av fastspänning (a.a.).

2.4 Sjuksköterskors erfarenheter vid fastspänning

En studie av Lindsey (2009) visade att sjuksköterskor med flera års arbetslivserfarenhet fattade beslut snabbare om fastspänning i jämförelse med sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet. Lindsey (2009) beskrev även att sjuksköterskor påverkades av patientens ålder och diagnos. Flertalet medverkande sjuksköterskor i studien uppgav en motvillighet inför att spanna fast en äldre patient. Om patienten vårdades för första gången inom slutenvård psykiatrisk vård uppgav sjuksköterskorna också en motvillighet till fastspänning, och försökte i större utsträckning med verbal taktik undvika tvångsåtgärder (a.a).

Även Perkins, Prosser och Riley (2012) fann i sin forskning att sjuksköterskor försökte undvika fastspänning i högre utsträckning om en patient var ny på avdelningen än om det var en välkänd patient. Lindsey (2009) fastslog i sin studie att flertalet sjuksköterskor försökte att undvika fastspänning genom en mer frikostig medicinering än brukligt.

Husum et al. (2010) visar på att sjuksköterskor ansåg att fastspänning ibland kan vara en nödvändig åtgärd. Dels utifrån en hälsofrämjande aspekt för att skydda patienten. Samt utifrån en rent säkerhetsmässig aspekt för att skydda personalen.

Riahi et al. (2016) review hade som syfte att undersöka sjuksköterskans beslutsfattande kring fastspänning och beskriva när och hur det används. Denna review bygger på sammanlagt 16 artiklar, hälften var kvantitativa och hälften var kvalitativa. Forskarna kom i resultatet fram till ett antal teman. Ett tema var "säkerhet för alla". Sjuksköterskorna ansåg att de hade ett ansvar för att avdelningen skulle vara en säker miljö. Många sjuksköterskor ansåg att fastspänning var en effektiv metod för att få en patient att lugna ned sig. Hela 40 % av sjuksköterskorna uttryckte att fastspänning till och med var den mest effektiva metoden för att få en patient att lugna ned sig. Ett annat tema var "återfå kontrollen" och hela 96,3 % av sjuksköterskorna upplevde att deras senaste erfarenhet av fastspänning hade varit en lyckad sådan, utifrån att sjuksköterskorna ansåg ha återfått kontroll över situationen (a.a).

Även i en norsk review framkom det en syn på fastspänning som nödvändig och användbar. Där upplevde 80 % av personalen att fastspänning användes på ett lämpligt sätt och 94 % trodde inte att fastspänning skulle påverka patientens förmåga till tillfrisknande (Wynn, 2015).

2.4.1 Sjuksköterskans upplevelse av fastspänning som etiskt komplicerad

Hem, Gjerberg, Husum och Pedersen (2018) hade som syfte i sin review att undersöka vilka etiska svårigheter som kan uppstå inom den psykiatriska tvångsvården. Denna review innehöll 22 artiklar som både var kvalitativa och kvantitativa. Det framkom i denna review att sjuksköterskan kände behov av etisk reflektion samt behov av att känna stöd från kollegor för att kunna motivera tvångsvård. Fastspänning tillsammans med tvångsmedicinering och avskiljning sågs som mest etiskt problematiska (a.a).

I Husum et al. (2010) forskning visade det sig att sjuksköterskan ofta upplevde fastspänning inom psykiatrisk vård som ett direkt angrepp mot patienten. Studien visade på att sjuksköterskan uppfattar beslutet kring fastspänning som etiskt komplext. Denna komplexitet handlar om det paradoxala i att sjuksköterskor upplever att fastspänning kan innebära skada för patienten, likväl som det kan vara skadligt för patienten att undvika fastspänning (a.a). Sjuksköterskor uppgav i en kvalitativ studie att fastspänning ofta användes i brist på andra acceptabla alternativ (Marangos-Frost & Wells, 2008).

Riahi et al. (2016) beskrev i deras review att sjuksköterskor upplevde en rollkonflikt i situationer kring fastspänning. Sjuksköterskor vill både verka för att avdelningen ska vara en säker miljö samt handla i enlighet med en god etik. Sjuksköterskorna upplevde därför fastspänning inom psykiatrisk vård som etiskt komplicerad. Forskarna i samma review fann att sjuksköterskor i flertalet studier motiverade användandet av fastspänning som något av "en sista utväg". Forskarna i denna review har även konstaterat att begreppet "en sista utväg" ofta används när det kommer till exempelvis riktlinjer gällande fastspänning. Forskarna försökte förklara och förstå betydelsen av begreppet "en sista utväg". Dock utan framgång då detta begrepp helt saknar definition (Riahi et al., 2016).

2.4.2 Vikten av kompetens kring fastspänning hos specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård

Som beskrivits ovan är fastspänning inom psykiatrisk vård en relativt vanlig tvångsåtgärd, både i Sverige och internationellt. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor framgår det att specialistsjuksköterskor under akuta vårdinsatser ska värna om patientens subjektiva upplevelse för att värdera, bedöma och planera för en god vård och omsorg (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Specialistsjuksköterskor skall även verka för att den psykiatriska vården innefattar en trygg och säker miljö för patienten. Specialistsjuksköterskor ansvarar även för att identifiera och tillgodose behov av kunskap, stöd och information hos patienten inom psykiatrisk vårdkontext. En annan aspekt som beskrivs i kompetensbeskrivningen är att specialistsjuksköterskor ska värna om mänskliga rättigheter och vara medveten om etiska aspekter vid vård och omsorg, samt att den vård som utförs vilar på en vetenskaplig grund (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

3. Problemformulering

Sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården använder sig ibland av tvångsåtgärden fastspänning. Omständigheter som anses utgöra ett hot gentemot patienten själv eller omgivningen rättfärdigar användandet av fastspänning och finns reglerat i psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning. Sjuksköterskor har i studier gett uttryck för att fastspänning som tvångsåtgärd kan vara någonting etiskt komplicerat, likväl som något nödvändigt inom den psykiatriska vården. Förhållandevis lite är känt kring patienters upplevelse av fastspänning och någon aktuell litteraturöversikt om detta saknas. Detta är därför något som behöver belysas närmare och det föreligger ett angeläget behov att utveckla och fördjupa kunskapen kring fastspänning inom den psykiatriska omvårdnaden. Det är därför av vikt att synliggöra och beskriva patienters subjektiva upplevelse av att ha blivit fastspänd. Förhoppningen med föreliggande uppsats var att kunna bidra med ökad förståelse och kunskap kring patienters upplevelser av fastspänning, samt de omvårdnadsbehov patienter ger uttryck för gällande fastspänning.

4. Syfte

Syftet med denna uppsats var att beskriva patienters upplevelser kring tvångsåtgärden fastspänning inom den psykiatriska slutenvården.

Följande frågeställningar användes som utgångspunkt:

- Hur ser patienters upplevelser ut kring fastspänning?
- Vilka omvårdnadsbehov uttrycks hos patienter kring fastspänning?

5. Teoretisk referensram

I denna uppsats kommer Eriksson teori om vårdlidande att användas. Avsikten med vald teori är att den skall skänka ytterligare perspektiv och inge reflektioner kring uppsatsens resultat i diskussionen. Eriksson (1994) ser på lidandet som en naturlig del av livet för människan.

Lidandet delas enligt Erikssons teori upp i tre olika sorters lidande. Livslidande är det lidande alla människor hamnar inför vid kriser i livet. I detta lidande finns det enligt Eriksson potential för både utveckling och förnyelse. Sjukdomslidande är det lidande som drabbar människan till följd av ohälsa och sjukdom. Både livslidande och sjukdomslidande är i sin kontext ett naturligt och förståeligt lidande. Vårdlidandet, som är det lidande som kan uppstå i själva vården, betraktar däremot Eriksson som ett onödigt lidande (a.a).

Eriksson (1994) menar att vårdlidandet kan uppstå genom felbehandling, försummelse och genom en oförmåga hos personalen att se patientens behov.

Eriksson (1994) delar in vårdlidandet i fyra olika komponenter

- Kränkning av patientens värdighet
- Fördömelse och straff
- Maktutövning
- Utebliven vård

Kränkning av patientens värdighet utgör enligt Eriksson (1994) den vanligaste formen av vårdlidande, och vårdlidande går alltid att härröra tillbaka till en kränkning av patientens värdighet. Fördömelse och straff handlar om när vården anser sig kunna avgöra vad som är det rätta för patienten. När en patient avviker från ett sådant mönster och inte passar in, riskerar hen att drabbas av ett vårdlidande i form av fördömelse och straff från vårdpersonal. Maktutövning kan handla om att inte ta patienten på allvar. Det kan även vara när patienten

indirekt eller direkt tvingas till handlingar denne inte vill. Maktutövning är även vanligt då vården vill hålla fast vid regler och rutiner som inte gagnar den enskilde patienten. Utebliven vård kan handla om en bristande förmåga att se och bedöma behovet av vård och även vara en form av icke-vård där grundhållningen för att bedriva god vård saknas (a.a).

6. Metod

Denna uppsats är en systematisk litteraturöversikt. Enligt Polit och Beck (2016) sammanställer litteraturöversikter forskningsresultat för att bidra till både ny och fördjupad kunskap. Forsberg och Wengström (2003) beskriver vidare att en systematisk litteraturöversikt jämfört med en allmän litteraturöversikt anses ha en högre kvalitet med ett mer tillförlitligt resultat. Detta beror bland annat på att en systematisk litteraturöversikt tydligt ska beskriva urvalsförfarandet samt metod för sökning av artiklar. Alla relevanta studier inom området ska vara inkluderade och dessa skall även vara kvalitetsgranskade (a.a). Enligt Polit och Beck (2016) skall all forskning sträva efter att vara replikerbar. Detta ställer stora krav på en tydligt beskriven noggrant genomförd metod (a.a).

Då ämnesvalet anses viktigt och angeläget har författarna varit motiverade att utföra denna uppsats i enlighet med en systematisk litteraturöversikt. Detta med en förhoppning om att kunna bidra till ny och fördjupad kunskap. Nedan presenteras urvalsförfarandet samt metod för sökning av artiklar och redogörelse kring analysförfarandet.

6.1 Urval

6.1.1 Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara originalstudier, dessa skulle vara vetenskapligt granskade och ha en kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2016) syftar kvalitativ forskning till att beskriva och öka förståelsen för subjektiva upplevelser. Detta ansågs passa bäst för uppsatsens syfte och frågeställningar. Artiklarna som ingick i uppsatsen skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Deltagarna i studierna skulle vara över 18 år. De studier som artiklarna beskrev skulle vara utförda i länder med en västerländsk kontext. Artiklarna som ingår i resultatet sträcker sig mellan åren 1998 - 2018.

