

Linnéa Ahlström & Frida Gustavsson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, HT 2012

Grundnivå

Handledare: Birger Hagren

Examinator: Joakim Öhlén

## **Upplevelsen av att vårdas mot sin vilja**

**En litteraturstudie om upplevelsen av tvångsvård och tvångsåtgärder -  
ur ett patientperspektiv**

The experience of receiving care against the own will

A literature review about the experience of compulsory treatment and coercive  
measures - from a patient's perspective

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Tidigare forskning visade att patienter som tvångsvårdats beskrev att det var problematiskt när andra bestämde åt dem och när personal inte tog sig tid att lyssna och prata. Enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) ska tvångsåtgärder utföras med största möjliga hänsyn till patienten. Sjuksköterskor har beskrivit sig kunna känna skuld efter att ha utsatt patienter för tvångsåtgärder och vissa menade att det ibland inte fanns några alternativ till att utföra tvångsåtgärder.

**Syfte:** Att beskriva patientens upplevelse utav tvångsvård och tvångsåtgärder.

**Metod:** En litteraturstudie med kvalitativ inriktning. Studien är baserad på elva vetenskapliga artiklar som är publicerade mellan år 2000-2012 och genomförda i Australien, Finland, Kanada, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Sverige. Dessa artiklar har analyserats och därefter har subkategorier och huvudkategorier urskiljts.

**Resultat:** Personal upplevdes som ignorant och respektlös och patienter efterlyste genuin omtanke. Maktutövningar framkom och resulterade i att patienter upplevde sig förlora kontrollen. Vidare framkom det att patienter upplevde en bristande kommunikation där de varken blev hörda på eller hade en fullgod kontakt med personalen. Patienter upplevde sig inte heller bli tillräckligt delaktiga och informerade gällande deras vård. Samtidigt visade det sig också att vården kan erbjuda en känsla av säkerhet och gott omhändertagande. Patienternas upplevelser resulterade i fyra huvudkategorier samt sex subkategorier.

**Diskussion:** Tännsjös definition av begreppet autonomi valdes till teoretisk utgångspunkt och användes för att genomföra en diskussion av resultatet. Information, beslutstagande och personalens makt är några utav de ämnen som diskuterats.

**Nyckelord:** Tvångsåtgärd, tvångsvård, upplevelse, patient, autonomi.

## **Abstract**

**Background:** Previous studies have shown that patients who were involuntarily treated described the care as problematic when others were taking decisions for them and the staff didn't listen or talked to them. According to The Law of psychiatric Compulsory Care of 1991, coercive measures should be used with the highest regard considering the patient. Nurses can feel guilty about exposing the patient to coercive measures and some believed that there are no alternatives to it.

**Aim:** To describe the patient's experience of compulsory treatment and coercive measures.

**Methods:** A literature review with a qualitative approach. Eleven scientific articles, published between the years 2000-2012, were used in the study. The studies were carried out in Australia, Finland, Canada, The Netherlands, Norway, Great Britain and Sweden. The studies were analyzed and the result was categorized.

**Results:** Staff was described as ignorant and disrespectful and the patients wanted genuine regard. Staff exercised power which, for the patients, resulted in an experienced loss of control. Patients reported failure in communication, information, participation and were not having an adequate contact with the staff. Meanwhile some patients narrated that their care was good and offered them a sense of security. The patients' experiences resulted in four main categories and six sub categories.

**Discussions:** The definition of autonomy, by Tännsjö, was chosen to be the theoretical framework and was used in the discussion. Information, decision-making and the power of the staff were some of the topics which were discussed.

**Keywords:** Coercive measures, compulsory treatment, experience, patient, autonomy.

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
	2:1 STIPULATIVA DEFINITIONER.....	1
	2:2 LAGAR SOM BERÖR TVÅNGSVÅRD .....	2
	2:3 PATIENTERS OCH SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV TVÅNG INOM VÅRDEN.....	2
	2:3:1 <i>Patienters erfarenheter av tvång inom vården</i> .....	3
	2:3:2 <i>Sjuksköterskors roll vid omvårdnad och tvång</i> .....	3
	2:4 PROBLEMATISERING .....	4
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b> .....	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
	5:1 URVAL.....	6
	5:2 DATAINSAMLING .....	6
	5:3 DATAANALYS .....	7
<b>6</b>	<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
	7:1 VÅRDEN – INTE ALLTID LÄKANDE.....	8
	7:1:1 <i>Att få vård patienten inte sagt ja till</i> .....	8
	7:1:2 <i>Att känna sig som en mindre värd människa</i> .....	9
	7:1:3 <i>Hur personalens agerande påverkar patientens vårdupplevelse</i> .....	10
	7:1:4 <i>Utsatt för maktutövning</i> .....	11
	7:2 LÄNGTAN EFTER DELAKTIGHET .....	11
	7:2:1 <i>Längtan efter att kommunicera</i> .....	11
	7:2:2 <i>Bristande information och dess konsekvenser</i> .....	12
	7:3 ATT HANTERA SIN SITUATION OCH SINA UPPLEVELSER.....	13
	7:4 ATT BLI VÄL OMHÄNDERTAGEN.....	13
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
	8:1 METODDISKUSSION.....	14
	8:2 RESULTATDISKUSSION.....	15
	8:3 PRAKTISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL FORTSATTA STUDIER.....	20

<b>9</b>	<b>REFERENSFÖRTECKNING</b> .....	<b>21</b>
	<b>BILAGA 1, SÖKMATRIS</b> .....	<b>23</b>
	<b>BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT</b> .....	<b>24</b>

## 1 Inledning

Som praktiserande studenter och arbetande undersköterskor har vi stött på en rad olika situationer där patienter utsatts för tvång. Vi upplever att det inom vissa vårdsituationer är vanligt att patienters självbestämmande tas ifrån dem och att beslut fattas utan deras medverkan. Ett utav dessa upplevda tillfällen handlar om en demenssjuk kvinna som varje vecka duschas mot hennes vilja på äldreboendet där hon bor. Vårdpersonalen försöker få kvinnan att duscha frivilligt, vilket hon till en början oftast går med på. Vid avklädning börjar kvinnan dock bli rädd, arg, upprörd och visar en stark motvilja. Trots detta duschas hon mot sin vilja vilket oftast resulterar i att kvinnan är nedstämd flera timmar efter upplevelsen. Denna händelse är en av många som fått oss att undra hur det egentligen är att bli tvångsvårdad eller utsatt för tvångsåtgärder. Vi har därför valt att skriva denna uppsats med syftet att beskriva upplevelsen av tvångsvård och tvångsåtgärder, utifrån ett patientperspektiv.

## 2 Bakgrund

Tvång definieras enligt Nationalencyklopedin som ”utnyttjande av fysisk styrka eller maktställning för att förmå (nån) till visst önskvärt handlande” (tvång, 2012). Tännsjö (1994, s. 169-170) menar att det finns olika slags tvång, varav ett han namnger som beskedligt tvång. Detta slags tvång är när något, i det tysta (olagligt), görs mot patientens vilja. Det kan till exempel vara när äldre och förvirrade luras att ta sin medicin. Trots oviljan ligger det fortfarande i intresse för patienten att åtgärden genomförs. Presumtivt tvång innebär att en individ utsätts för tvång då det anses att denne inte är kapabel att ta egna beslut gällande sin livssituation. Tvånget som utförs, för personens eget skydd, är sådant att det antas att personen själv skulle accepterat att vårdas om han eller hon kunnat ta ställning till beslutet. Så fort personen själv är kapabel att fatta egna beslut upphör denna sorts tvång.

### 2:1 Stipulativa definitioner

- Tvångsvård används i detta arbete som en definition av hospitalisering, behandling eller intagning under Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) (eller liknande tvångslagar i andra länder).
- Tvångsåtgärd används i detta arbete som en definition över en åtgärd som utförs med hjälp av tvång, till exempel isolering, bältesläggning eller tvångsmedicinering.
- Tvång används i detta arbete som ett paraplybegrepp för både tvångsvård och tvångsåtgärder.

## 2:2 Lagar som berör tvångsvård

Det finns flera lagar som behandlar tvång inom vården i Sverige, till exempel Smittskyddslag (SFS 2004:168), Lag om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129) och Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). I en delrapport från Socialstyrelsen (2011) framkommer det att 2446 personer var intagna under Lag om psykiatrisk vård eller Lag om rättspsykiatrisk vård i december 2010, varav 36 % av dessa var kvinnor och 64% var män. Nedan följer en beskrivning av Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128).

För att en person ska kunna tvångsvårdas enligt LPT ska personen uppfylla tre krav: Lida av en psykisk störning, individen kan inte bli tillgodosedd sin vård på annat sätt än heldygnsvård samt att personen motsätter sig vården eller saknar förmåga att ta ställning i frågan (SFS 1991:1128).

Tvångsvård kan ges både i öppen och i slutenvård. Slutenvård innebär att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, medan öppen vård enligt LPT innebär annan vård än den slutna. Enligt LPT, som hänvisar till SFS 2008:415, ska tvångsvård syfta till att få patienten till ett tillstånd där hon eller han frivilligt medverkar till nödvändig vård. Åtgärderna som tas i bruk ska stå i proportion till syftet med åtgärden och räcker det med ett mindre ingripande ska detta användas. I LPT, där stycket hänvisar till lag 2000:353, står det att tvång som utförs ska genomföras med största möjliga hänsyn samt så skonsamt som möjligt för patienten. Tvångsåtgärder är också endast tillåtna att användas om patienten fått en personligt anpassad information men trots det inte frivilligt deltar i vården. Ett tillägg till lagen kom 2008 och innebär att personer att en patient kan tvångsvårdas om denne bedöms vara en fara för någon annans personliga säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa (SFS 2008:415).

