



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Omvårdnad (61-90), 30hp

KANDIDATUPPSATS



Att vårdas i någon annans händer

Patienters upplevelser av fastspänning samt isolering

Frida Hedrén och Sarah Rosenlind

Omvårdnad 15hp

Halmstad 2014-06-16



**HÖGSKOLAN
I HALMSTAD**

Att vårdas i någon annans händer
Patienters upplevelser av fastspänning samt isolering

Frida Hedrén
Sarah Rosenlind

Omvårdnad 30 hp (61-90)
Omvårdnad, vetenskapligt arbete 15hp
VT 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



To receive care in someone else's hands

Patients experiences of physical restraint and seclusion

Frida Hedrén
Sarah Rosenlind

Nursing 30 credits (61-90)
Nursing Thesis, 15 credits
Spring 2014

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 Halmstad

Titel	Att vårdas i någon annans händer – Patienters upplevelser av fastspänning samt isolering
Författare	Frida Hedrén & Sarah Rosenlind
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle
Handledare	Jörgen Öjervall, Universitetsadjunkt, Fil.Mag.
Examinator	Inger Flemme, Med.dr
Tid	VT 2014
Sidantal	23
Nyckelord	Fastspänning, isolering, patienters upplevelse, psykiatrisk vård

Sammanfattning

Syfte: Syftet var att belysa patienters upplevelser av tvångsåtgärder i form av fastspänning samt isolering inom den psykiatriska tvångsvården. **Bakgrund:** Lagen om psykiatrisk tvångsvård innebär att samhället har förmågan att beröva en individ sin frihet om denne lider av en allvarlig psykisk störning. Det förekommer tvångsåtgärder så som fastspänning och isolering, dessa ska utövas med så stor hänsyn som möjligt till patienten. **Metod:** Denna studie är en systematisk litteraturstudie som är baserad på 11 vetenskapliga artiklar som är begränsade mellan 2002 och 2014. **Resultat:** En del patienter ansåg att fastspänning är en nödvändig åtgärd men ändå är det många som har negativa erfarenheter av dessa. Fastspänning och isolering gav en känsla av ensamhet och skapade depressiva känslor hos vissa. Patienter upplever att vårdpersonalens närvaro har en positiv effekt. **Slutsats:** Många patienter upplever fastspänning och isolering som bestraffning och inte som vård. . Vårdpersonal kan stödja Känslan av sammanhang vilket kan ha betydelse för hur patienter hanterar stressorer som de utsätts för. **Implikation:** Inom den psykiatriska vården är patienters upplevelser ett outforskat område. Genom att undersöka patienters upplevelse finns det möjlighet att utföra åtgärder på ett mindre integritetskränkande vis. Forskning behövs kring hur det går att minska på tvångsåtgärder då dessa ger upphov till känsla av skam och ensamhet.

Title	To receive care in someone else's hands – Patients experiences of seclusion and restraint
Author	Frida Hedrén & Sarah Rosenlind
Department	School of Social and Health Sciences
Supervisor	Jörgen Öijervall, Lecturer, MSc
Examiner	Inger Flemme, Med.dr
Period	Spring 2014
Pages	23
Key words	Patient experiences, physical restraint, psychiatric care, seclusion

Abstract

Objective: The aim was to highlight patients' perceptions of coercion in the form of physical restraint and seclusion within coercive psychiatric care. **Background:** The law concerning coercive psychiatric care implies that society has the ability to deprive an individual of their liberty if the person is suffering from a serious mental disorder. There are coercive measures such as physical restraint and seclusion; these shall be exercised with as much consideration as possible for the patient. **Method:** This study is a systematic literature review that is based on 11 scientific articles that are limited between 2002 and 2014. **Results:** Some patients feel that physical restraint is a necessary measure, yet many patients have negative experiences with it. Physical restraint and seclusion gave a feeling of loneliness and caused depressive feelings among some. Patients experience that the presence of the professionals has a positive effect. **Conclusion:** Many patients experience the physical restraint and seclusion as punishment and not care. Health professionals can support the feeling of sense of coherence which may be relevant to how patients deal with the stressors they face. **Implication:** In psychiatric care patient experiences is an unexplored area, by do research concerning patients' experiences it is possible to perform actions in a less intrusive manner. Research is needed on how it is possible to reduce the coercive measures as these give rise to feelings of shame and loneliness.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Lagen om psykiatrisk tvångsvård	1
Fastspänning och isolering	3
Etiska aspekter med psykiatrisk tvångsvård	4
Vårdpersonalens roll.....	5
KASAM – känslan av sammanhang	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling.....	7
CINAHL.....	8
PsycINFO	9
PubMed	9
Databearbetning.....	9
Forskningsetiska övervägande.....	10
Resultat	10
Begriplighet.....	10
Jag ville bara veta varför	10
Hanterbarhet	11
Onödigt men ändå nödvändigt	11
Att ha någon nära och känna sig säker	12
Den otillräckliga vårdmiljön.....	13
Att bli utsatt igen.....	13
Meningsfullhet	14
Att bli bemött som medmänniska.....	14
Det var inte mig de ville skydda	15
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17

Begriplighet.....	17
Hanterbarhet	19
Meningsfullhet.....	21
Slutsats.....	22
Implikation.....	23
Referenser	
Bilaga A	
Bilaga B	
Bilaga C	

Inledning

Att vårda en individ som inte vill ha vård skiljer sig markant från den form av vård där individen själv väljer att bli inlagd. Vid tvång kränker man patienters integritet och detta kan ibland innebära en begränsning av individens autonomi. Patienten kan bli utsatt för fysiskt övervåld, detta kan till exempel ske genom fastspänning och isolering. Det har framkommit att av vårdpersonalens upplevelser av att vårda patienter med hjälp av tvång ses fastspänning som en åtgärd som är nödvändig inom den psykiatriska tvångsvården. Fastspänning ses som det bästa alternativet för att hindra patienten från att utsätta sig själv eller andra för fara. Vårdpersonal menar på att fastspänning är av välvilja och ses som en åtgärd som ska vara till hjälp för patienterna (Arlebrink, 2010).