6.1.2 Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var artiklar som inte var originalstudier, ej vetenskapligt granskade, studier med en kvantitativ ansats eller så kallad mixed-method, om de var skrivna på ett annat språk än engelska eller svenska, samt de studier som beskrev fastspänning ur en annan kontext än den psykiatriska vården.

6.1.3 Datainsamling

Författarna gjorde till en början fria sökningar i databaserna Pubmed, Cinahl, Medline och Psychinfo. Söktermer som användes under dessa inledande sökningar var “*Coercion*”, “*involuntary treatment*” och “*mechanical restraint*”. Detta genererade i tusentals träffar, dock utan struktur vilket föranledde svårighet att finna relevanta studier som motsvarade syftet. Därefter bokades tid med en bibliotekarie på Ersta Sköndal Bräcke Högskola för att få hjälp till en mer systematisk sökning i databaserna. Det konstaterades att “fastspänning” inte hade något ämnesord knutet till sig och kunde benämnas på flera olika sätt. De benämningar som förekom i den vetenskapliga litteraturen var framförallt “*mechanical restraint/restraints*” men “*restraint*” och “*physical restraint*” förekom också. Samtliga benämningar kom sedan att användas vid sökningarna tillsammans med ämnesordet “*Psychiatr**”. Författarna valde även att enbart söka efter artiklar som var “peer-reviewed” vilket innebar att de var vetenskapligt granskade. Den systematiska sökningen vid de olika databaserna genererade i 2542 träffar vars titlar och studiedesign avgjorde de 131 abstracts som lästes igenom. Av dessa abstracts lästes 30 artiklar, varav åtta stycken artiklar valdes ut genom att de svarade mot uppsatsens syfte och uppsatta inklusionskriterier. Författarna valde att beställa fyra stycken artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext. Ytterligare en artikel hittades genom att studera relevanta artiklars referenslistor. Sammantaget bygger resultatet i denna uppsats på nio stycken kvalitativa artiklar, och sökningen genomfördes i januari och februari 2019. För detaljerad sökning se sökmatrix i bilaga 1.

6.1.4 Kvalitetsgranskning

Syftet med en kvalitetsgranskning är att på ett objektivt sätt granska och tydliggöra de svagheter och styrkor som finns i en studie (Polit & Beck, 2016). Bedömningen kring vad som sedan utgör en god kvalitet och en sämre kvalitet hos just kvalitativa studier är svår att avgöra enligt Tomas och Harden (2008). Det föreligger en vetenskaplig osäkerhet kring när

och i så fall på vilka grunder en kvalitativ studie bör exkluderas på grund av en bristande kvalitet (a.a).

I denna uppsats har samtliga artiklar genomgått en kvalitetsgranskning i enlighet med en modell för granskning av just kvalitativ forskning. Denna modell är utformad av statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014). Modellen omfattar 21 frågor som sammantaget ger en överblick av studiers styrkor och svagheter, de nio inkluderade artiklar som kvalitetsgranskats enligt SBU (2014) redovisas i bilaga 2.

Fokus vid kvalitetsgranskningen var framförallt att bedöma huruvida artiklarnas resultat var tillförlitligt. Samtliga artiklar bedömdes ha ett tillförlitligt resultat samt en acceptabel kvalitet i övrigt. Likväl ansågs samtliga inkluderade artiklar angelägna för att besvara föreliggande uppsats syfte. Kvalitetsgranskningen genererade därför inte i att någon artikel valdes bort. Samtliga inkluderade artiklar redovisas i bilaga 3.

6.1.5 Dataanalys

Som metod för analys valdes Evans (2002) tolkande analys. Analysen är en beskrivande och tolkande granskning ut av kvalitativ forskning och utförs i fyra steg. Dessa steg är:

1. Insamlande av material
2. Identifiera teman
3. Relatera olika teman mellan studier
4. Beskriva gemensamt framträdande fenomenen.

Det första steget i Evans (2002) tolkande dataanalys handlar om att beskriva och motivera valet av artiklar. Detta görs genom en tydlig redogörelse för i vilka databaser artiklarna påträffades, samt en tydlig redogörelse av urvalsprocessen.

Det andra steget i denna metod handlar om att lokalisera det som anses utgöra teman i artiklarna. Vid detta steg lästes samtliga artiklar närmare och artiklarna skrevs sedan ut i pappersform och stödanteckningar fördes parallellt under läsningen. Artiklarna sammanfattades sedan på svenska. Det uppmärksammades under läsningen att upplevelsen kring fastspänning kunde delas upp i strax *innan* fastspänning, *under* tiden man blir och är fastspänd, samt *efter* fastspänning. Resultatets teman kom att utgöras av *innan*, *under* och *efter* fastspänning. De viktigaste fynden som gjordes i varje artikel markerades ut.

Evans (2002) beskriver det tredje steget i sin tolkande dataanalys med att en identifiering av likheter, skillnader samt intressanta fynd ska göras. Man ska sedan utgå från

dessa likheter, skillnader samt intressanta fynd för att finna nya teman och i analysprocessen för att identifiera subteman. Författarna till denna uppsats skrev om likheter, skillnader och intressanta fynd på olikfärgade post-it-lappar som sedan placerades ut i olika högar för att skapa överblick. Samtliga artiklar och tillhörande sammanfattningar lästes sedan fler gånger och diskuterades författarna sinsemellan för att inte missa väsentligheter och undvika feltolkningar. Vid diskussion kring artiklarnas likheter, skillnader och dess sammanfattningar blev subteman framträdande.

Det fjärde steget enligt Evans (2002) tolkande dataanalys handlar om att syntetisera vidare de teman och subteman som framkommit i resultatet så att dessa sammanvävt visar på en ny och fördjupad kontext. En syntetisering utkristalliserades av samtliga teman *innan, under och efter* fastspänning som: *Patienters utsatthet skapar längtan efter en vårdande kommunikation*

De teman med subteman som utkristalliserats och utformat syntetisering presenteras i resultatet i Figur 1.

7. Forskningsetiska överväganden

I forskningssammanhang är det av största vikt att forskare reflekterar över sin förståelse så att forskningen inte blir medvetet eller omedvetet vinklad för att passa in i en för forskaren passande hypotes (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Författarna till denna uppsats reflekterade kontinuerligt genom hela skrivprocessen kring att inte medvetet, eller omedvetet påverka uppsatsens resultat i någon specifik riktning. Författarna har ej upplevt svårigheter relaterat till översättning från det engelska språket till det svenska. Samtliga inkluderade artiklar har genomgående diskuterats igenom tillsammans. Detta i syfte att jämföra den enskilde författarens översättning, samt för att minimera risken för missförstånd vid översättning.

Denna uppsats är även gjord i enlighet med Evans (2002) tolkande dataanalys. Vilket innebär att författarna i föreliggande uppsats har följt ett strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt. Uppsatsen har dessutom blivit till i ett reflekterande sammanhang, detta bestående av grupphandledning. Handledaren gav under processen stöd och betydelsefull information. Med detta sammantaget anses risken för att ha påverkat uppsatsen i någon riktning som liten. Samtliga artiklar som återfinns i resultatdelen av föreliggande uppsats är även vetenskapligt granskade, vilket minimerar risken för att oetiska forskningsresultat lyfts fram. Sju av de nio utvalda artiklarna är forskningsetiskt granskade. I två av de inkluderade

artiklarna framkom ej huruvida de var forskningsetiskt granskade, detta berörde de två äldre artiklarna från 1998 och 1999.

8. Resultat

Syftet med denna uppsats var att beskriva patienters upplevelser kring tvångsåtgärden fastspänning. Resultatet grundar sig på nio vetenskapliga artiklar. Artiklarna kommer från Kanada, USA, Sverige, Norge, Danmark, Finland och Kina (Hongkong). De flesta studier är utförda på en allmänpsykiatrisk avdelning där både män och kvinnor sammantaget deltagit i ungefär lika stor utsträckning. En studie är dock från en rättspsykiatrisk avdelning. I en annan studie ingår endast kvinnor med historik av att ha blivit sexuellt utnyttjade och deras upplevelse kring fastspänning. I samtliga studier beskrevs patienterna vara myndiga.

I föreliggande resultat identifierades tre teman samt tio subteman enligt Evans tolkande dataanalysmetod. Teman är upplevelser hos patienter *innan* fastspänning, upplevelser *under* fastspänning och upplevelser *efter* fastspänning. Subteman tillhörande dessa olika teman som identifierades samt dess syntes visas nedan i figur 1.

8.1 Figur 1. Teman och subteman som identifierats samt syntes

<i>Innan</i> Fastspänning	<i>Under</i> Fastspänning	<i>Efter</i> Fastspänning
<ul style="list-style-type: none"> - Patienters upplevelse av en bristande och provokativ vård - Patienters önskan av vård när den upplevs bristande och provokativ 	<ul style="list-style-type: none"> - Maktlöshet och rädsla - Känslan av att vara totalt utlämnad och försvarslös - En förlorad verklighetsuppfattning - Fastspänning som något säkert och tryggt - Patienters upplevelse av personalens bemötande - Patienters synpunkter på personalens bemötande 	<ul style="list-style-type: none"> - Patienters behov av att få delge sin uppfattning, samt skapa möjlighet till förståelse. - Negativa konsekvenser av fastspänning

Syntes

Patienters utsatthet skapar längtan efter en vårdande kommunikation

8.2 Innan fastspänning

Med temat *Innan* fastspänning redogörs för upplevelser som framkom hos patienter strax innan en fastspänning inträffade. Upplevelser av en bristande vård framkom vilket visade sig genom en upplevelse av att utsättas för provokation av personal. Vårdavdelningens miljö upplevdes inte som vårdande, vilket kom att skapa känslor av frustration över det egna psykiska tillståndet likväl som över den rådande situationen.

8.2.1 Patienters upplevelse av en bristande och provokativ vård

Flera studier lyfte fram hur informella regler och vårdmiljön i sig hade betydelse för patienternas mående. Indirekt ansågs detta utav patienter som en inverkan för fastspänning som vidtagande åtgärd (Jacob, Holmes, Rioux & Corneau, 2017; Johnson, 1998; Tingleff, Hounsgaard, Bradley & Gildberg, 2018). En vårdavdelning med kala, mörka rum utan vidare inredning eller belysning uppfattades som skrämmande och stressande istället för lugnande och vårdande ut av patienter (Jacob et al., 2017). Patienternas medvetenhet kring att befinna sig på en låst avdelning och tvungna till att följa avdelningens regler beskrevs som utmanande. Att ständigt vara övervakad upplevdes i en sådan kontext som någonting påfrestande (a.a.).