De restriktioner som psykiatriska slutenvårdspatienter bland annat kan utsättas för är att förhindras att lämna avdelningen och att hållas avskilda. Om patienten vägrar rätta sig efter reglerna får det tvång som är nödvändigt användas. Avskildhet kan bli aktuellt om aggressivt eller störande beteende föreligger och försvårar vården av de andra patienterna. Denna avskildhet får högst råda under åtta timmar. Andra åtgärder som får tillämpas mot patienters vilja är kortvarig eller längre fastspänning med bälte eller dylik anordning samt inskränkning mot rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (SFS 1991:1128).

## 2:3 Patienters och sjuksköterskors erfarenheter av tvång inom vården

En europeisk studie med tio medverkande länder fann att användandet av tvångsåtgärder skilde sig från land till land och berodde bland annat på vilken vårdande kultur som rådde i

landet. Andra faktorer som spelade in på användandet av tvångsåtgärder var kön, ålder och psykisk sjukdom. Tvångsmedicinering följt av fasthållning och isolering var de mest förekommande tvångsåtgärderna. Sverige och Bulgarien hade de högsta siffrorna när det gällde tvångsmedicinering. Däremot var förekomsten av enstaka utövade tvångsåtgärder, per patient, i Sverige generellt mindre då det jämfördes med andra länder (Raboch et al., 2010).

### 2:3:1 Patienters erfarenheter av tvång inom vården

Johansson, Skärsäter och Danielsson (2009) har gjort en studie där deltagarna var patienter på en låst akut psykiatrisk avdelning och resultatet visar att patienter beskriver vårdavdelningen med både positiva och negativa ordalag. Vårdavdelningen beskrivs som en plats för tillflykt, där patienter kan vara ensamma och känna trygghet, samtidigt som den beskrivs som en bidragande faktor till otrygghet. Att behöva uthärda en situation där patienterna är tvungna att vara övervakade anses kunna bidra till stress. I Olofssons och Norbergs (2001) studie framkommer det att patienter anser att mänsklig kontakt, en större förståelse och en större närhet kan förebygga tvångsåtgärder. Dock menar en del av patienterna att tvångsåtgärder, speciellt i början av deras vård, kan vara nödvändiga och inte går att förebygga. I samma studie framkommer det olika uppfattningar kring om vården är positiv eller negativ. De patienter som uppfattar vården positiv anser att den är behövd medan de som anser den vara negativ vill ha mer ansvar och inte uppskattar när andra tar beslut åt dem.

### 2:3:2 Sjuksköterskors roll vid omvårdnad och tvång

Olofsson, Gilje, Jacobsson och Norberg (1998) skriver, i sin studie, hur sjuksköterskor på olika akuta psykiatriavdelningar upplever att det är jobbigt att utföra tvångsåtgärder mot patienter. Trots detta känner sjuksköterskor att det inte finns några alternativ till tvångsåtgärderna. Sjuksköterskor vill kunna ha ett samarbete med patienterna, där deras tvångshandlingar inte blir ifrågasatta utan förstås som något sjuksköterskan gör för patientens bästa. Allra helst vill sjuksköterskor undvika att använda sig av tvångsåtgärder.

En annan studie visar att sjuksköterskor upplever stress, oro och rädsla när de vårdar aggressiva patienter. De känner skuld efter att de isolerat en patient för att de inte kunnat göra mer eller använda andra medel. Som alternativ till tvång föreslår de deltagande sjuksköterskorna att först och främst prata med patienterna för att bygga upp en relation och få veta mer om patienternas känslor och tankar. Ett annat föreslaget alternativ är att använda sig av auktoritära personer såsom manlig personal eller läkare. Sjuksköterskor berättar att när



en manlig kollega finns närvarande tycks situationer ibland lugna ned sig. Förhandling och samarbete med patienterna anses också vara ett bra alternativ till att undvika tvångsåtgärder (Kontio et al., 2010).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska en legitimerad sjuksköterska bland annat ha förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt. Vidare ska sjuksköterskan kunna informera patienter och även förvissa sig om att patienterna förstår den givna informationen. Sjuksköterskan ska också kunna stödja patienten och/eller anhörig på ett sätt att patient/anhörig kan vara delaktig i vården på ett optimalt sätt. Malmsten (2008, s. 92) menar att om en sjuksköterska inte delger sin kunskap till patienten får denne inte möjlighet att göra ett så pass autonomt val som möjligt.

Enligt Skärsäter (2009, s. 734-735) kan omsorg skapa dialog och kommunikation. Då kan den psykiska smärtan mötas som, till skillnad från den fysiska smärtan, inte alltid är lika lätt att lindra. En sjuksköterska kan lyssna aktivt på patienten och be denne att tala om sina känslor och bekymmer för att reducera ångest eller nedstämdhet.

## **2:4 Problematisering**

Grundprincipen för vård inom Sverige ska bygga på respekt för patientens självbestämmande (SFS 1982:763). Tvång förekommer inom olika instanser inom vården, till exempel i psykiatrivård och somatisk vård. Detta även om tvånget inte alltid är uttalat eller enligt patienten rättfärdigat. Oberoende av var tvånget sker ger det en subjektiv upplevelse som påverkar den berörda personen, till exempel gällande dennes autonomi. I Sverige finns ett flertal lagar som reglerar användandet utav tvång, men som orden ”tvångsvård” och ”tvångsåtgärder” själva beskriver är det vård som går emot vårdtagarens fria vilja och autonomi, vilket verkar gå stick i stäv med vårdens grundprincip. Redan där startar en problematik då vårdtagarens fria vilja ställs gentemot sjukvårdens och samhällets vilja att vårda och bota.

Forskning visar att tvångsvård och tvångsåtgärder som vidtas kan ge upphov till lidande bland patienter och vårdtagare. Detta lidande uppkommer trots att lagar implementerats och ändrats för att stärka deras rättigheter och minska deras utsatthet. I vård där patienter utsätts för tvång berättar de om hur personal saknar förståelse och inte gör dem delaktiga. På grund av detta anser vi det vara av stor vikt att få en utökad förståelse för patienters upplevelse av vård innehållande tvång och har därför valt att göra denna litteraturstudie.

### 3 Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva patientens upplevelse av tvångsvård och tvångsåtgärder.

### 4 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten som valdes till detta arbete är Tännsjö (1990, s. 101) definition av en persons autonomi. Begreppet valdes då resultatet visade sig innehålla många olika upplevelser vilka kan förknippas med autonomi.

Enligt Tännsjö (1990, s. 101) gör en autonom person ”Vad hon väljer att göra (därför att hon väljer att göra det) och som väljer att göra som hon gör därför att hon vill det”. Tännsjö (2008, s. 22-23) skriver att en autonom person bör inneha ett antal egenskaper, vilka han beskriver som de centrala villkoren för personens autonomi. En autonom person bör uppfatta sig själv som ett subjekt som inte styrs av osynliga naturkrafter eller röster och som samtidigt, i någon mån, kan styra sitt öde. Personen måste vara medveten om att alla har begränsningar, då andra människor och naturen sätter gränser för våra egna val. Sannolikheter måste kunna bli sedda utav den autonoma individen. Det är viktigt att personen kan förstå att det finns sannolikheter som till exempel både kan göra att han eller hon tillfrisknar eller inte tillfrisknar. Detta sannolikhetsresonemang måste en autonom person kunna föra inför alla sorters alternativ som ligger framför honom eller henne. Den autonoma personen måste också ha någon slags beslutsprincip där värden och sannolikheter vägs samman till ett beslut som inte bara blir taget utan också verkställs. Tännsjö (2002, s. 32) skriver också att en autonom individ måste kunna ändra på sina värderingar och övertygelser när de ställs inför nya erfarenheter och argument. Samtidigt menar Tännsjö (2008, s. 24) att det finns förmildrande omständigheter när det gäller villkoren för en autonom person. Till exempel innebär inte det faktum att alla människor någon gång är oförmögna att fatta ett beslut att dessa personer är mindre autonoma.

En persons autonomi riskerar att bli kränkt när till exempel individen vilseleds med information angående framtidsutsikter eller det personliga hälsoläget och därigenom manipuleras till att ta ett beslut om behandling. Att tvinga någon öppet behöver inte skada en persons autonomi. Det mest typiska hotet mot en individs autonomi är inte tvång utan snarare manipulation, droger eller hypnos (Tännsjö, 1990, s. 107). Tännsjö (2002, s. 27-28) menar vidare att tvång är när en person accepterar en viss behandling han eller hon inte vill ha. Detta kan ske genom våld, hot, manipulation, uppmuntran eller belöningar.

## 5 Metod

Metoden för denna studie är en litteraturstudie. Segesten (2012, s. 100) beskriver att en litteraturstudie ska genomföras på följande sätt: För att få fram det nuvarande kunskapsläget ska forskarna söka brett efter vetenskapliga artiklar, göra en bred analys av framkommen data och sedan sammanställa dessa. Dessa framkomna och sammanställda data kan sedan komma att påverka det praktiska vårdarbetet. Enligt Lawrence Neuman (2006, s. 111) går en litteraturstudie bland annat ut på att sammanfatta tidigare utforskad kunskap och i den hitta likheter, skillnader och obesvarade frågor. Vidare ska litteraturstudien beskriva vad som finns framforskat till nuläget samt påpeka vad som behöver utforskas ytterligare.