Flertalet studier visade på att patienter upplevde en vårdmiljö fylld av regler och ett negativt förhållningssätt hos personalen som direkt inverkan för fastspänning (Jacob et al., 2017; Johnson, 1999; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). Patienter beskrevs bli upprörda över att inte få använda telefon eller att få lämna avdelningen för frisk luft (Tingleff et al., 2018). Vårdavdelningens informella regler kunde anses kränkande och leda till att patienter kände sig nedvärderade och underordnade personalen (a.a.). Flera patienter gav uttryck för hur personalen kunde redogöra för avdelningens regler på ett provocerande sätt (Jacob et al., 2017; Wynn, 2004). Personalen kunde ha tillrättavisa röstlägen, begränsa aktiviteter på avdelningen och hänvisa patienten tillbaka till sitt rum (Jacob et al., 2017). Ofta kunde detta bidra till meningsskiljaktigheter där slutligen personal verbalt uppgav en gränssättning för patienten, som i vissa fall ledde till fastspänning (Johnson, 1998; Wynn, 2004). Det upplevdes likaså som provocerande när personal ignorerade att svara på frågor om exempelvis patienters läkemedel (Ejneborn Looi, Engström, & Sävenstedt, 2015; Tingleff et al., 2018). Press från personal om att ta sin medicin kunde även göra att man slutligen tappade kontrollen över sin aggressivitet vilket föranledde fastspänning (Wynn, 2004). Att inte bli lyssnad till, bli tillfrågad över sitt mående eller förstörd gav upphov till känslor av likgiltighet

och övergivenhet hos patienter. Detta kunde orsaka ett självskadebeteende vilket föranledde fastspänning (Ejneborn Looi et al., 2015).

Det redogörs för hur patienter i frustration över vården i sig och personalens bemötande dunkat sitt huvud i väggen, slagit eller rivit sig själva som direkt orsak till fastspänning (Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop, McCay, Cuha & Khan, 1999). Patienters upplevda provokation från personal och vårdmiljö kunde leda till en upptrappad frustration och känsla hos patienter av "att explodera" vilket föranledde fastspänning genom att patienter uppvisade ett aggressivt beteende (Tingleff et al., 2018). Patienter kunde även känna sig inträngda i ett hörn och känna ett starkt behov av att försvara sig (Wynn, 2004). En studie uppgav att en orsak till fastspänning även kunde vara verbala konflikter med andra patienter (Gallop et al., 1999).

Upplevelsen av att inte bli behandlad med respekt, att inte bli tilltalad eller få utrymme till ensamtid tillsammans med personal skapade känslor av övergivenhet (Ejneborn Looi et al., 2015). Det framkom att patienter kände sig maktlösa inför både situationen och i sitt psykiska mående i stunder av tidsbrist samt ignorans från personal (Ejneborn Looi et al., 2015; Wynn, 2004).

Det framkommer även hur patienter kämpar mot sin inre frustration och psykiska mående i vetskap om att personalen kan ta till fastspänning som åtgärd (Tingleff et al., 2018). Vid oförmåga att hantera sitt psykiska mående och upprepade tillrättavisanden från personal, upplevde patienter det som att vården utgjordes av ett hot om föreliggande fastspänning (Johnson, 1998; Wynn, 2004). Det förekom att patienter blev direkt varnade ut av personalen om att fastspänning skulle ske om de inte ändrade sitt beteende (Wynn, 2004).

Vid psykotiska tillstånd och avsaknad sjukdomsinsikt uppstod en känsla av förlorad kontroll (Chien, Chan, Lam & Kam, 2005). Flera patienter uppgav en övermannande känsla av aggressivitet och förvirring som skapade kontrollförlust. Att personal då tog över och kontrollerade patienten genom fastspänning kunde uppfattas som tryggt och vårdande (a.a.)

8.2.2 Patienters önskan av vård när den upplevs bristande och provokativ.

Det framkom i flertalet studier att patienter ansåg att personalen skulle hanterat deras utåtagerande på ett mer strategiskt vis. Exempelvis med att ge dem en andra chans till bättre beteende istället för att ta till fastspänning som åtgärd (Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnsson, 1998; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). En önskan om att bara få bli lämnad ifred på sitt rum framkom (Chien et al., 2005; Tingleff et al., 2018).

Flera patienter beskrev betydelsen av närvarande och engagerad personal som en viktig faktor för att undvika fastspänning (Chien et al., 2005; Ejneborn Looi et al., 2015; Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki, 2012; Jacob et al., 2017; Lanthen, Rask & Sunnqvist, 2015; Wynn 2004). En studie nämnde det som betydelsefullt med ett tillgodosett behov av att få spendera tid ensam med personal (Ejneborn Looi et al., 2015).

8.3 Under fastspänning

Med temat *under* fastspänning redogörs för upplevelser hos patienter under tiden de blev och var fastspända. Upplevelsen kännetecknas av patienters maktlöshet och rädsla. Känslan av maktlöshet utgjordes framförallt av en rädsla. Denna rädsla stegrade i ju högre utsträckning som patienten upplevde situationen kring fastspänning fylld av ovisshet. Upplevelsen kring fastspänning kännetecknas även ut av känslan av att vara totalt utlämnad. Denna upplevelse är tydligt förknippad med kontrollförlust och en oförmåga till att kunna ta hand om den egna kroppen. En upplevelse om förlorad verklighetsuppfattning framkom likaså, samt patienters uttryckta behov och synpunkter kring personalens bemötande och agerande.

8.3.1 Maktlöshet och rädsla

Att vara fastspänd i en bältessäng beskrivs som en känsla av total maktlöshet och att vara fullständigt beroende av personalen (Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnson, 1998; Lanthen et al., 2015). Att vara fastspänd kunde även upplevas som någonting skamfyllt vilket orsakade en känsla av sårbarhet hos patienter (Wynn, 2004).

Patienter uppfattade även situationen kring fastspänning som nedvärderande och omänsklig (Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnson, 1998; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018).

Rädsla och ångest var en av de vanligaste känslorna hos patienterna medan de var fastspända (Chien et al., 2005; Gallop et al., 1999; Johnsson, 1998; Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015). Rädslan beskrevs i en studie som en av de värsta rädslorna som patienten upplevt (Lanthen et al., 2015). Rädslan var tydligt förknippad med en ovisshet om hur länge man skulle vara fastspänd. (Chien et al., 2005; Lanthen et al., 2015) Denna rädsla förknippad till ovissheten ökade i takt med desto längre man var fastspänd (a.a.). I en studie framkom en rädsla över att bli lämnad ensam i bältessängen (Wynn, 2004). Känslan av total kontrollförlust och maktlöshet beskrevs som skräckinjagande (Lanthen et al., 2015) och upplevelsen av att utsättas för någonting tortyrliknande genom att vara fastspänd framkom i

en studie (Gallop et al., 1999). Rädslan ökade för de patienter med erfarenhet av tidigare sexuella övergrepp desto mer manlig personal som deltog i fastspänningen (a.a.). En rädsla inför att dö under fastspänning och tankar kring huruvida personal skulle uppmärksamma om man avled framkom i en studie (Johnson, 1998).

8.3.2 Känslan av att vara totalt utlämnad och försvarslös under fastspänning

En känsla av att vara totalt utlämnad kunde urskiljas som att inte kunna hantera och sköta sina basala behov. Att bli nekad toalettbesök och behöva uträtta sina behov i bäcken upplevdes förödmjukande. Vissa patienter uppgav sig oförmögna att göra detta, vilket föranledde nedkissade lakan (Chien et al., 2005; Johnsson, 1998). Att känna sig utlämnad kunde också beskrivas genom situationer där patienter behövde uträtta basala behov som att urinera i en kopp framför personal (Johnsson, 1998). Att få en arm lossad ur bältessängen för att försöka äta (Chien et al., 2005), eller vara fortsatt fastspänd för att bli matad beskrevs som nedvärderande, utlämnade och hjälplöst (Johnsson, 1998). Lika känslor skildrades när patienter upplevde att det kliade någonstans på kroppen (a.a.) eller att känna törst utan möjlighet att få dricka vatten (Kontio et al., 2012).

Känslan av att inte kunna försvara sig medan man var fastspänd upplevdes som skrämmande (Chien et al., 2005; Johnson, 1998). I en studie uttrycktes en reell rädsla för att någon i personalen skulle komma att skada en medan man var fastspänd (Johnson, 1998). I en annan studie framkom en eskalerande rädsla hos patienter kring att vad som helst kan hända relaterat till att det under fastspänning är fullkomligt omöjligt att försvara sin kropp genom orörligheten (Gallop et al., 1999). Känslan av att vara fullständigt försvarslös framkom tydligt i flera studier. Detta inverkade i sin helhet på den negativa upplevelsen av fastspänning (Chien et al., 2005; Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop et al., 1998; Jacob et al., 2017; Lanthen et al., 2015).

8.3.3 En förlorad verklighetsuppfattning under fastspänning

Erfarenheter av att inte stå ut i känslorna av att bli fastspänd och en oförmåga kring att hantera sina känslor kunde leda till ett tillstånd av förvirring, överklighetskänslor och dissociation hos patienter (Chien et al., 2005; Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Lanthen et al., 2015; Wynn, 2004). Många patienter förlorade helt tidsperspektivet i bältessängen (Lanthen et al., 2015). Att bli fastspänd kunde framkalla minnen av tidigare sexuella övergrepp likväl som andra övergrepp (Gallop et al., 1999; Wynn, 2004). Även minnen från tidigare fastspänningar

kunde under fastspänning återupplevas som traumatiserande (Wynn, 2004). Under fastspänning kunde även patienter få obehagliga visuella hallucinationer (a.a).

8.3.4 Fastspänning som något säkert och tryggt

Flera artiklar kunde redovisa att fastspänning ibland kunde uppfattas som någonting nödvändigt ut av patienter (Chien et al., 2005; Jacob, et al., 2017; Lanthen et al., 2015; Wynn, 2004). Att bli fastspänd kunde leda till en känsla av säkerhet, trygghet och att någon tog kontroll över ens aggressivitet. Det var en trygghet att veta att personalen hade den kapacitet som då uppfattades som professionell (Chien et al., 2005). Upplevelser av att fastspänning kunde stoppa en växande känsla av att inte ha kontroll, och på ett säkert och tryggt vis hindra patienten från att skada sig själv eller sin omgivning framkom likaså (Lanthen et al., 2015).

I en artikel framkom att patienter ibland önskade själva att de skulle bli fastspända (Tingleff et al., 2018). Vissa patienter redogjorde för att fastspänning kunde generera i ett uppskattat och genuint lugn (Chien et al., 2005; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004).

8.3.5 Patienters upplevelse av personalens bemötande

I en artikel framkom det att personalens kommunikation vid fastspänning var den enskilt viktigaste faktorn för patienters upplevelse (Lanthen et al., 2015) Personal som var aktivt närvarande, utstrålade värme, trygghet och säkerhet under fastspänning gjorde att patienten upplevde fastspänningen mer positivt och hanterbart (Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015). Tydlig kommunikation om vad som händer och komma skall upplevs av patienter som vårdande och hjälpsfullt (Chien et al., 2005). Det visade sig i flera studier vara viktigt för patienter att bli behandlad med respekt under fastspänning (Chien et al., 2005; Ejneborn Looi et al., 2015; Jacob et al., 2017; Kontio et al., 2012). I en studie exemplifieras upplevelsen av respektfullt bemötande genom att bli erbjuden något att dricka, tillfrågad huruvida man låg obekvämt eller hade ont (Chien et al., 2005). Respekt innefattades även av att bli betraktad som en person bakom sina psykiatriska symptom medan man låg fastspänd (a.a).

Två studier beskrev hur flera patienter upplevde ett för våldsamt ingripande av personalen vid fastspänning i bältessäng (Chien et al., 2005; Wynn, 2004). Patienterna beskrev detta som någonting orättfärdigt och upplevelsen av fastspänning förknippades med att man blev utsatt för en bestraffning (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004)

8.3.6 *Patienters synpunkter på personalens bemötande*

I flertalet artiklar framkom det att om personalen kommunicerade på ett tydligt sätt till patienten under fastspänning så ledde det till en mer positiv upplevelse (Chien et al., 2005; Ejneborn Looi et al., 2015; Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015).

Flera artiklar beskrev att patienterna uppfattade det som negativt att personalen ofta var tysta och enbart observerade medan patienten låg fastspänd, (Chien et al., 2005; Jacob et al., 2017; Kontio et al., 2012; Tingleff et al., 2018) eller att de bara kikade in på dem ibland utan att säga något (Johnsson, 1998) Att inte få svar på sina frågor kunde leda till en känsla av att man inte existerade (Chien et al., 2015). Patienter uttryckte önskemål om att få veta hur länge de skulle vara fastspända och vad som krävdes av dem för att de skulle få komma loss (Tingleff et al., 2018).

Patienterna önskade sig kommunikation och kontakt med personalen under fastspänning (Kontio et al., 2012; Tingleff et al., 2018). Mänsklig kontakt och närvaro beskrevs som viktigt (Kontio et al., 2012) och beröring som en hand på axeln i bältessängen kunde uppfattas som lugnande (Lanthen et al., 2015). Vetskapen om att någon i personalen satt hos dem under fastspänning hade en lugnande inverkan (Wynn, 2004).

8.4 **Efter fastspänning**

Med temat *efter* fastspänning redogörs för upplevelser som framkom hos patienter efter en fastspänning. Dessa upplevelser kantas av en önskan om förståelse och att få information. Upplevelser av att genom fastspänning blivit utsatt för någonting traumatiserande framkom likaså.

8.4.1 *Patienters behov att få delge sin uppfattning samt skapa möjlighet till förståelse*

Personal som lyssnade in, läste av, uppmärksammade patientens tillstånd och behov, ansågs vara av stor vikt för patienters mående (Chien et al., 2005; Ejneborn Looi et al., 2015; Jacob et al., 2017; Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015; Wynn, 2004;). Det framkom som ett behov hos patienter att få prata igenom situationen kring fastspänning tillsammans med personal (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). Att skapa förståelse kring anledning till fastspänning lyftes fram som betydelsefullt för patienter att ha kännedom kring (a.a.). Information kring händelseförlopp

och aktuellt tillstånd kunde skapa förbättrad sjukdomsinsikt (Chien et al., 2005). Det framkom även som väsentligt att patienter gavs möjlighet till att delge sin subjektiva upplevelse tillsammans med personal (Lanthen et al., 2015).

Flera studier lyfte fram patienters önskemål om alternativ lösning och åtgärd till fastspänning. Patienter uttryckte önskemål om att de borde fått en andra chans till att lugna ner sig (Tingleff et al., 2018). Patienter uppgav att om de bara lämnats ifred på rummet hade fastspänning inte behövt ske (Wynn, 2004).

I några av studierna framkom att fastspänning kunde betraktas som beskyddande (Chien et al., 2005; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). Patienter uppgav med självinsikt att fastspänning varit det enda alternativet i stunden. Vissa uppgav också att fastspänning upplevdes lugna kropp och själ utifrån det tillstånd som patienten befann sig i (a.a.).

8.4.2 Negativa konsekvenser av fastspänning

Det framkom att flertalet patienter minns fastspänning som en mycket negativ händelse (Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnsson, 1998; Kontio et al., 2015; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). I en studie rapporterade samtliga att de strax efter fastspänning kunde känna en viss muskelsmärta i kroppen, vissa kunde visa upp blåmärken där bältesremmar suttit (Wynn, 2004). Många upplevde fastspänning som onödigt långdragen (Chien et al., 2005; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004).

Flertalet patienter bevitnade händelsen kring fastspänning som traumatisk, med återkommande mardrömmar och en negativ syn och brist på tillit till den psykiatriska vården (Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop et al., 1999; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018). Det framkom att den allmänna upplevelsen av vårdtiden blev försämrad efter en fastspänning, och vårdtiden kunde präglas ut av en rädsla för att det skulle hända igen (Wynn, 2004).

8.5 Patienters utsatthet skapar längtan efter vårdande kommunikation

Sammantaget framkommer i föreliggande uppsats resultat att patienter upplever en utsatthet i förhållande till situationen kring fastspänning. Detta skapar hos patienten en längtan efter en vårdande kommunikation. Detta uttrycks av patienter både innan, under och efter en fastspänning.

Patienter upplever en inre frustration och kan uppleva fastspänning som ett föreliggande hot uttryckt av personalen. Detta samtidigt som de är oförmögna att kunna kontrollera sitt psykiska tillstånd. Hotet kan av patienter uppfattas som ett straff. Patienter uttrycker även en

önskan om att bli bemötta och bekräftade, och har i dessa situationer ett behov av en vårdande kommunikation.

Patienters utsatthet under fastspänning visar sig framförallt genom maktlöshet som uttrycks i form av rädsla och försvarslöshet. Patienter upplever likväl en kontrollförlust genom en utlämnad och fastspänd kropp, oförmögen till att kunna sköta sina basala behov.

När ett förvirrat, kaotiskt och i vissa fall utåtagerande tillstånd skall vårdas och omhändertas av personal genom fastspänning så upplever den utsatta patienten ofta personalens agerande och bemötande som en ytterligare påfrestande faktor. Det krävs därmed ett genuint, personcentrerat bemötande och en vårdande kommunikation för att denna makt som vårdpersonal av patienter uppfattas utstråla istället ska uppfattas som läkande och vårdande för den utsatte patienten. Det framkommer med tydlighet och genomgående i denna uppsats resultat, en önskan från patienter om en vårdande kommunikation från vårdpersonal under fastspänning.

Ett behov av reflektion och samtal framkommer hos patienter efter en fastspänning i resultatet. Ett behov av att få ge uttryck för sin upplevelse, och få återkoppling kring frågeställningar har visat sig vara viktigt för patienter. Aktivt närvarande personal som är tillgänglig, vänlig och på ett mänskligt och respektfullt sätt bemöter patienten utifrån en vårdande kommunikation skapar möjlighet till förståelse kring fastspänning. Efter en fastspänning upplever patienter en utsatthet som riskerar att rasera förtroendet för den psykiatriska vården. Det har i föreliggande uppsats framträtt som vitalt hos patienter att ges möjlighet till att samtala om situationen kring fastspänning. En vårdande kommunikation tillsammans med vårdpersonal har visat sig vara läkande för den utsatte patienten som genomgått en fastspänning. Det framförs likaså att patienter som delges möjlighet till reflektion kan resultera i känslan av förbättrad sjukdomsinsikt samt framledes ha ett kvarstående förtroende för den psykiatriska vården.

9. Diskussion

9.1 Metoddiskussion

I nedanstående metoddiskussion problematiserar och diskuterar författarna till föreliggande uppsats kring de kvalitetsbegrepp som anses vara användbara för granskning av kvalitativa studier. Enligt Graneheim och Lundmans (2004) granskning av kvalitativ forskning är syftet med kvalitetsbegreppen att studera studiers tillförlitlighet. Detta är något som även Polit och Beck (2016) instämmer i. För att utvärdera tillförlitligheten bör kvalitetskriterier som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet diskuteras (Graneheim och Lundman, 2004; Polit och Beck, 2016). Polit och Beck (2016) anser även att kvalitetsbegreppen konfirmerbarhet och autencitet bör diskuteras. Denna uppsats diskuteras nedan gällande dess utförande, dess styrkor och dess svagheter i förhållande till ovan nämnda kvalitetsbegrepp.

9.1.1 Trovärdighet

Studiers trovärdighet har enligt Polit och Beck (2016) att göra med graden av förtroende för den tolkning som har gjorts av det sammanställda datamaterialet. För att kunna bedöma tolkning är det därför nödvändigt att insamling av data samt dataanalysen är väl beskriven och tydliggjord (a.a.).

Tillsammans med en bibliotekarie konstaterades det vid sökandet av vetenskapliga artiklar att "fastspänning" inte hade något ämnesord eller någon "MeSH" term knutet till sig. "Fastspänning" direkt översatt som "mechanical restraint/restraints" framkom som mest relevant utifrån syftet med denna uppsats. Vid begränsning till fritextsökning av "Mechanical restraint" blev sökträffarna 783 stycken i Pubmed. Detta innebar ett stort material att gå igenom och liknande scenario uppstod i övriga databaser vid sökning av "Mechanical restraint". Författarna ansåg det dock möjligt att scrolla igenom samtliga titlar för att se om någon artikel motsvarade uppsatsens syfte. Genom att läsa titeln sorterades flertalet ej relevanta artiklar bort. Ytterligare en strategi utformades för att begränsa antalet sökträffar genom att söka på samtliga begrepp som påträffats för att benämna fastspänning i kombination med "psychiatr*". En filtrering kring att artiklarna skulle vara publicerade i vårdvetenskapliga tidskrifter och/eller psykiatriska tidskrifter användes också. Antalet sökträffar minskade något med denna metod men får ändå bedömas som förhållandevis hög.

En svaghet i denna uppsats kan vara den stora mängden artiklar som gicks igenom, det går inte helt att utesluta att någon artikel med relevans för denna uppsats kan ha missats.