### 5:1 Urval

Alla de elva vetenskapliga artiklarna som valts ut är kvalitativa. Nio utav elva artiklar är publicerade i vårdvetenskapliga tidsskrifter medan två är publicerade i medicinska tidsskrifter. De artiklar som valdes är från: Australien, Finland, Kanada, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Sverige.

I studien framkommer både kvinnor och mäns upplevelser. Alla de valda artiklarna är publicerade mellan år 2000 och 2012. Inklusionskriterierna var att det skrivna språket skulle vara engelskt eller svenskt, att deltagarna var över 18 år och att studiens resultat skulle svara på vår studies syfte. När det var möjligt användes begränsningen ”peer-reviewed”. För att hitta artiklar som svarar på studiens syfte valdes endast artiklar med patientperspektiv där upplevelsen av tvångsvård och tvångsåtgärder framkom. Eftersom studien är inriktad på tvång inom sjukvården exkluderades artiklar som fokuserade på tvång av annat slag, till exempel sexuella övergrepp i hemmet. Många träffar som framkom vid våra artikelsökningar var studier utifrån sjuksköterskors perspektiv och exkluderades därför. Ett antal artiklar som publicerats i medicinska tidsskrifter exkluderades på grund av att artiklarna inte hade vårdvetenskaplig inriktning.

I bilaga 2 finns vår analys av artiklarna schematiskt uppställd.

### 5:2 Datainsamling

Artiklarna som använts i denna studie har sökts upp i databaserna: PubMed, CINAHL Plus with Full Text eller PsycINFO. Sökningar gjordes även i Google Scholar där träffarna lästes för att få tips på sökord eller relevant publicering.

”MeSH-termer” och ”Headings” har använts vid vissa sökningar. Sökord som användes var engelska ord som relateras till tvångsvård: Patient, restraint, commitment of mentally ill, nursing, seclusion, experience, psychiatric, coercion, perspective, coercive och perception.

Vid sökning tittade vi i första steget på artiklarnas titlar och abstrakt för att sålla ut vad vi ansåg vara relevant. Nästa steg blev att mer noggrant läsa igenom de valda artiklarna för att se om de delvis höll en tillräckligt god kvalitet samt kunde bidra med kunskap till vår studie. Under hela processen höll vi oss kritiska till vad vi hittade och hade i åtanke att materialet skulle vara relevant för syftet.

Tre utav de valda artiklarna har hittats i andra artiklars referenser. Vi har då läst en artikel som visat sig innehålla intressanta referenser, sökt upp den primära källan och använt oss utav den. En artikel som sändes efter via fjärrlån kom att användas i studien.

I bilaga 1 finns våra sökvägar schematiskt beskrivna.

### **5:3 Dataanalys**

Vid dataanalysen läste vi igenom de valda artiklarna åtskilliga gånger, sista gången mer djupgående då anteckningar gjordes över vad som ansågs vara relevant för denna studies syfte. Detta var meningar, eller delar av meningar, från studiernas resultat. Efter denna genomgång sammanställde vi meningarna som vi valt ut. Denna sammanställning gick ut på att avgöra vilka upplevelser som var relaterade till varandra. Detta blev en första subkategorisering, som sedan omarbetades då vissa subkategorier slogs samman. Efter sammanställningen utformades studiens resultat, detta med utgång i och runt de utvalda meningar och delar som vi tidigare antecknat. Efter att ha utformat resultatet gav vi subkategorierna preliminära titlar och började urskilja vilka subkategorier som kunde relateras till varandra. Dessa skapade två huvudkategorier, de två kvarvarande subkategorierna, vilket inte sammanlänkades med andra, blev två fristående huvudkategorier.

## **6 Forskningsetiska överväganden**

I vår studie var det viktigt att tänka på vår översättning då artiklarna skrivits på engelska. I och med våra översättningar riskerar studierna att bli misstolkad. Detta hade vi i åtanke under hela arbetet för att minska risken för felaktig översättning. Vi arbetade också så textnära som möjligt för att undvika tolkningar och förvanskningar. Alla artiklarna som använts i studien har blivit godkända av en etisk kommitté.

## 7 Resultat

Under analysen av artiklarna framkom sex subkategorier vilka delades in i fyra huvudkategorier. Den första huvudkategorin är *'Vården – inte alltid läkande'* vilken innehåller subkategorierna *'Att få vård patienten inte sagt ja till'*, *'Att känna sig som en mindre värd människa'*, *'Hur personalens agerande påverkar patientens vårdupplevelse'* samt *'Utsatt för maktutövning'*.

Den andra huvudkategorin *'Längtan efter delaktighet'* innehåller subkategorierna *'Längtan efter att kommunicera'* och *'Bristande information och dess konsekvenser'*.

Den tredje huvudkategorin är *'Att hantera sin situation och sina upplevelser'*.

Den fjärde och sista huvudkategorin är *'Att bli väl omhändertagen'*.

### 7:1 Vården – inte alltid läkande

I denna kategori finns följande subkategorier: *'Att få vård patienten inte sagt ja till'*, *'Att känna sig som en mindre värd människa'*, *'Hur personalens agerande påverkar patientens vårdupplevelse'* och *'Utsatt för maktutövning'*. Kategorierna handlar om hur vården inte alltid ger en positiv effekt på patienters tillfrisknande och hur patienter ibland upplever att de inte har ett mänskligt värde. Vidare beskriver subkategorierna både personals negativa och positiva påverkan på patienten samt hur patienter upplever sig vara utsatta för maktutövning från personal.

#### 7:1:1 Att få vård patienten inte sagt ja till

Tvångsåtgärder bör endast användas i den akuta fasen och ska avslutas så snart de inte längre är nödvändiga, detta är viktigt för att som patient kunna bli respekterad och tagen på allvar (Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienter nämner känslor så som rädsla, ilska, sorg, skam, sårbarhet och oro när de beskriver sina upplevelser utav isolering och bältesläggning (Holmes, Kennedy & Perron, 2004; Meehan, Vermeer & Windsor, 2000; Wynn, 2004). Även känslor som ensamhet och övergivenhet återges av patienter som blivit isolerade (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen, 2004; Holmes et al., 2004). Bältesläggning beskrivs som att den kan pågå för länge, utöver vad som är nödvändigt och patienter uttrycker en ilska gentemot personal när detta sker (Wynn, 2004). På grund av godtycklighet i hur länge isolering ska pågå upplever vissa att tvångsåtgärden snarare är till förmån för personalen än för patienten (Meehan et al., 2000). Liknande resultat framkommer i en studie av Gallinagh, Nevin,

McAleese och Campbell (2001) då patienter beskriver upplevelsen av att fysiska begränsningar används mestadels till nytta för personalen.

Patienter berättar om hur tvångsåtgärder påmint dem om såväl tidigare tvång som sexuella utnyttjanden (Wynn, 2004). Upplevelsen av tvångsåtgärder jämförs utav vissa patienter med handlingar från Tysklands nazisttid och Östeuropeiska stater och isolering jämförs med inlåsning och fängelse (Meehan et al., 2000; Olofsson & Jacobsson, 2001). Tvångsintagningar och tvångsinjektationer beskrivs som ett straff och patienter kan uppleva att isoleringsrum används av sjuksköterskorna för att skapa distans (Holmes et al., 2004; Olofsson & Jacobsson, 2001). Bältesläggning beskrivs som en meningslös åtgärd vilken gör vistelsen på sjukhuset betydligt mer negativ och tvångsåtgärder bidrar till en känsla av att vara utan kontroll (Katsakou et al., 2012; Wynn, 2004). Autonomi kan bli kränkt när någon annan tar ett beslut åt en patient samtidigt som sängskenor kan begränsa autonomi och ge känslor som instängdhet och obehag (Gallinagh et al., 2001; Hoekstra et al., 2004).

Vissa patienter menar att tvångsvården blivit ett onödigt avbrott och de uttrycker en rädsla för att den permanent ska påverka deras liv. Patienter önskar att de fått mer tid till att lugna ned sig och ta itu med sina egna problem (Katsakou et al., 2012). Vårdplatsen och tvångsintagning beskrivs av patienter som onödigt intensiv och inte alltid läkande och menar att deras mentala hälsa blivit negativt påverkad av hospitaliseringen, då de mår sämre när de vårdas mot sin vilja. Vissa uttrycker en önskan om att bli erbjudna medicinering via den öppna vården i stället för att tvångsvårdas (Andreasson & Skärsäter, 2012; Katsakou et al., 2012). Patienter uttrycker att det är svårt att få vård de inte sagt ja till och att det kan vara svårt att se meningen med vården då den påminner om förvaring (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Studier visar att någon slags frihet att ta beslut efterfrågas och att patienter kan vara bekymrade och ledsna då de inte får lämna avdelningen frivilligt (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä & Välimäki, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001).