Författarna insåg vid sökning i de övriga databaserna, PsychINFO och Cinahl, att kvalitativa artiklar som ansågs kunna motsvara uppsatsens syfte inte fanns tillgängligt i större utsträckning än vad som påträffades i PubMed. Få av de inkluderande artiklarna har påträffades i PsychINFO och Cinahl. Varför de flesta artiklar påträffades i PubMed anser författarna bör ha att göra med att PubMed är den allra största databasen och ämnesområdet är ett snävt sådant.

För att undvika och missa någon artikel med relevans har referenslistor studerats mycket nogga. Detta gäller samtliga inkluderade artiklar i resultatet samt i övriga relevanta vetenskapliga publikationer. En av de inkluderade artiklarna påträffades inte i sökningen utan endast genom att studera referenslistor. I kombination med de breda sökningarna och studerandet av flertalet referenslistor ses det som sannolikt att de nio inkluderade artiklarna i resultatet är den kvalitativa forskning som idag existerar på detta sparsamt beforskade område, vilket betraktas som en styrka med denna uppsats.

Författarna till denna uppsats har kontinuerligt ifrågasatt huruvida det resultat som läggs fram svarar på dess syfte och frågeställningar. Detta anses det göra och detta stärker denna uppsats trovärdighet. En annan styrka kring uppsatsens trovärdighet anses vara användandet av Evans (2002) metod för dataanalys. Samtliga artiklar som ingår uppsatsens resultat har granskats enligt SBU (2014) mall för kvalitativ forskning. Vid en systematisk litteraturoversikt skall en granskning av kvalitén göras enligt Forsberg och Wengström (2003), det är emellertid inte vetenskapligt klarlagt kring rimligheten att bedöma kvalitén vid just kvalitativ forskning enligt Thomas och Harden (2008). Att denna uppsats gjort en kvalitetsgranskning anses dock vara en styrka. Detta för att det visar på en transparens och synliggör de inkluderade artiklarnas styrkor och svagheter.

En av artiklarna i uppsatsens resultat redogör för patienters upplevelser som berör både fastspänning samt avskiljning. Författarna bedömde att denna artikels resultat inte var otydligt huruvida det gällde specifikt patienters upplevelser kring fastspänning, varpå den artikeln valdes att inkluderas.

9.1.2 Pålitlighet

Pålitlighet är ett kvalitetsbegrepp som är nära förknippat med trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2016) beskrivs dessa vara beroende av varandra, då trovärdighet inte kan uppnås utan pålitlighet. Pålitlighet utgörs specifikt av att en studies resultat ska vara stabilt över tid (a.a).

För att nå upp till en rimlig nivå av artiklar i resultatet har forskning publicerad mellan 1998-2018 använts. Författarna gjorde bedömningen att upplevelsen av fastspänning bör vara

en subjektiv upplevelse som på 20 år inte förändrats nämnvärt. Mer än 20 år beslutades dock vara mindre rimligt att utgå ifrån, då det dessförinnan börjar närma sig de stora mentalsjukhusens epoker. Detta ansågs eventuellt kunna utgöra ett annat fenomen avseende upplevelsen av fastspänning varpå äldre artiklar än så valdes att exkluderas. Det kan dock tilläggas att de två inkluderade artiklarna från 1998 och 1999 beskriver de allra mest negativa upplevelserna kring fastspänning. Det går ej helt att utesluta att det skulle kunna bero på att dessa artiklar beskriver en psykiatrisk vård som vi idag utvecklats i från. I sådana fall skulle dessa artiklar kunna påverka resultatet i denna uppsats åt en mer negativ riktning, och detta får i så fall betraktas som en svaghet. Det skulle också kunna handla om att den ena av dessa artiklar studerat kvinnor med historik av sexuella övergrepp och deras upplevelse av fastspänning, vilket kan antas generera en mer negativ upplevelse av fastspänning än hos den övriga populationen. Det framgick inte huruvida artiklarna från 1998 och 1999 var forskningsetiskt granskade. En orsak skulle kunna vara att artiklarnas design och utformande har utvecklats sedan dess. I dessa artiklar bedömdes det ej förekomma oetisk forskning i någon utsträckning.

9.1.3 Konfirmerbarhet

Konfirmerbarhet har att göra med objektivitet och huruvida ett resultat är utformat neutralt av författarna, utan inslag av förförståelse eller utifrån egna perspektiv (Polit & Beck, 2016). En noggrannhet med att reflektera över egna förhållningssätt och förförståelse har gjorts. Dels tillsammans, samt med handledare och i handledningsgrupp, detta för att de data som framträtt inte ska riskera misstolkning. Föreliggande uppsats konfirmerbarhet anses även ha stärkts vid de flertal handledningstillfällen samt vid det mittseminarium där arbetet fått kritik och respons. Sammantaget är detta en strategi som stärker uppsatsens konfirmerbarhet (Polit & Beck, 2016).

9.1.4 Överförbarhet

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet kan överföras eller generaliseras i andra sammanhang eller kontexter (Polit & Beck, 2016). En strävan har varit att så tydligt som möjligt beskriva samtliga steg i processen fram till resultatet. Detta har gjorts i löpande text men även i matriser gällande sökningar, inkluderade artiklar samt en kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar. Detta anses av författarna kunna bidra med tillräcklig information för läsaren att ta ställning till överförbarheten.

Som inklusionskriterie för artiklarna avsågs att studierna skulle vara utförda i länder med en västerländsk kontext. Detta bedömdes som nödvändigt för att kunna sammanställa och sedan uttala sig om patienters upplevelse av fastspänning inom psykiatrisk vård. Länder med en annan kontext och kultur ansågs kunna ha en alltför skild syn på psykisk sjukdom och vård för att vara jämförbara. Samtidigt anser författarna att de inkluderade artiklarna som är utförda i Sverige, Norge, Danmark, Finland, Kanada, USA och Kina (Hong Kong) anses utgöra en påtaglig bredd och variation gällande olika länder utifrån en västerländsk kontext. Detta är till fördel enligt Thomas och Harden (2008) och av väsentlighet för att en studie skall uppnå en konceptuell utbredning som gör den möjlig att överföra till en bredare kontext. Författarna anser att bredden gällande de olika länder de inkluderade artiklarna kommer ifrån, skapar möjlighet till överförbarhet i ett relativt brett västerländskt sammanhang. Detta ses som en styrka i föreliggande uppsats. Den studie utförd i Hong Kong som inkluderades i uppsatsens resultat, ansågs vara relevant då det uppmärksammades att samtliga inkluderade artiklar i denna uppsats och även annan relevant litteratur som återfinns i bakgrunden till föreliggande uppsats refererat till denna.

Argument kring huruvida föreliggande uppsats anses uppnå konceptuell mättnad enligt Thomas och Harden (2008) är det faktum att inkluderade artiklar omfattar ett resultat som varierar i kontext. Även om alla inkluderade artiklar syftar till att undersöka patienters upplevelser av fastspänning, finns det en viss bredd gällande vilka patienter som deltar. Exempelvis undersöker en artikel endast kvinnor med historik kring sexuella övergrepp som blivit fastspända, en annan artikel redogör för fastspänning i förhållande till självskadebeteende och ytterligare en artikel redogör för patienters upplevelser av fastspänning inom en rättspsykiatrisk vårdkontext. Detta anses vara en styrka i föreliggande uppsats.

Ett stort antal artiklar påträffades under sökningen som rörde patienters upplevelse av tvångsvård i allmänhet eller tvångsåtgärder i stort, såsom upplevelsen av fastspänning i kombination med exempelvis avskiljning och tvångsmedicinering. Författarna har lagt stor vikt vid att endast beskriva patienters upplevelse av fastspänning specifikt, och därmed valt att exkludera flertalet artiklar där det varit svårt att avgöra huruvida upplevelsen som beskrivs är en kombination av tvångsåtgärder eller en renodlad upplevelse av fastspänning. Detta skulle kunna ses som både en styrka och en svaghet. Styrkan ligger i att denna uppsats verkligen svarar på vad som varit dess syfte vilket även blir till en fördel gällande uppsatsens överförbarhet. Samtidigt går det inte helt att utesluta att resultatet hade fått fler betydelsefulla dimensioner såvida artiklar beträffande patientens upplevelse av tvångsvård i allmänhet eller

tvångsåtgärder i stort hade inkluderats. Några få studier påträffades som handlade om fastspänning i psykiatrisk vård när patienter med anorexia nervosa behöver sondmatas med tvång. Dessa valde författarna att utesluta, trots att de formellt sätt uppfyllde uppsatsens inklusionskriterier. Detta då det ansågs utgöra ett fenomen skilt ifrån vad denna uppsats syfte var.

9.1.5 Autenticitet

Det sista kvalitetsbegreppet handlar om autenticitet vilket innebär att uppsatsen ska vara skriven med ett språk som syftar till att vara autentiskt och korrekt för det man avsett att beskriva (Polit & Beck, 2016). Författarna har strävat efter att återge patienters beskrivningar kring upplevelsen av fastspänning och deras omvårdnadsbehov på ett så detaljerat, nyanserat och uttrycksfullt sätt som möjligt. Författarnas modersmål är svenska och alla nio inkluderade artiklar är skrivna på engelska, detta medför att det finns viss risk för feltolkning vid översättning. Då författarna översatt var för sig och tillsammans för att sedan sammanställa ansågs detta förminska denna risk i sin helhet.

9.2 Resultatdiskussion

De centrala fynd som framkommit i uppsatsens resultat är att patienter upplever en utsatthet i situationen kring fastspänning samt att patienter har ett genomgående behov av en vårdande kommunikation i denna situation. I följande diskussion kommer dessa centrala fynd lyftas fram och diskuteras i förhållande till Erikssons teori om vårdlidande (1994) samt i förhållande till den forskning om sjuksköterskors upplevelse av fastspänning som berörts i uppsatsens bakgrund. Utvalda fynd i uppsatsens resultat kommer också att diskuteras i relation till fyra utvalda studier som har en kvantitativ ansats och berör patienters erfarenheter av fastspänning.

9.2.1 Patienters utsatthet kring fastspänning

Enligt Eriksson (1994) teori om vårdlidande är den första komponenten kränkning av patientens värdighet den väsentligaste, och det är kring den som upplevelsen av vårdlidande i princip alltid kretsar kring.

Dahlberg (2002) har i en kvalitativ studie med fenomenologisk ansats lyckats fördjupa förståelsen för Erikssons (1994) teori om vårdlidande. Dahlberg (2002) kommer fram till att vårdlidande i synnerhet uppstår i vårdrelationen. Viktiga fenomen i begreppet vårdlidande är

enligt Dahlberg (2002) exempelvis patienters upplevelse av åsidosättande och maktlöshet, detta är speciellt vanligt för patienter som utsätts för tvång i vården. Centralt fynd i föreliggande uppsats resultat handlar om patienters utsatthet i vårdsammanhanget kring fastspänning. Ett annat fenomen i vårdlidandet är patienters upplevelse av att bli bemötta, uppfattade och behandlade som ett objekt. Enligt Dahlberg (2002) kan en vanlig orsak till vårdlidande vara bristande rutiner och en icke-reflekterande hållning hos vårdpersonalen. I bakgrunden till föreliggande uppsats framkommer att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård i allmänhet upplever fastspänning som nödvändig och berättigande (Wynn, 2015). Sjuksköterskors arbetslivserfarenhet, kön och inställning kan verka avgörande kring det bemötande som sjuksköterskor inom psykiatrisk vård ger, samt hur de bedömer och väljer att agera kring fastspänning (Lindsey, 2009).

Resultatet redogör för patienters negativa upplevelse av fastspänning samt dess konsekvenser som förorsakas. Dock råder konflikt enligt författarna kring sjuksköterskors uppfattning om att fastspänning inte inverkar negativt hos patienten (Wynn, 2015). Vanligt är dock att vårdpersonal är helt omedveten om patientens vårdlidande (Dahlberg, 2002). En förklaring kan vara det faktum att sjuksköterskor i situationer kring fastspänning även reflekterar över det ansvar som utgör att resterande patienter på avdelningen bibehåller en säker och trygg miljö (Riahi et al., 2016). Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård upplever i allmänhet fastspänning som nödvändig och berättigande (Wynn, 2015). Visserligen lyfter sjuksköterskor också fram behovet av etisk diskussion tillsammans med kollegor för att finna stöd och motivation till varför fastspänning sker (Hem et al., 2018).

Den första komponenten enligt Eriksson (1994) teori om vårdlidande är kränkning av patientens värdighet och syftar till att alla människor har lika värde. En kränkning av patientens värdighet innebär därför att patienten fråntas sin rätt att vara en värdig människa. En kränkning av patientens värdighet kan exempelvis uppstå när vården visar en nonchalans kring patienten eller har en alltigenom bristande etisk hållning vid vårdandet. Ifall patienten dessutom är helt utlämnad till personalen och utan förmåga till att själva ta hand om sin kropp uppstår ett oerhört vårdlidande utifrån att patientens värdighet blir kränkt (a.a).

Det framkommer med tydlighet i denna uppsats resultat att när en patient får sina armar och ben fastspända i en bältessäng är detta ofta överensstämmande med det vårdlidande som Eriksson (1994) teoretiserar kring och som Dahlberg (2002) i sin forskning har undersökt närmare. Resultatet i föreliggande uppsats visar att fastspänning är en upplevelse kantad av maktlöshet, rädsla, en känsla av att vara utlämnad samt försvarslös (Chien et al., 2005; Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnson, 1998; Lanthén et al., 2015; Tingleff et al.,

2018; Wynn, 2004). En kvantitativ studie utförd i Österrike (Fugger, Gleiss, Baldinger, Sternad, Kasper & Frey, 2016) vars syfte att studera patienters subjektiva uppfattning kring fastspänning stämmer överens med föreliggande uppsats resultat. Känslan av maktlöshet utgjorde ett centralt fynd (a.a.). Ytterligare kvantitativ forskning utförd i Israel (Spinzy, Maree, Segev, & Cohen-Rappaport, 2018) med syfte att beskriva patienters attityd till fastspänning, uppgav deltagande patienter förlorad autonomi som vanligast förekommande känsloupplevelse. I föreliggande uppsats resultat nämns inte autonomi. Istället förekommer upplevelser från patienter om att vara utelämnad och maktlös. En tanke kring detta enligt författarna till denna uppsats är att kvalitativ forskning har lättare att föra fram patienternas ordval och egna benämningar. Autonomi anses likväl av författarna till denna uppsats vara ett vanligt förekommande begrepp i vården, däremot ett begrepp som används av patienter i föga utsträckning. Författarna till föreliggande uppsats anser dock att förlorad autonomi torde vara likställt med maktlöshet och känsla av att vara utlämnad.

Den medicinska etiken anses vila på fyra viktiga principer (Beauchamp & Childress, 2013). Dessa handlar om att alltid göra gott, aldrig skada, ge en rättvis vård och alltid värna om patientens autonomi. Patientautonomi handlar om självbestämmande. Vårdandet skall utgå från att patienten är ett subjekt med fri vilja och inte ett medicinskt objekt. Patientautonomi förutsätter att patienten tillgodoses med väsentlig information och alternativ till behandling samt erbjuds möjlighet till inflytande. Psykiatrisk tvångsvård innebär ett vårdande som delvis gör ett undantag från denna etiska och juridiska princip (a.a.). Enligt författarna är detta något som även framkommer bland sjuksköterskor i studier (Lindsey, 2009; Perkins et al., 2012). Det nämns en motvillighet inför att utföra tvångsåtgärder samt tveksamhet kring huruvida vårdandet utgår ifrån patientens bästa. Detta i synnerhet när det handlar om fastspänning (a.a).

Vidare anser författarna till föreliggande uppsats att ett vårdlidande uppstår, då fastspänning hindrar patienter från att kunna ta hand om sin egen kropp. I resultatet av denna uppsats framkommer hur patienter nekats att få gå på toaletten, blivit matade och även fått ligga i nedkissade lakan. Detta beskrivs som ovärdigt och omänskligt (Chien et al., 2005; Gallop et al., 1999; Johnson, 1998). Känslor som hjälplöshet, desperation och desorientering hos patienter i situation kring fastspänning framkom frekvent i en kvantitativ studie utförd i Tyskland (Krieger, Moritz, Weil, & Nagel, 2018). Föregående studie styrker i väldigt stor utsträckning den kvalitativa forskning som denna uppsats resultat bygger på (a.a.). I denna uppsats har författarna strävat efter att endast beskriva patientens upplevelse av fastspänning. Studier som berört fastspänning i kombination med exempelvis tvångsmedicinering har därför

exkluderats, tilläggas bör att det dock inte går att utesluta att vissa patienter i inkluderade resultatartiklar ändå blivit medicinerade i samband med fastspänning. Att bli medicinerad under fastspänning tycks vid jämförelse med Fugger et al. (2016) kvantitativa forskning och föreliggande uppsats resultat vara något som leder till minskad ångest och rädsla.

I Fugger et al. (2016) studie framkom att en avsevärd andel av patienterna inte minns sin fastspänning efteråt. Medicinering skulle kunna vara ett skäl till detta, denna uppsats visar dock att patienter likväl kan uppleva en förlorad kontakt med verkligheten genom exempelvis dissociation under fastspänning.

9.2.2 Patienters längtan efter vårdande kommunikation

Den andra komponenten i Erikssons (1994) teori om vårdlidande är fördömelse och straff. Patientens känsla av fördömelse och straff har visat sig uppstå när vården bortser från patienten som ett subjekt och istället i sin auktoritet anser sig kunna avgöra vad som är det bästa för patienten. Den patient som har svårt att foga sig under dessa ramar upplever ofta ett vårdlidande i form av fördömelse och straff från personalen (a.a). Dahlberg (2002) menar att detta orsakar ett utanförskap hos patienterna som fråntar dem möjlighet och rätt att påverka sina hälsoprocesser.

Uppsatsens resultat visar att komponenten fördömelse och straff till viss del går att relatera till uppsatsens resultat. Några studier i uppsatsens resultat genomsyrar en svårighet hos patienter att förhålla sig till personalens ordning och regler vilket kan leda till en eskalerande känsla av frustration som av patienter sedan ansågs orsaka fastspänning (Gallop et al., 1999; Johnson, 1998; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). Känslan av att fastspänning upplevs som en form av straff personalen utövar framkom i flera studier (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Tingleff et al., 2018).

Maktutövning är den tredje komponenten inom teorin för vårdlidande och enligt Eriksson (1994) är maktutövning vanligt förekommande inom vården och orsakar för patienten ett vårdlidande. En upplevelse av maktutövning förekommer i både somatisk och psykiatrisk vård, dock framkommer det som betydligt vanligare vid psykiatrisk tvångsvård (Dahlberg, 2002). Vårdlidandets tredje komponent om maktutövning överensstämmer med uppsatsens resultat. Patientens upplevelse av maktlöshet var en av de allra vanligaste upplevelserna under fastspänning och uttrycks på flera olika sätt (Ejneborn Looi et al., 2015; Gallop et al., 1999; Jacob et al., 2017; Johnson, 1998; Lanthén et al., 2015).

En utebliven vård som är den fjärde komponenten uppstår enligt Eriksson (1994) när vården saknar en vårdande grundhållning samt när det saknas förmåga till att bedöma och

uppfatta patientens behov. Vårdlidandet uppstår enligt Dahlberg (2002) framförallt i en bristande vårdrelation. Detta medför ett starkt lidande eftersom den vårdande relationen är ämnad att fungera hälsobringande. Detta avspeglar sig med en tydlighet i den psykiatriska vården där det mellanmänniska mötet och samtalet utgör en väldigt stor del av vården.

Vårdlidande utifrån en utebliven vård överensstämmer väldigt väl med den syntetisering, längtan efter en vårdande kommunikation, som framkommit i uppsatsens resultatdel utifrån Evans (2002) tolkande dataanalysmetod. Strax innan en fastspänning inträffar, upplever ofta patienter en bristande vård. Patienter upplever sig inte bekräftade och kan känna sig provocerad av vårdpersonalens bemötande och vårdmiljöns regler och rutiner. Patienter ger uttryck för att de önskar sig att personalen var mer närvarande och engagerade. Betydelsen av närvarande personal bekräftas som centralt fynd även i Spinzy et al. (2018) kvantitativa studie.

Att bli fastspänd har visat sig vara en mycket negativ upplevelse. Det står dock klart att om vårdpersonal har förmåga att utstråla trygghet och värme, samt till att informera och kommunicera med patienten under tiden så förbättrar detta patientens upplevelse avsevärt. Efter en fastspänning riskerar patienter att drabbas av negativa konsekvenser. En kvantitativ studie utförd i Spanien (Guzman-Parra, Aguilera-Serrano, Garcia-Sanchez, Garzia-Spinola, Torres-Campos, Villagran, Moreno-Kustner & Mayoral-Cleries, 2018) bekräftar negativa konsekvenser samt att fastspänning likaså kan bidra till post-traumatisk stress hos patienter.