### 7:1:2 Att känna sig som en mindre värd människa

Patienter beskriver känslor såsom att inte vara kapabla, att ha ett mindre kunnande, inte ha ett mänskligt värde och att deras problem inte blir tagna på allvar (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Kränkning av en patients identitet kan framkalla känslan av att inte bli behandlad som en mänsklig varelse och känslan att inte ha samma värde som en frisk människa (Johansson & Lundman, 2002). Patienter kan känna sig som dåliga och underlägsna

människor och dessa känslor kan förstärkas av bristande kontakt med personal och vanvård eller förnedring under isolering (Holmes et al., 2004; Olofsson & Jacobsson, 2001).

Patienter uppger att viss personal inte bryr sig om dem och att de ser sjukdomen i stället för människan bakom patientrollen (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002; Lilja & Hellzén, 2008; Olofsson & Jacobsson, 2001). I Andreassons och Skärsäters (2012) studie berättar patienter att de inte vill känna sig osynliga samt att de vill bli räknade med, tagna på allvar och bli behandlade med empati och respekt. Patienter i Olofssons och Jacobssons (2001) studie säger att de inte upplever sig få uttrycka variation i humör och temperament som andra får och att de blir behandlade som ”gangstrar” eller ”brottslingar”. Det framkommer i Liljas och Hellzéns (2008) studie att genom att vara en patient går han eller hon från unik individ till en del av ett kollektiv där identiteten är nära förknippad med dennes beteende.

### 7:1:3 Hur personalens agerande påverkar patientens vårdupplevelse

Patienter uppger en stark känsla av att de känner sig ignorerade av personal (Johansson & Lundman, 2002). I en studie av Andreasson och Skärsäter (2012) framkommer det att patienter inte anser personalen vara på deras sida och att vissa medlemmar ur bemanningen är ovänliga och respektlösa. Patienter ser god vård vara när personalen är uppmärksam,hängiven, pålitlig och visar omtanke. De vill möta ärlighet och genuin omtanke och har en känsla av säkerhet när personal, som de litar på, är med dem och även när behovet av ensamhet blir mött. Genom att känna tillit till personal kan hotande situationer, så som isolering och tvångsåtgärder, avväpnas. Patienter vill bli inbjudna till samarbete och vill inte att personal tar fler beslut åt dem än nödvändigt. De vill bli motiverade till att delta i sin vård.

Patienter känner att vårdpersonalen brister i omtanken gällande deras välfärd såsom de grundläggande behoven av intag av föda, elimination och säkerhet och vill ha en medmänniska att lita på och prata med (Holmes et al., 2004; Lilja & Hellzén, 2008). Sjuksköterskor beskrivs som inkompetenta och som att de inte vet vad de gör. Patienter uttrycker också att det kan vara svårt att förstå personalens roll, agerande och beslut samt att personal inte visar intresse eller bryr sig om patienterna (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001).

Samtidigt berättar patienter om kontaktsjuksköterskor som ger dem tid, stöd och hjälp i en normal, social och jämlik relation (Olofsson & Jacobsson, 2001). God behandling från personalen hjälper till att uppskatta tiden på sjukhuset och patienter beskriver personal som anpassningsbar och lyhörd (Johansson & Lundman, 2002). Studier visar att patienter önskar

en bättre kontakt med personalen och att det är viktigt att spendera tid och göra saker med sjuksköterskepersonal (Holmes et al., 2004; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001).

### 7:1:4 Utsatt för maktutövning

Enligt Andreasson och Skärsäter (2012) samt Meehan et al. (2000) uppger patienter vikten av att bibehålla någon slags kontroll. Patienter uppger dock hur sjuksköterskor kan ha all makt, att de bestämmer vad som ska göras eller inte göras och att patienter på grund av makt, regler och påtvingandet av vårdrutiner känner att de förlorar kontrollen och är hjälplösa (Hoekstra et al., 2004; Katsakou et al., 2012).

Tvångsåtgärder uppfattas också som en onödig utövning av makt och genom makt och hot om tvång kan personal tvinga patienter att göra som personalen vill (Kuosmanen et al., 2007; Lilja & Hellzén, 2008). Patienter vill bli rättvist behandlade och inte bli utnyttjade av personalen på grund av sin underordnade ställning (Andreasson & Skärsäter, 2012). Andra patienter beskriver hur bältesläggning har kommit som en överraskning och att det kan tolkas som en maktdemonstration (Wynn, 2004). Patienter berättar att sjuksköterskor uppskattar att utföra tvångsåtgärder mot dem, tar fördelar och utnyttjar deras makt för att förödmjuka patienterna (Andreasson & Skärsäter, 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001).

## 7:2 Längtan efter delaktighet

Här beskrivs subkategorierna '*Längtan efter att kommunicera*' och '*Bristande information och dess konsekvenser*', vilka handlar om en starkt uttryckt vilja att kommunicera och interagera med andra människor samt patienters uppfattning om en bristande information.

### 7:2:1 Längtan efter att kommunicera

Resultat från flertal studier visar att patienter upplever att de inte blir lyssnade eller hörda på, inte får respons vid försök till dialog och att personal inte märker rop på hjälp (Hoekstra et al., 2004; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienter beskriver att ingen frågar dem om deras önsknings samtidigt som det finns en vilja att få veta sina rättigheter (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001).

Det finns inte alltid en riktig kommunikation mellan personal och patient samtidigt som kommunikation med andra patienter efterlyses (Holmes et al., 2004; Kuosmanen et al., 2007). Interaktion med personal under isolering framställs som bristfällig och är en stor källa till



missnöje för de utsatta individerna som menar att en förbättrad kommunikation kan fungera förebyggande mot tvångsåtgärder (Meehan et al., 2000). Kontakt med personal beskrivs också som viktigt för att få hjälp med rädsla och oro och för att kunna acceptera vården och stanna frivilligt (Johansson & Lundman, 2002). Detta stärks av andra studier där det framkommer att patienter uppskattar när personal är vänlig, behandlar dem som ”normala” människor, pratar med dem och använder humor (Andreasson & Skärsäter, 2012; Lilja & Hellzén, 2008).

### 7:2:2 Bristande information och dess konsekvenser

Vid intagning beskriver patienter en bristande information gällande bland annat orsak till intagningen, behandlingsprocessen och rättigheter (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001). För patienten resulterar denna brist bland annat i att denne får vård som personen inte förstår samt en oförståelse kring sin behandling och orsaken till tvångsintagningen (Johansson & Lundman, 2002; Meehan et al., 2000; Olofsson & Jacobsson, 2001; Wynn, 2004).

Det framkommer att anledningen till tvångsåtgärder inte alltid beskrivs av personal och patienter som frågar om orsaken kan lämnas helt utan svar eller med svaret att de nu tvångsvårdas (Olofsson & Jacobsson, 2001). Avdelningens regler kan vara svåra att förstå på grund av bristande information och beskrivs vara bristande gällande flexibilitet (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Risken för att isoleras på grund av överträdelse av regler finns, vilket patienter i sig menar kan bero på den generellt bristande informationen kring avdelningens regler. Patienter beskriver också hur exempelvis den förväntade tiden på isoleringsrummet inte uttalas eller att information om vilket beteende som skulle få patienten frisläppt inte delges (Meehan et al., 2000).

Att inte få svar på ställda frågor och att inte få vara delaktig i sin vård, till exempel genom att delta i beslut, beskrivs utav flera patienter (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001). Att inte förstå sin vård kan ge upphov till rädsla, medan möjligheten att ta in information kan ge patienten en chans att ta beslut och minska sin oro (Johansson & Lundman, 2002; Andreasson & Skärsäter, 2012). Information kring sin sjukdom och vilken behandling som finns tillgänglig efterfrågas av patienter. För att lättare kunna uppta information är det viktigt med tillit till personalen och att få information som speglar verkligheten är lugnande och framkallar en känsla av säkerhet. Patienter beskriver ett behov av personcentrerad och skraddarsydd information, då för mycket information för tidigt kan göra att patienter känner sig oroliga (Andreasson & Skärsäter, 2012).

### **7:3 Att hantera sin situation och sina upplevelser**

Copingprocessen kring tvångsvård och tvångsåtgärder beskrivs som en ofta ensam process utan stöd (Hoekstra et al., 2004). Patienter berättar om hur de velat ha stöd genom att till exempel bli erbjudna möjligheten att avlasta känslor, tala, diskutera och reflektera med någon (Andreasson & Skärsäter, 2012; Hoekstra et al., 2004; Meehan et al., 2000). Solidaritet mellan patienter skildras, vilket har uppstått då patienter känner sig övergivna utav personal och i stället tar hjälp av varandra (Lilja & Hellzén, 2008).

Aktivt motstånd mot fysiskt- och medicinskt tvång, att skapa problem för personalen, att slå, förstöra och inte lyssna på direktiv beskrivs som några sätt att hantera situationen när patienten utsätts för tvång (Holmes et al., 2004; Lilja & Hellzén, 2008; Wynn, 2004). Att protestera mot den givna vården kan vara ett sätt att behålla sin identitet och sin självkänsla (Lilja & Hellzén, 2008). Andra sätt att hantera tvångsvården är att sova hela dagen, att anta ett trotsigt beteende, bli resignerad och passiv eller att uttrycka känslor som ilska och raseri (Holmes et al., 2004; Lilja & Hellzén, 2008).