Denna uppsats resultat visar dock att det är betydelsefullt för patienter om vårdpersonal följer upp händelseförloppet genom att samtala om det som skett (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Lanthen et al., 2015; Tingleff et al., 2018; Wynn, 2004). Patienter ansåg det även värdefullt när vårdpersonal tar sig tid att lyssna till den subjektiva upplevelsen (a.a.). Detta kunde av patienter uppfattas resultera i förbättrad sjukdomsinsikt och öka förtroendet för vården (Chien et al. 2005).

10 Kliniska implikationer

Resultatet av föreliggande uppsats kan vara ett kunskapsunderlag för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård vid fastspänning av patienter. Denna studie lyfter fram patienters upplevelser och synpunkter på vården vid situationen kring fastspänning. I den kliniska verksamheten kan en vetskap om patienters utsatthet kring fastspänning vara av stor betydelse. En vårdande kommunikation uppstår när sjuksköterskan är tydlig, informerande, närvarande och inger trygghet. Samtala, bekräfta och skapa möjligheter för patienter att få reflektera över rådande

situation under fastspänning, likväl som efter fastspänning kan verka avgörande kring betydelsen av vårdupplevelsen hos patienter som erfarit denna tvångsåtgärd. Genom kompetensutveckling kan ökad kunskap hos sjuksköterskor bidra till förbättrad upplevelse av vården vid fastspänning hos patienter.

11. Förslag till fortsatt forskning

En ökad kunskap gällande patienters upplevelse av fastspänning samt deras omvårdnadsbehov i denna situation bedöms ha stor relevans för specialistsjuksköterskor verksamma i den slutna psykiatriska vården. Denna litteraturöversikt visar på att patienter generellt upplever en stor utsatthet kring fastspänning och har ett behov av en vårdande kommunikation i relation till detta. Förutom att kvinnor med historik av sexuella övergrepp är extra utsatta vid en situation kring fastspänning så visar denna litteraturöversikt på att det finns stora kunskapsluckor gällande specifika patientgruppers upplevelse ut av fastspänning. Förslag på fortsatt forskning är därför att studera exempelvis barn och ungdomars upplevelse och omvårdnadsbehov kring fastspänning i den slutna psykiatriska vården. Samt studera om det finns skillnader i upplevelse och omvårdnadsbehov hos män och kvinnor. Vidare förslag på fortsatt forskning är även att studera mer specifikt hur upplevelsen och omvårdnadsbehoven ser ut för en psykotisk patient kring fastspänning. Samt om det någon skillnad i upplevelse och omvårdnadsbehov kring fastspänning när en patient har ett självskadebeteende eller när den riktar ett aggressivt beteende gentemot andra.

12. Slutsats

Syftet med denna uppsats var att beskriva patienters upplevelse av tvångsåtgärden fastspänning samt beskriva vilka omvårdnadsbehov patienter ger uttryck kring relaterat till detta. Resultatet föreliggande uppsats visar är att patienter i kvalitativ forskning berättar om upplevelser strax innan hen blir fastspänd, under tiden hen blir fastspänd samt upplevelser efter att hen varit fastspänd. Upplevelsen innan hen blir fastspänd kantas av en bristande bekräftelse kring vårdens specifika sammanhang. Patienter ger uttryck för att inte bejakas i en vårdmiljö fylld av krav och regler som därmed skapar provokation och frustration. Under tiden hen blir fastspänd upplevs av patienter oftast som en mycket negativ upplevelse dock kan patienter även ge uttryck för fastspänning som någonting förståeligt och vårdande. I de fall patienter erfarit en mer positiv upplevelse kring fastspänning har det varit till följd av personalens kontinuerliga förmåga till god omvårdnad och en vårdande kommunikation.

Enligt resultatet framkommer efter fastspänning att patienter ofta har behov av att få delge sin subjektiva upplevelse tillsammans med personal, då fastspänning även kan riskera att skada patienters förtroende till vården. Resultatet belyser vikten av kunskap hos sjuksköterskor samt vårdpersonal i allmänhet som vårdar patienter som blir fastspända. Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskor genom vårdande kommunikation kan bidra till förbättrad upplevelse hos patienter som blir eller blivit fastspända inom psykiatrisk slutenvård. Trots vårdande kommunikation och ett personcentrerat förhållningssätt är situationer kring fastspänning etiskt svåra att hantera för sjuksköterskor. Dessa situationer vidhåller det faktum att patienter fräntas självbestämmande. För att förebygga negativa upplevelser och konsekvenser hos patienter som blir fastspända krävs kunskap hos sjuksköterskan. Dels att kunna uppmärksamma patienters synpunkter och behov, samt förmåga att ständigt reflektera över det egna förhållningssättet i varje enskild situation.

REFERENSFÖRTECKNING

- Bak, J., & Aggernaes, H. (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 297-302.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7. ed.) New York: Oxford University Press.
- Chien, W-T., Chan, C W.H., Lam, L-W & Kam, C.-W. (2004). Psychiatric inpatient's perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education And Counselling*, 59, 80-86.
- Colaizzi, J. Seclusion and restraint: a historical perspective. (2005). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 43(2) 31-37.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. (2.ed.) Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K (2002). Vårdlidande - Det onödiga lidandet. *Vård i norden*, 63(22) 4-8.
- Ejneborn Looi, GM., Engström, Å., & Sävenstedt, S. (2015) Self-destructive care: Self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues in mental health nursing* (36) 96-103.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis and processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur
- Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., & Frey, R. (2016). Psychiatric patient's perception of physical restraint *Acta Psychiatr Scand*. 133, (3) 221-231.
- Gallop, R., McCay, E., Guha, M & Khan, P. (1999). The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care for Women International*, (20), 401-416.
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. (2) 105-112.
- Gudmundsson, O. History of Icelandic psychiatry (2012). *Nordic Journal of Psychiatry*. (1), 25-30.

- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Garcia-Sanchez, J. A., Garzia-Spinola, E., Torres-Campos, D., Villagran, J. A., Moreno-Kustner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Mental Health Nursing*, 28, 448-456.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25 (1) 92-110.
- Herlofson, J. (Red.) (2016). *Psykiatri* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Husum. Lossius., T., Bjorngard, H. J., Finset., Arnstein., & Ruud, T. (2010). A cross sectional prospective study of seclusion and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BioMed Central: Health Services Research*
- Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux D., Corneau, P. & Mcphee, C. (2017). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 1-18.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 191-206.
- Kodal, J S., Nørgaard Kjaer, J., & Larsen, E R (2018) Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shift in a psychiatric ward, *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (2) 103-108.
- Kontio. R, Joffe G., Putkonen H., Kuosmanen L., Hane K., Holi M., & Välimäki M. (2011). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1)16-24.
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*. (260) 478-485.
- Lanthen, K., Rask, M. & Sunnquist, C. (2015). Psychiatric patient's experiences with mechanical restraints: An interview study. *Psychiatry Journal*.
- Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses 'decision to restrain "The association between empowerment and individual factors. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47 (9) 41-49
- Marangos- Frost, S., & Wells, D. (2008). Psychiatric nurses thoughts and feeling about restraint use: a decision dilemma. *Leading Global Nursing Research*, 31 (2) 362-369
- Mårtensson, S., Schepelern Johansen, K., & Hjorthoj, C. (2019). Dual diagnosis and mechanical restraint - a register based study of 31793 patients and 6562 episodes of mechanical restraint in the capital region of Denmark from 2010-2014. *Nordic Journal of Psychiatry*
- Ottosson, J. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Perkins, E., Prosser, H. Riley, D., et al (2012). Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil? *International Journal of Law & Psychiatry* 35, 43-49.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykiatrisk riksförening för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Sjukskoterska-med-specialistsjukskoterskeexamen-med-inriktning-mot-psykiatrisk-varld/>
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nursing in the use of restraint. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. Vol 23 (2) 116-128.
- Roles, S., Gouge, A., & Smith, H. (2014). Predicting risk of seclusion and restraint in a psychiatric intensive care (PIC) Unit. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 446-470.
- Sailas, E. & Fenton, M. (2012). Seclusion and Restraint for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- SBU. (2014). *Statens beredning för medicinsk utvärdering*. Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- SBU. (2016). *Hantering av hot och våld inom psykiatri- interventionstrategier vid pågående våldshändelser*. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/hantering-av-hot-och-vald-inom-psykiatri--interventionsstrategier-vid-pagaende-valdshandelser/>
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- SFS 1991:1129. *Lag om Rättspsykiatrisk vård*. Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattspsykiatrisk-varld_sfs-1991-1129
- Socialstyrelsen (2017). *Förbättrad uppföljning av psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-15>

- Socialstyrelsen (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (SOSFS 2008:18). Hämtad från; <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-114>
- Spinzy, Y., Maree, S., Segev, A., Cohen-Rappaport, G. (2018). Listening to the patients perspective: Psychiatric inpatients attitudes towards physical restraint, *Psychiatric Quarterly* vol. 83 (3), 691-696.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2013). *Psykiatrisk Tvångsvård – kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 8 (45), 1-10.
- Tingleff, E., Hounsgaard, L., Bradley, S & Gildberg, F. (2018). Forensic psychiatric patient's perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 468-479.
- Wallsten, T. (2008). *Compulsory psychiatric care: Perspectives from the Swedish coercion study*. Uppsala: Uppsala universitet
- Wallsten, T., Kjellin, L., & Sjöberg, R. L. (2008). The diagnostic accuracy of questions about past experiences of being mechanically restrained in a population of psychiatric patients. *Journal Memory*, 16, (5), 548-555.
- Whitman, G. R., Davidson, L.J., Sereika., S. M., & Rudy E. B. (2001). Staffing and pattern of mechanical restraint use across a multiple hospital system *Nursing Research* 50, 356-362.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients 'experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Amp; Psychology*. 15 (1) 124-144.
- Wynn, R. (2015). The use of physical restraints in Norwegian adult psychiatric hospitals. *Psychiatry Journal* Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/347246>

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 3.
Pubmed sökning 1	Mechanical restraint	783	Inga	20	3	Artikel 1 Artikel 5 Artikel 2
Pubmed sökning 2	Mechanical restraint OR mechanical restraints OR restraint OR physical restraint AND psykiatr*	488	Filter: Nursing journals	82	21	Artikel 3 Artikel 9 Artikel 4 Artikel 6 Artikel 7
PsycINFO sökning 1	Mechanical restraint	359	inga	9	2	Artikel 5
PsycINFO	Mechanical restraint OR mechanical restraints OR restraint OR physical restraint AND psykiatr*	682	psykiatriska tidskrifter och tidskrifter om psykiatrisk omvårdnad	17	4	Artikel 5
Cinahl Sökning 1	Mechanical Restraint	230	Inga	3	0	Artikel 5
Cinahl sökning 2	Mechanical restraint OR mechanical restraints OR restraint OR physical restraint AND psykiatr*	896	Vårdvetenskapliga tidskrifter och tidskrifter om psykiatrisk omvårdnad	10	3	Artikel 5 Artikel 7