Studier visar att vissa patienter hanterar sin tvångsvård genom vad de kallar 'spela spelet', vilket bland annat innebär att förbli lugn, inte vara aggressiv och att spela med institutionens regler för att förkorta sin isolering (Holmes et al., 2004; Meehan et al., 2000). Patienter beskriver hur de vid försök att uttrycka önsknings, exempelvis att få skrivas ut, kan få en förlängd vårdtid. Det är därför bäst att vara tyst, hålla med och inte protestera (Olofsson & Jacobsson, 2001). Att ha ett medgörligt kroppsspråk anses vara ett sätt att få en större fördel hos sjuksköterskor. Ju medgörligare uppföranden desto nöjdare tycks vårdgivarna bli och konsekvensen är en mer positiv personal-patient-relation. Utåtagerande uppförande kan också dra personal närmare och även om det är negativ uppmärksamhet blir patienten i fråga försäkrad om att denne inte är ensam och övergiven (Holmes et al., 2004).

### **7:4 Att bli väl omhändertagen**

Tvångsvård kan vara skyddande och nödvändig och behöver inte alltid innebära att patienten känner sig tvingad (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002).

Avdelningar beskrivs som ett ljus i mörker och en plats där det finns trygghet och tid för återhämtning (Lilja & Hellzén, 2008). Patienter berättar om upplevelsen av att bli väl omhändertagen, att få personlig service och uppmärksamhet och om en förbättring under sin vårdtid. Vidare får vissa möjligheten att delta i somliga delar utav deras vård, till exempel

deltagande i upprättandet av sin vårdplan (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001).

Isoleringsrum kan uppfattas som en säker miljö och en nödvändig säkerhetsåtgärd då patienten får kontroll över sin situation samtidigt som åtgärden kan fylla ett syfte i att hantera våldsamt och destruktivt beteende samt aggressioner (Meehan et al., 2000). Sängskenor som används på en gerontologisk rehabiliteringsavdelning beskrivs som att de ger en känsla av säkerhet och till exempel påminner personen om att be om hjälp vid uppgång (Gallinagh et al., 2001).

Tillstånd att få åka hem från vårdavdelningen under en tid ger känslan av en viss frihet och detta är högt värderat (Johansson & Lundman, 2002). Att kunna lämna avdelningen kan ge möjlighet för patienter att återfå en känsla av autonomi och känna att de kommer att få tillbaka sin frihet (Andreasson & Skärsäter, 2012). Hospitalisering anses kunna vara nödvändig bland annat då den stoppar patienter i deras självskadebeteende och förhindrar ytterligare skador, både på patienten själv och personer i dennes närhet (Katsakou et al., 2012). En studie visar att patienter anser att förhindrandet av skador på sig själv eller personal kan ske genom nödvändig bältesläggning. Bältesläggning kan uppfattas som lugnande samtidigt som tvångsmedicinering kan uppfattas som en lättnad (Wynn, 2004). Patienter beskriver sina hälsoproblem som för allvarliga för mindre intensiv behandling än tvångsvård och behandling på sjukhus sägs kunna vara nödvändig (Katsakou et al., 2012). Patienter menar att tvångsvård kan rättfärdigas när denne inte ser sin sjukdom och det så kallade frihetsberövandet kan vara förståeligt för vissa (Johansson & Lundman, 2002; Kuosmanen et al., 2007). Även när tvångsvården är rättfärdigad är det viktigt att patienten får prata om sin upplevelse och får hjälp att förstå nödvändigheten i det tilltagna tvånget, detta bör ske genom samtal när situationen lugnat ned sig (Andreasson & Skärsäter, 2012). Vårdtiden kan tillfredsställa behov och åtgärder som övervakning kan ses som extra säkerhet och uppmärksamhet. Tvångsvård beskrivs också som att den bli mer positiv med tiden och att den kan uppfattas som frivillig vård (Johansson & Lundman, 2002).

## **8 Diskussion**

### **8:1 Metoddiskussion**

Vid sökningar av artiklar upplevde vi en viss svårighet i att hitta aktuell, vårdvetenskaplig publicering som utgick från patientens perspektiv. Trots detta har vi nu elva relevanta artiklar, varav två är medicinska och nio är vårdvetenskapliga.

De två medicinska artiklarna som valdes anser vi svarade väl på studiens syfte och bidrog med viktig och relevant kunskap. En av medförfattarna, Len Bowers, till den medicinska artikeln av Katsakou et al. (2012) är i grunden psykiatrijuksköterska och numera professor. Huvuddelen utav artiklarna i studien är vårdvetenskapliga, detta för att få den rätta inriktningen.

Från att ha tänkt använda ett syfte inriktat på psykiatri övergick vi till ett mer öppet perspektiv om tvång inom vården. Kommande sökningar besvarade dock inte det vi eftersökte till studien, med undantag för en artikel som speglar äldres synsätt på tvångsåtgärder. På grund av att vi till en början eftersökte upplevelser från psykiatrin kan denna studie anses ha en relativt snäv resultatskildring, när det gäller omständigheterna kring deltagarna. Även vid de mer breda sökningarna gällande begreppen tvångsvård och tvångsåtgärder var mestadels av artiklarna inriktade på upplevelser utifrån patienter inom den psykiatriska vården, vilket har påverkat vårt val av artiklar. Kanske hade andra sökord och användandet av andra databaser gjort att vi fått fler träffar innehållande artiklar vilka inte varit inriktade på psykiatri, vilket hade kunnat påverka vårt resultat.

Inga artiklar publicerade innan år 2000 valdes till studien, vilket gjorde att vi fick ett relativt tidsenligt resultat. Detta urval gjorde också att vi fick ett mindre antal träffar vid sökningarna och gjorde det lättare att arbeta igenom träfflistan efter relevanta artiklar.

Vi har i denna studie diskuterat delar av resultatet utifrån svensk kompetensbeskrivning för sjuksköterskor samt utifrån svensk lag. Vi är dock medvetna om att flertalet länder vilka studierna härstammar från har annan lagstiftning, annan kompetensbeskrivning och möjligen ett annat förhållningssätt vid omvårdnad. Vi förstår att detta kan påverka innehållet i studien, men då det är patientens subjektiva upplevelse som beskrivits anser vi inte att det är av avgörande karaktär.

## **8:2 Resultatdiskussion**

Patienter anser att autonomi blir kränkt då andra tar beslut åt dem (Hoekstra et al., 2004). Tännsjö (1990, s. 107) menar att en persons autonomi kan vara lättare att bevara då alternativ, som inte är önskvärda för personen, ställs framför denne. Detta beror på att en individ, kanske ännu mer i en ”icke önskvärd situation”, kan välja att inte ge bort sin beslutsrätt till någon annan. Enligt Tännsjö är det personen själv som bestämmer om denne ska bevara autonomi eller inte. Detta leder till frågeställningen om det innebär att de som upplever sin autonomi kränkt har valt att ge bort sin beslutsrätt. Det framkommer att autonomi kan begränsas för de

patienter som inte kan lämna sängen på grund av sängskenor eller bord ovanför sängen (Gallinagh et al., 2001). För andra kan en känsla av autonomi återfås när de får lämna avdelningen (Andreasson & Skärsäter, 2012). Liknande upplevelser framkommer i en studie av Shattell, Andes och Tomas (2008) där den efterlängtrade utsidan beskrivs som frihet. En sjuksköterska i samma studie anger att underbemanning är en bidragande faktor till varför patienter inte kommer ut oftare. Andra brister som patienter påpekar skyller sjuksköterskor på administrationen då de betonar vikten av att sjuksköterskor inte ska arbeta övertid. Detta kan ses som en möjlig anledning till en bristfällig vård. Kan det vara så att sjuksköterskornas vilja att ge god vård står i motsats till administrationens vilja att effektivisera?

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn genomsyra sjuksköterskans alla kompetensområden. Bland annat ska helhetssynen göra att personal visar omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet. Likaså ska värdegrunden vila på en humanistisk människosyn. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763) refererar till lag 1997:142 där det står att: ”vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värde”. I denna studie är majoriteten av deltagarna patienter inom den psykiatriska sektorn och det framkommer hur vissa upplever att de inte har samma värde som friska människor och att de känner sig underlägsna som mänskliga varelser när deras identiteter blir kränkta (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Gault (2009) undersöker i sin studie hur vårdtagare som uppfattar sig blivit utsatta för tvång upplever dessa erfarenheter. I studien berättar patienter att de förlorat sin identitet och autonomi och att deras självbild tagit skada av den givna vården. Det ter sig som att de riktlinjer och lagar som finns till för att skydda den enskilda patienten inte alltid implementeras i verkligheten. Är det inte självklart att sjukvården ska arbeta för att förbättra patientsynen hos vårdarna och därmed främja god vård och adekvata rättigheter?

I vår studie framkommer det att kontakt med personal kan göra det lättare för patienter att uppskatta tiden på sjukhuset och ge uppmärksamhet och säkerhet till patienten (Johansson & Lundman, 2002). Olofssons och Norbergs (2001) studie visar på att mänsklig kontakt och att personal har mer tid och lyssnar mer kan verka förebyggande för tvångsutövning. Även i en studie av Haglund, von Knorring och von Essen (2003) menar patienter att mer dialog skulle kunna fungera som en förebyggande åtgärd. Däremot nämner inte sjuksköterskorna, i samma studie, några alternativ till den aktuella tvångsåtgärden samtidigt som deltagande sjuksköterskor anser att ett alternativ bara skulle fungera som en kortsiktig lösning. Kanske kan detta tolkas som att uppmärksamhet från personal inte bara ger en känsla av säkerhet och underlättar vårdtiden utan också kan fungera som ett alternativ till tvångsåtgärder. Samtidigt

kan det, med Haglund et al. (2003) resultat i åtanke, spekuleras i om sjuksköterskor ibland kan vara ovilliga att använda sig utav alternativ till tvångsåtgärder. I LPT (SFS 1991:1128) står det att mindre ingripande åtgärder ska användas om dessa är tillräckliga. Om det är så att sjuksköterskorna faktiskt väljer att utöva tvångsåtgärder i stället för att se över alternativen skulle det alltså innebära att de bryter mot lagen.

Sjuksköterskor upplevs inneha all makt och patienter upplever sig bli utsatta för maktutövande där personal bland annat använder makt för att få patienter att göra som de vill (Andreasson & Skärsäter, 2012; Hoekstra et al., 2004; Katsakou et al., 2012; Kuosmanen et al., 2007; Lilja & Hellzén, 2008; Wynn, 2004). I Olofssons och Norbergs (2001) studie framkommer också en känsla av maktlöshet hos patienter och de menar att vad de än gör så kommer någon slags tvång att användas. Deltagare i Johanssons et al. (2009) studie beskriver hur deras självbestämmande stärks genom att få vara delaktiga i sin vård, vilket innebär att få vara en del av beslutstaganden och planering samt att få prata om tankar och känslor. Genom att ta kontroll och uttrycka åsikter försöker patienter influera vården, gällande till exempel när de ska bli utskrivna eller lämna avdelningen. Kanske kan motsatsen till maktutövningar ses när patienter får möjlighet att vara delaktiga. Tännsjös (1998, s. 110-112) beskrivning av en autonom person, ”hon gör vad hon väljer att göra (därför att hon väljer det) och väljer att göra som hon gör därför att hon vill det”, kan innebära att när en patient utsätts för tvång, till exempel utav regler och rutiner de inte själva valt, blir han eller hon ifråntagen sin möjlighet till att vara en autonom person. Å andra sidan skriver Tännsjö att en person inte alltid har en absolut rätt till respekt för dennes personliga autonomi (Tännsjö, 1998, s. 116-117). Enligt Tännsjö (1998, s. 116-117) kan den personliga autonomin kränkas, exempelvis genom manipulation, i de fall som det ligger i personens intresse, trots att det går emot patientens egna värderingar. En handling kan ske mot personens vilja om handlingen är ’rätt och riktig’. Definitionen av ’rätt och riktigt’ och från vems perspektiv det skulle utgå framkommer dock inte. Frågan kan ställas vem som avgör vad personens bästa är. Om en handling sker mot en människas vilja för att främja dennes välbefinnande ställs också frågan om denna handling kommer att göra gott även i framtiden och om det som var rätt och riktigt nu även kommer att vara det senare. Detta borde vara närmast omöjligt att besvara och det kan därmed diskuteras om vi någonsin kan veta vad som är rätt och riktigt och om vi har rätten att bestämma över någon annan.

Tvång i sig inte behöver vara det mest typiska hotet mot en persons autonomi, utan snarare kan manipulation vara orsaken (Tännsjö, 1990, s. 107). Manipulation menar Tännsjö (2002, s. 29) kan vara när en patient inte får tillgång till information som är relevant för honom eller

henne. Denna typ av manipulation har framkommit i studiens resultat och i samband med det också ett misstykke från vårdtagarna. Patienter beskriver en bristande information gällande flera delar i deras vård (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Meehan et al., 2000; Olofsson & Jacobsson, 2001; Wynn, 2004). LPT (SFS 1991:1128), som hänvisar till lag 2000:353, beskriver hur tvångsåtgärder endast får utövas mot patienter som trots personligt anpassad information inte medverkar frivilligt till vården. I HSL (SFS 1982:763) står det att läsa hur patienter ska ges individuellt anpassad information. Även Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning skildrar vikten av information och uppmanar att sjuksköterskor ska förvissa sig om att patienten har förstått den information som delgivits. Att vårdtagare uttryckligen frågar efter personcentrerad information, förbättrad kommunikation och i vissa fall blir överraskade utav använda tvångsåtgärder är ytterligare bevis på att vårdtagare inte får den information som är dem relevant (Andreasson & Skärsäter, 2012; Meehan et al., 2000; Wynn, 2004). Med Tännsjös (1990, s. 107) definition av hot mot autonomi i åtanke verkar det som att det inte är de faktiska tvångsåtgärdena, utan snarare personalen, som i detta fall hotar patienternas autonomi. Detta genom att vissa undanhåller relevant information för de berörda patienterna. På grund av detta undanhållande av information bryter också personal mot kompetensbeskrivningen för sitt yrke samt lagar som implementerats.

Det framkommer att patienter inte får svar på ställda frågor och inte får vara delaktiga i sin vård, till exempel i beslutstaganden (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001). Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor beskrivs det tydligt att patienter ska bemötas med en kommunikation som genomsyras av empati och respekt samtidigt som patienten, genom dialog med sjuksköterska, ska ges vägledning och stöd för att möjliggöra maximal delaktighet. I LPT (SFS 1991:1128) står det att vårdplanen så långt som möjligt ska upprättas i samråd med patienten. Även i HSL (SFS 1982:763) beskrivs att en plan för patienten ska upprättas tillsammans med den enskilde, när detta är möjligt. Med tanke på Tännsjös (1990, s. 107) idéer gällande manipulation kan kanske även bristande delaktighet tolkas som en slags manipulation. Avsaknaden av delaktighet verkar tyda på en ofullständig följsamhet till kompetensbeskrivningen och berörda lagar.

Resultatet visar hur patienter 'spelar spelet' för att kunna förkorta isoleringstiden och hur det faktum att de har ett medgörligt kroppsspråk kan ge fördelar hos sjuksköterskepersonalen (Holmes et al., 2004). Detta framkommer också i Gaults (2009) studie där patienter utarbetar strategier för att bland annat utsättas för mindre direkt tvång. Följderna blir mer "gynnsamma" när patienter använder sig av dessa strategier och samarbetar, eller i alla fall får

det att framstå som att de samarbetar. Det verkar som att patienter måste förstå sig för att få den vård de vill ha och frågan är om det föreligger en viss risk för ojämlig vård när ett visst beteende ger fördelar. Lützén (1998) fynd visar att sjuksköterskor ofta är de som bedömer patienters förmåga att ta egna beslut och trots att de försöker vara objektiva i sina bedömningar menar Lützén att något sådant inte är möjligt, eftersom bedömningar alltid är baserade på tolkningar och åsikter. Kanske kan detta göra att vården varierar beroende på vilken vårdare det är som gör bedömningarna. Vidare fann Lützén (1998) att sjuksköterskor gick på intuition för att veta vad de skulle göra om patienten gick emot deras beslut och att handlingarna som följde var relaterade till sjuksköterskornas tidigare erfarenheter av liknande karaktär. Frågan är om patienter har en möjlighet till att få personanpassad vård om beslut tas baserade på sjuksköterskors intuition och tidigare erfarenheter och om det inte föreligger en risk för förlust av individualitet för patienterna. Sådan typ av förlust visar denna studies resultat på då patienter går ifrån att vara en unik individ till en del av ett kollektiv (Lilja & Hellzén, 2008). Patienter känner att det kan vara bäst att förbli tysta och hålla med vårdpersonalen eftersom framläggande av önskingar kan påverka deras vård, i detta fall med förlängd vårdtid (Olofsson & Jacobsson, 2001). Shattells et al. (2008) studie tyder också på en påverkan på patienters vård, på grund av yttrade åsikter. Patienter berättar i deras studie hur de kan komma att riskera utskrivning då de delger kritik mot personal och handlingar. Det verkar som att patienter kan ha en inskränkt rätt att yttra sig då de upplever en rädsla för att få sin vård negativt påverkad. Kan det vara så att i stället för att ta till vara på patienters åsikter för att utveckla och förbättra vården tar personal den kritik som framkommer personligt? Vem kan bättre säga vad som ska utvecklas och ändras om inte patienten, som är den faktiska person vilken upplever vården?

Tännsjö (2002, s. 156) skriver att en psykiskt sjuk person har en lika stor rätt till att bestämma över sin behandling som en person som inte är psykiskt sjuk, förutsatt att personen nått ett sinnestillstånd där denne kan ge uttryck och bestämma själv över sitt omdöme. Eftersom icke psykiskt sjuka personer kan hålla fast vid övertygelser ska psykiskt sjuka också ha samma möjlighet, förutsatt att de personliga övertygelserna inte är baserade på tvångsmässiga orsaker (vilka inte ändrar sig trots nya argument). Tännsjö (2002, s. 156) menar vidare att när en person som till exempel genomlidit en akut fas av en psykos och hon eller han nu kan ta autonoma beslut, bör denne själv få besluta över sin vård. Denna respekt från sjukvården ska gälla även om personen vill ta sitt liv. Med utgång i Tännsjö's idéer om att en person ska få välja att ta sitt liv eller ej, så länge han eller hon inte är i en akut fas av en psykos samt kan fatta ett autonomt beslut, innebär det då att en person närhelst ska få ta beslut



även om det resulterar i självskador? Denna studies resultat visar att det finns patienter som i efterhand anser det varit nödvändigt med tvångsåtgärder för att stoppa dem från att skada sig själva (Katsakou et al., 2012; Wynn, 2004). För sjukvårdspersonal kvarstår då frågan hur det ska vara möjligt att värna om patientens hälsa om ingripande mot självskadebeteende inte skall göras.