Bilaga 2. Tabell över kvalitetsgranskning av artiklar

Artikel	Syfte A: Utgår studien från en väldefinierad frågeställning?	Urval A: Är urvalet relevant? B: Är urvalet tydligt beskrivet? C: Är kontexten tydligt beskriven? D: Finns relevant etiskt resonemang? E: Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	Datainsamling A: Är datainsamlingen tydligt beskriven? B: Är datainsamlingen relevant? C: Råder datamätnad? D: Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	Analys A: Är analysen tydligt beskriven? B: Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingen? C: Råder analysmättnad? D: Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	Resultat A: Är resultatet logiskt? B: Är resultatet begripligt? C: Är resultatet tydligt beskrivet? D: Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? E: Genereras hypotes/ teori/ modell? F: Är resultatet överförbart till liknande sammanhang? G: Är resultatet överförbart till annat sammanhang/ kontext?
Jacob et al. (2017)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Delvis C: Nej D: Nej E: Ja F: Ja G: Ja
Lanthen et al. (2015)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Ja G: Ja

Ejneborn Looi et al. (2015)	A:Ja	A: Oklart B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Oklart C: Oklart D: Nej	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Nej	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Oklart G: Oklart
Chien et al. (2005)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Ja G: Ja
Tingleff et al. (2018)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Ja G: Ja
Gallop et al. (1999)	A: Nej	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Oklart	A: Ja B: Ja C: Nej D: Nej	A: Oklart B: Ja C: Oklart D: Oklart	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Ja G: Ja

Johnson (1998)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Nej F: Ja G: Ja
Wynn (2004)	A: Oklart	A: Ja B: Ja C: Ja D: Ja E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Ja F: Ja G: Nej
Kontio et al. (2010)	A: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: ? E: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Oklart D: Ja	A: Ja B: Ja C: Ja D: Nej E: Nej F: Ja G: Ja

SBU: Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik

Bilaga 3. Matris över urval av artiklar till resultat

	Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval och datainsamling, analys)	Resultat
1	Jean Daniel Jacob, David Holmes, Desire Rioux & Pascale Corneau	Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints	2017, Kanada, Nursing Ethics	Att skapa förståelse för det kroppsliga fenomenet av att ha blivit fastspänd och ge röst/uttryck hos dessa patienter för vilka subjektiva processer som har betydelse vid erfarenhet av att ha blivit fastspänd.	19 patienter intervjuades med semistrukturerade, öppna frågor på en sluten psykiatrisk avdelning. Kvalitativ data analyserades genom etisk-orienterad, tolkande fenomenologisk metod (IPA). Det uppdelade resultatet tolkades genom jämförande analysmetod.	De huvudteman och underkategorier identifierade kontraster, likheter och skillnader i upplevelser beskrevs under 5 rubriceringar; 1) Vårdens kontext; 2) Vårdkvalitetens betydelse; 3) Emotionella reaktioner och sjuksköterska-patient relation; 4) Möta behoven; 5) Behov av alternativ. Patienter beskrev hur de ansåg personalens negativa inverkan kring när fastspänning blev aktuellt, att fastspänning även kunnat undvikas genom mer närvarande, engagerad och lyhörd personal.
2	Klas Lanthen, Mikael Rask & Charlotta Sunnqvist	Psychiatric Patients Experiences with mechanical Restraints: An Interview study	2015, Sverige, Psychiatry Journal.	Att undersöka patienters upplevelser av att ha blivit fastspända, samt att beskriva hur vården upplevdes.	5 kvinnor och 5 män rekryterades genom mail, telefon och kontaktperson inom psykiatrin. Dessa intervjuades med öppna frågor. Kvalitativ data analyserades enligt induktiv metod.	Studien identifierade ett huvudtema; Fysisk närvaro, instruktion och konsekvent bemötande kan reducera missnöje och trauma. Patienterna beskrev överlag vikten av tydlighet, närvaro, information som ytterst betydelsefulla.
3	Git-Marie Ejneborn Looi, Åsa	A self-destructive care: Self-reports of people who	2015, Sverige	Att beskriva ifall personer som självskadade uppfattade alternativ till tvångsåtgärder och se det i relation	Personer till studien rekryterades via sociala medier och ombads skriva en anonym rapport om erfarenheter från	Brist på förståelse och en paternalistisk attityd fick deltagarna att känna sig likgiltiga eller frustrerade. Detta ledde till

	Engström, Stefan Sävenstedt.	experienced coercive measures and their suggestions for alternatives.	Issues in mental health nursing.	till deras erfarenheter av den psykiatriska vården.	psykiatrisk vård och deras upplevelse av alternativ till tvångsåtgärder. 19 personer valdes ut och deras rapporter analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.	bla självskada som i sin tur ledde till fastspänning. Personerna beskrev en känsla av att personal ibland provocerade dem. Känslan av maktlöshet ökade när personal ignorerade dem. Skyddande faktorer var känslan av att bli förstådd och ha en ömsesidig förtroendefull relation till personalen
4	Wai-Tong Chien, Carmen W.H. Chan, Lai-Wah Lam, C.-W Kam	Psychiatric inpatients perceptions of positive and negative aspects of physical restraint	2005, Kina, Patient education and counseling.	Att undersöka patienters känslor och upplevelser av att ha blivit fastspända för första gången.	30 patienter, varav 18 män och 12 kvinnor intervjuades med semistrukturerade frågor inom 2 dagar efter att ha blivit fastspända på en psykiatrisk akutvårdsavdelning. Frågorna analyserades enligt kvalitativ innehålls analysmetod.	Patienterna beskrev både positiva och negativa aspekter kring att ha blivit fastspända. Flertalet patienter uppgav en förståelse för syftet med att ha blivit fastspänd. De övriga patienter som uppgav negativa erfarenheter beskrev en besvikelse över personalens agerande och bemötande som initieell orsak.
5.	Ellen Tingleff, Lise Houngaard, Stephen Bradley & Frederik Gildberg.	Forensic psychiatric patients perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study	2018 Danmark, International journal of mental health nursing	Undersöka hur patienter inom rättspsykiatri uppfattar situationen före, under och efter en fastspänning. Samt undersöka betydelsen för patienterna att beskriva situationerna samt se vilka faktorer som patienterna ansåg bidrog till användandet av fastspänning	20 patienter från fyra slutna rättspsykiatriska avdelningar samt en öppen rättspsykiatrisk avdelning inkluderades. Semistrukturerade intervjuer genomfördes i två delar. Den första delen med öppna frågor och i den andra intervjudelen delades testades resultat från en review om fastspänning. Intervjuerna analyserades sedan enligt tematisk analys.	4 teman som karakteriserade patientens uppfattning om deras beteende kopplat till fastspänning framkom. Dessa var: "En öppen protest", "en tyst protest", "skade-relaterat beteende" och "genuint lugn". Dessa teman länkades samman med två olika mönster som var "protest" och "skada".

6	Ruth Gallop, Elizabeth McCay, Maya Cuha & Pamela Khan	The Experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse	1999, Kanada, Health Care For Women International	Att undersöka hur kvinnor som tidigare i livet blivit sexuellt utnyttjade, upplevt att bli fastspända inom slutna psykiatrisk vård.	10 kvinnor med historia av att ha blivit sexuellt utnyttjade och inom en 5-års period blivit fastspända inom slutna psykiatrisk vård intervjuades. Kvalitativ data analyserades enligt tematisk analys.	Kvinnorna i studien beskrev maktlöshet och känsla av att sjuksköterskorna som vårdade dem inte "ville" lyssna eller höra deras tankar och åsikter. Kvinnorna beskrev vården som oempatisk.
7	Mary E. Johnson	Being restrained: A study of power and powerlessness	1998, USA, Issues in Mental Health Nursing.	Att undersöka patienters upplevelser och erfarenheter av att ha blivit fastspända.	10 patienter varav 5 kvinnor och 5 män på slutna psykiatrisk vårdavdelning deltog i studien. Semistrukturerade öppna frågor analyserades enligt hermeneutisk fenomenologisk metod.	Identifierade 2 huvudteman; makt och maktlöshet. Patienterna beskrev upplevelsen som att personalen symboliserade deras makt "över dem" genom att ej svara på tilltal, avsaknad ögonkontakt, och att bli ignorerade. Flera uppgav rädsla, känsla av omänskligt värde och dödsångest.
8	Rolf Wynn	Psychiatric inpatients experiences with restraint	Norge, 2004, Journal of forensic psychiatry & Psychology.	Syftet var att undersöka patienters erfarenheter och upplevelser av att ha blivit fastspända.	12 patienter som nyligen varit med om fastspänning på en slutna psykiatrisk avdelning intervjuades med öppna frågor. 7 av patienterna hade även tvångsmedicinerats. Data analyserades enligt Grounded theory.	Vissa patienter hade en förståelse över att ha blivit fastspända, men de flesta ansåg att det hade kunnat undvikas. Fastspänning väckte känslor som ångest och ilska, det kunde förstöra relationen mellan sjuksköterska och patient. Vissa patienter ansåg att fastspänning hade skyddat dem från att skada sig själva
9	Raija Kontio, Grigori Joffe, Hanna Putkonen, Lauri Kuosmanen, Kimmo Hane, Matti	Seclusion and restraint in psychiatry: patients experiences and practical suggestion on how to improve	2010, Finland, Perspectives in psychiatric care.	Förklara patienters erfarenheter av avskiljning och fastspänning. Samt förklara deras förslag kring förbättringar vid avskiljning/fastspänning och förslag kring andra metoder.	31 patienter intervjuades med öppna frågor. Patienterna intervjuades 2-7 dagar efter att de varit med om avskiljning eller fastspänning. Patienterna kom från sex stängda avdelningar från två olika sjukhus. Data	Patienternas upplevelse presenteras enligt ett innan, under tiden och efteråt perspektiv. Två teman hittades kopplat till innan användandet av avskiljning/ fastspänning. Dessa var "brist på information" och "ett sätt att bli

	Holli & Maritta Välimäki	practices and use alternatives			analyserades enligt induktiv kvalitativ innehållsanalys.	behandlad". Fyra teman hittades kopplat till under tiden. Dessa var, "känslor", "problem med basala behov", "brist på aktivitet", och "problem i kommunikationen mellan personal och patient"
--	-----------------------------	-----------------------------------	--	--	---	--