### **8:3 Praktiska implikationer och förslag till fortsatta studier**

Med denna studie har vi förhoppningar om att kunna förbättra medvetenheten om patienters upplevelse. Efter denna studie har vi förstått att det är en brist på ny forskning inom ämnet. Detta har bland annat visat sig i de mest tidsenligt publicerade artiklar vi läst (vilka varit ett fåtal) då många utav dem har haft samma referenser, vilket vi tycker tyder på ett bristfälligt utbud. Även vid vår datainsamling hade vi svårt att hitta aktuell och relevant forskning. Många av artiklarna som uppkom vid sökning var publicerade innan 2005. På grund av dessa faktorer anser vi att ytterligare forskning inom ämnet 'patienters upplevelse av tvångsvård och tvångsåtgärder' bör göras.

Som vi tidigare nämnt i vår metoddiskussion har vi haft vissa svårigheter att hitta studier som granskat tvång utanför den psykiatriska sektorn och tänker därför att det med fördel skulle kunna bedrivas mer forskning utanför detta ämne. Kanske skulle forskningen kunna inriktas på äldres eller funktionshindrade personers upplevelser av tvång i sin vård. Detta för att få en bredare bild utav tvånget inom vården och dess konsekvenser.

I vår studie framkom att patienter ibland använder sig utav olika rollspel för att påverka den vård de får. Detta ämne skulle mycket väl också kunna ligga till grund för fortsatta studier, där forskarna skulle kunna undersöka samspelet mellan patienter och vårdare när tvång utövas. Med fördel skulle andra teoretiska referenser kunna användas för att komma framåt i diskussionen kring upplevelserna av tvång, till exempel skulle följderna av maktutövande kunna sättas i fokus.

## 9 Referensförteckning

Artiklar markerade med \* ingår i resultatet i denna studie.

- \*Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 15-22.
- \*Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing, 10*, (13), 852-859.
- Gault, I. (2009). Service-users and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health and Social Care in the Community, 17*, (5), 504-513.
- Haglund, K., von Knorring, L., & von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 65-72.
- \*Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., & Jansen, M. G. M. J. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 276-283.
- \*Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 25*, 559-578.
- \*Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 639-647.
- Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielsson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, (6), 501-507.
- \*Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 1169-1179.
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing ethics, 17*, (1), 65-76.
- \*Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., & Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics, 14*, (5), 597-607.
- Lawrence Neuman, W. (2006). *Social research methods – Qualitative and quantitative approaches* (6 uppl.). Pearson Education.
- \*Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, 279-286.
- Lützén, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 101-107.
- Malmsten, K. (2008). Hur kommer det sig att Hannah känner som hon känner?. I K. Malmsten (Red.), *Etik i basal omvårdnad* (s. 69-101). Lund: Studentlitteratur.
- \*Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing, 31*, (2), 370-377.
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing, 28*, (1), 45-53.
- \*Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*, 357-366.

- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (1), 89-97.
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., & Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric services*, 61, (10), 1012-1017.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet
- SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. Socialdepartementet.
- SFS 1991:1129. Lag om rättspsykiatrisk vård. Socialdepartementet.
- SFS 2004:168. Smittskyddslagen. Socialdepartementet.
- Shattell, M. M., Andes, M., Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15, (3), 242-250.
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa* (s. 711-746). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tvång (n.d.) I *Nationalencyklopedin*. Hämtad oktober, 30, 2012 från [http://www.ne.se/sve/tvång?i\\_h\\_word=tvång](http://www.ne.se/sve/tvång?i_h_word=tvång)
- Tännsjö, T. (1990). *Vårdetik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Tännsjö, T. (1994). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales.
- Tännsjö, T. (1998). *Vårdetik (3 uppl.)*. Stockholm: Thales.
- Tännsjö, T. (2002). *Tvångsvård – Om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales.
- Tännsjö, T. (2008). Respekt för patientens autonomi – i klinik och i forskning. I G. Silfverberg (Red.), *Vårdetisk spegel* (s. 15-29). Ersta Sköndal Högskola.
- \*Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, (1), 124-144.

## Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL Plus with Full Text	Psychiatric Coercion Experience  <i>Avgränsning:</i> Full text Peer-reviewed	11	1
CINAHL Plus with Full Text	Seclusion Patient Experience  <i>Avgränsning:</i> Peer-reviewed	17	1
CINAHL Plus with Full Text	Coercion Psychiatric Patient  <i>Avgränsning:</i> Abstract available Peer-reviewed All adults English År 1993-2012	32	1
CINAHL Plus with Full Text	Patients Experience Psychiatric  <i>Avgränsning:</i> Peer-reviewed Patients attitudes	43	1
CINAHL Plus with Full Text	Restraint Nursing (publication) Experience  <i>Avgränsning:</i> Peer-reviewed	71	1
PsycINFO	Restraint Patient Experience Psychiatry	56	1
PsycINFO	Coercion Patient Experience  Sorterat på senast publicerat.	433	1
PubMed	Commitment of mentally ill (Mesh) Patient (Mesh)  <i>Avgränsning:</i> English	125	1

## Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Andreasson, E., & Skärsäter, I.	Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan	2012, Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Beskriva patienters erfarenheter och föreställningar om vården av tvångsbehandling under akut psykos.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> Via strategisk selektion. Tolv deltagande (sju män och fem kvinnor).</p> <p>Inklusionskriterier: Tvångsvårdad, diagnostiserad psykosjukdom, tala och förstå svenska.</p> <p>Exklusionskriterier: Vanföreställningar, kommunikationssvårigheter.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Intervjuer med hjälp av intervjuguider, gjorda för syftet av studien.</p> <p><i>Analys:</i> Systematisk analys.</p>	<p>Få behövt stöd</p> <p>Få god vård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Att personalen ska visa omtanke och vara pålitliga.</li> <li>- Uppskattat att ha en vanlig konversation.</li> <li>- Få information som speglade verkligheten.</li> </ul> <p>Få behövt skydd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibland ansågs tvångsvården vara behövd och skyddande.</li> </ul> <p>Få hjälp med förståelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Få information för att kunna förstå situationen och ta beslut.</li> <li>- Anpassad information.</li> </ul> <p><u>Uppleva respektfull vård</u></p> <p>Bekräftas som en mänsklig varelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inte känna sig osynlig.</li> <li>- Viljan att bli tagen på allvar.</li> <li>- Viljan att bli sedd bakom sina symtom.</li> </ul> <p>Oberoende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha kvar autonomi.</li> <li>- Kunna kvarhålla viss kontroll.</li> <li>- Behovet att kunna lämna avdelningen.</li> </ul>

					Deltagande - Medverkande i vårdplanering.
Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L.	Perceptions of older people who have experienced physical restraint	2001, Storbritannien, British Journal of Nursing	Undersöka uppfattningarna från äldre som blivit utsatta för fysiskt tvång på en gerontologisk/rehabiliteringsavdelning	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> 17 deltagare (tio män och sju kvinnor), mellan 68-82 år.</p> <p>Inklusionskriterier: Över 65 år, patient på en gerontologisk/rehabiliteringsavdelning, nyligen (inom de senaste veckorna) ha upplevt eller upplever en form av fysiskt tvång, förstå syftet med studien och ha förmågan att framföra sina känslor gällande ämnet.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Användning av SEBR-instrument (Subjective Experience of Being Restrained), vilket innehåller semi-strukturerade frågor. Bandinspelning.</p>	<p><u>Känsla av säkerhet</u> Be om hjälp innan uppgång.</p> <p><u>Intrång på autonomi</u> Begränsad autonomi.</p> <p><u>Begränsning</u> Obehag.</p> <p><u>Kontroll</u> Begränsningarna till nytta för personalen.</p>

				<p><i>Analys:</i> Innehållsanalys, Sandelowski's ramar.</p>	
Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., Jansen, M. G. M.	Seclusion: the inside story	2004, Nederländerna, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att hos kroniska psykiatripatienter få en bättre förståelse utav upplevelsen av isoleringsrum.	<p>Utforskande, kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> Sju deltaganden (fyra kvinnor och tre män). Ålder mellan 29 – 41.</p> <p>Inklusionskriterier: Kunna svara på ämnet för studien, frivilligt deltagande samt kunna tala tillräckligt bra Holländska.</p> <p>Exklusionskriterier: Allvarliga störningar.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Intervjuer, bandinspelning.</p> <p><i>Analys:</i> Grounded theory, Winmax Scientific Text Analysis.</p>	<p><u>Autonomi</u> Bristande makt. Sjuksköterskorna har all makt och bestämmer vad som ska eller inte ska göras. Inte bli lyssnad till. Andra tar beslut åt patienten. Inte prata med någon efter händelsen. Väldigt lite stöd.</p> <p><u>Ensamhet</u> Att bli isolerad skapar starka känslor av ensamhet.</p>

Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A.	The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective	2004, Kanada, Issues in Mental Health Nursing	Beskriva och få en utökad förståelse av patienter med en allvarlig och ihållande psykisk störning, som var placerade i isoleringsrum på en stängd psykiatrisk enhet.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> Sex deltagare.</p> <p>Inklusionskriterier: Psykisk störning, stabil i förhållande till sina symtom och blivit isolerad inom de senaste sju dagarna (från intervjun).</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semi-strukturerade intervjuer med tillhörande frågor med öppna slut samt dokumentation.</p> <p><i>Analys:</i> Innehållsanalys, enligt 'Colaizzi's' steg.</p>	<p><u>Känslomässiga konsekvenser av isolering</u> Negativa känslor; rädsla, ilska, övergivenhet, skam och sorg. Våldsamt beteende.</p> <p><u>Patienters uppfattning om isolering</u> Återväckande av redan tidigare känsla av övergivenhet och ensamhet. Bli straffad.</p> <p><u>Copingstrategier under isoleringen</u> Inte lyssna på direktiv. Förstöra objekt. 'Spela med'. 'Medgörligt kroppsspråk'.</p>
Johansson, A. & Lundman, B.	Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses	2002, Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Belysa upplevelsen av att bli ett subjekt för psykiatrisk tvångsvård.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> Fem deltagare (tre kvinnor och två män), mellan 27 – 49 år.</p>	<p><u>Begränsas i sin autonomi</u> Vård som överväldigar med obefintlig flexibilitet och regler. Få vård utan att ha godkänt den. Att inte få välja. Önskan om frihet.</p>



				<p><b>Inklusionskriterier:</b> Tvångsintagen på psykiatrisk avdelning någon gång under de senaste två åren samt bedömd att klara av intervjun utan att riskera sin mentala hälsa.</p> <p><b>Exklusionskriterier:</b> Rättspsykiatriska patienter.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Intervjuer med narrativ inriktning. Spelades in med bandspelare. Ordagrann transkribering.</p> <p><i>Analys:</i> Fenomenologisk hermeneutisk analys.</p>	<p><u>Vara utstött och inte bli sedd eller hörd</u> Bristande information eller medgivande. Att bli ignorerad. Personal som är ointresserad. Önskan om bättre kontakt med personalen.</p> <p><u>Bli respekterad som en invidid</u> Ha ansvar över sin egen vård. Deltaga i beslut.</p> <p><u>Bli skyddad och omhändertagen</u> Sjukhusvistelsen kan vara trevlig och tillfredsställa behov. Bli skyddad vid självskadebeteende. Bli väl omhändertagen.</p>
Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S.	Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study	2012, Storbritannien, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Utforska tvångsvårdade patienters tillbakablick på om deras hospitalisering varit rätt eller fel.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> 59 tvångsintagna patienter (25 kvinnor, 34 män).</p> <p>Patienterna var utvalda ur en tidigare kvantitativ</p>	<p>Patienterna blev uppdelade i grupper efter vad de i föregående studie delgivit för upplevelse angående deras hospitalisering. Författarna kunde sedan identifiera tre grupper i resultatet samt likheter som majoriteten av deltagarna uppgav.</p> <p><u>Likheter</u> Inte få tillräcklig information.</p>

				<p>studie. Både patienter som tyckte att vården varit rätt och fel togs med i studien.</p> <p>Patienter av olika karaktär (t.ex. ålder, kön, etnicitet, diagnos) inneslöts i urvalet.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semi-strukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Grounded theory, tematisk analys och MAXqda software.</p>	<p>Känsla av att personal hade makt över patienterna. Inte vara involverad i sin vård. Känsla av att inte ha kontroll. Otillräcklig information om rättigheter.</p> <p><u>Varför vården varit rätt</u> Behovet av tvångsintagningen. Svårt att veta när hjälp behövdes. Självsikaderisk. Sjukhuset som en säker plats.</p> <p><u>Varför vården varit fel</u> Hade kunnat få hjälp genom öppenvård etc. Behov av hjälp, men inte genom tvång. Sjukhusvistelsen hade en negativ påverkan av den mentala hälsan.</p>
Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., & Välimäki, M.	Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective	2007, Finland, Nursing Ethics	Ta reda på om patienter upplevt frihetsberövande under deras psykiatriska hospitalisering och deras syn på det.	<p>Utforskande kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> Patienter som var i utskrivningsprocessen, på två stängda psykiatriska akutavdelningar.</p> <p><i>Inklusionskriterier:</i> Tala finska, ålder över 18, att ge sitt skriftliga medgivande till deltagandet och frivilligt</p>	<p><u>Restriktioner i kommunikation:</u> För få möjligheter att kommunicera med andra medpatienter.</p> <p><u>Tvångsåtgärder:</u> Förlust av frihet då de tvingats till olika tvångsåtgärder (isolering, tvångsmedicinering, bältesläggning).</p>

				<p>vilja delta.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer.</p> <p><i>Analys:</i> Innehållsanalys.</p>	
Lilja, L., & Hellzén, O.	Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation.	2008, Sverige, International Journal of Mental Health Nursing	Att utöka förståelsen av hur tidigare psykiatriska slutenvårdspatienter upplevde sin vårdtid på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> 10 tidigare patienter (sju män och tre kvinnor).</p> <p>Konsekutiv typinsamling.</p> <p>Inklusionskriterier: Frigivna deltagare som redan genomfört deras aktiva medicinska behandling.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semi-strukturerade, djupgående intervjuer, bandinspelning, verbal transkribering.</p> <p><i>Analys:</i> Innehållsanalys.</p>	<p><u>Strävan efter en känsla av kontroll i ett främmande och skrämmande sammanhang:</u> Coping genom att antingen protestera, sova sig igenom dagen eller adaptera sig till miljön.</p> <p><u>Ge efter för förtryckande vård:</u> Händselös vård, som att bli förvarad och isolerad från samhället. Distans mellan vårdare och patient, patienterna bedöms inte unikt utan kollektivt där uppförande är nära associerat med identitet.</p> <p><u>Vård som ljus i mörkret:</u> Vård som positiv, som ett ljus i mörkret.</p>

Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C.	Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation.	2000, Australien, Journal of Advanced Nursing	Få fram uppfattningen om isolering.	<p>Naturalistisk kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> 12 deltagare.</p> <p><i>Inklusionskriterier:</i> Ha upplevt isolering de senaste sju dagarna, vara tillräckligt 'installerad' att delta, kunna tala och förstå engelska, kapabel att ge ett informerat samtycke.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semi-strukturerade och tematiskt organiserade intervjuer, bandinspelning.</p> <p><i>Analys:</i> 'Betydande kategorisering'.</p>	<p><u>Användandet av tvång:</u> Bristande information om vårdregler. Isolering som en säker miljö.</p> <p><u>Emotionell påverkan:</u> Ilska på grund av isolering.</p> <p><u>Upprätthålla kontroll:</u> Strategier för att klara av isolering. Vara lugn för att slippa isolering.</p> <p><u>Personal-patient interaktion:</u> Bristande kommunikation. Bristande stöd.</p>
Olofsson, B., & Jacobsson, L.	A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about subjected	2001, Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Beskriva hur tvångsvårdade hospitaliserade psykiatripatienter berättade om deras upplevelser av tvång samt deras tankar kring	<p>Kvalitativ studie. Beskrivande-utforskande med narrativ inriktning.</p> <p><i>Urval:</i> 18 tvångsvårdade psykiatripatienter mellan 19 – 52 år deltog.</p>	<p><u>Inte bli respekterad som en människa</u> Inte bli involverad i sin egen vård:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inte bli lyssnad på och inte bli hörd.</li> <li>- Inte bli svarad.</li> <li>- Bäst att förbli tyst.</li> <li>- Bristande information.</li> <li>- Svårigheter att förstå anledningen till vården.</li> </ul>

	to coercion		att förhindra tvång.	<p>Inklusionskriterier: Svensktalande, tvångsintagen, ha felfri hör- och talförmåga och planerad avslutad tvångsvård inom tre dagar.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Intervjuer med narrativ inriktning, med bandinspelning och ordagrann transkribering.</p> <p><i>Analys:</i> Kvalitativ innehållsanalys inkluderande domäntolkning och tematisk analys.</p>	<p>Få vård som uppfattas som meningslös och inte bra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Att inte få sina problem tagna seriöst.</li> <li>- Personal med bristande kompetens.</li> <li>- Upplevelsen av att personal njöt av att använda tvång.</li> </ul> <p>Vara en sorts sämre människa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inte bli talad till.</li> </ul> <p><u>Bli respekterad som en människa</u> Bli involverad i sin egen vård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bli involverad i planering.</li> <li>- Få information och motivation.</li> </ul> <p>Mottaga bra vård</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vikten av att spendera tid tillsammans med personalen.</li> </ul> <p>Vara en mänsklig varelse som alla andra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viljan att bli talad till och litad på som 'vanliga människor'.</li> <li>- Tillfredsställelsen i att kunna åka hem några timmar.</li> </ul>
Wynn, R.	Psychiatric inpatients' experiences with restraint	2004, Norge, The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology	Ta reda på patienters (inom slutenvården) upplevelser av tvång.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Urval:</i> 12 patienter (nio män och tre kvinnor) inom slutenvård. Ålder mellan 21 – 60 år.</p>	<p><u>Upplevelsen av fysiskt och medicinskt tvång</u> Rädsla, oro. Påmind om tidigare sexuella utnyttjanden. Hjälplöshet och sårbarhet.</p> <p><u>Tankar kring konsekvenserna av att ha blivit tvångsbehandlad</u> Ilska riktad mot personal.</p>

				<p>Ändamålsenligt urval; patienter som nyligen blivit utsatta för tvång och var i ett tillstånd där de kunde medverka i en intervju.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Intervjuer med bandinspelning.</p> <p><i>Analys:</i> Grounded theory.</p>	<p>Tvånget sett som en demonstration av makt.</p>
--	--	--	--	---	---