Enligt Ottosson och Ottosson (2007) har en patient alltid rätt att få sin egen personliga integritet respekterad av vårdpersonal. Tvångsvården kan för en patient innebära att någon tar över individens självbestämmande, men trots detta ska alla åtgärder utföras på ett sätt så att patientens integritet inte kränks.

I Sverige har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting startat ett projekt som heter ”bättre vård- minde tvång?”. Genom detta vill man förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt, samt ge en vård som är god och har ett tydligt patientperspektiv. Nästan hälften av slutenvårdsplatserna upptas av patienter som vårdas under tvångsvårdslagstiftning. Syftet är att minska det trauma och kränkningar som förekommer vid tvångsåtgärder. Det framkommer att många patienter inte känner sig delaktiga i den vård och behandling de får (Socialstyrelsen, 2013). Tvångsåtgärder kan leda till traumatiska upplevelser vilket kan resultera i försämrad psykisk ohälsa (Frueh, Knapp, Cusack, Grubaugh, Sauvageot, Cousines, Yim, Robins, Monnier & Hiers, 2005).

Bakgrund

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Att bli vårdad enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) innebär att samhället kan beröva en människas frihet på grund av att hon lider av en allvarlig psykisk störning (Gustafsson, 2010). Detta innebär att man går emot grunden för hälso- och sjukvård vilket är att vården ska ske med samtycke. Detta leder till att samhället har ett extra stort ansvar för att personen ska få ett bra bemötande och att dennes personliga integritet blir respekterad (Ottosson, 2013).

Enligt Gustafsson (2010) var LPT från början menat att det skulle byggas enligt akutvårdprincipen, men blev istället utformad efter vårdlagen. Detta innebär att tvångsvård inte endast får förekomma vid ett akut läge, utan det kan förekomma även då vårdbehovet inte ses som akut, förutsättningen för detta är att kriterierna som står skrivna i lagen föreligger. Då LPT är en vårdlag innebär detta även att det måste förekomma omvårdnad samt terapeutiska inslag.

Enligt Gustafsson (2010) är syftet med tvångsvård enligt LPT att möjliggöra det för patienten att frivilligt medverka till vård samt att acceptera och ta emot det stöd som denne behöver. Så långt som möjligt ska tvångsvård utformas på det sätt så att

patientens personliga integritet respekteras. Tvångsvården ska även användas så kort period som möjligt, samtidigt som patienten ska få den vård och stöd som behövs för att denne ska acceptera vård i frivilliga former. Förutsättningar för tvångsvård har endast reviderats lite sedan lagen trädde i kraft 1991, förutom 2008 då det infördes speciella bestämmelser gällande öppen tvångsvård.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) 3§ säger att tvångsvård endast får ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och att patienten på grund av detta har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som endast kan ges via sluten psykiatrisk tvångsvård, eller behöver få öppen psykiatrisk tvångsvård då särskilda villkor måste iaktas. Levander, Adler, Gefvert och Tuninger (2008) tar upp allvarlig psykisk störning, och för att diagnostiseras med en sådan krävs det att tillståndet är allvarligt till art och grad och det ska även förekomma något av följande symtom; förvirring, tankestörningar, hallucinationer, vanföreställningar, suicidalitet kopplad med psykisk störning, förlust av impuls kontroll eller svår tvångsmässighet.

Enligt LPT (SFS, 1991:1128) 2a§ får tvångsåtgärder enligt LPT endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Kan man bruka mindre ingripande åtgärden ska dessa i första hand användas. Dessa tvångsåtgärder ska utövas så skonsamt som möjligt och man ska bibehålla största möjliga hänsyn till patienten. LPT (SFS, 1991:1128) 2b§ säger att sådana tvångsåtgärder endast får användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information frivilligt kan förmås att medverka till vården. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt.

LPT (SFS, 1991:1128) 4§ säger att beslut som rör intagning på sjukvårdsinrättningar inte får ske utan att läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats. Utav detta vårdintyg ska det framgå att det finns sannolika skäl för att patienten är i behov av sluten psykiatrisk tvångsvård. En särskild läkarundersökning ligger som grund för detta vårdintyg. Denna undersökning får ske endast om det finns skäliga anledningar till det, och en legitimerad läkare utför denna. Skulle patienten inte samtycka till en sådan undersökning får patienten tas om hand för att kunna genomföra den, beslut som rör omhändertagande får endast tas av läkare i allmän tjänst eller läkare som har avtal med landstinget gällande att utföra sådana undersökningar.

Enligt LPT (SFS, 1991:1128) 16§ ska en vårdplan upprättas så snart som möjligt efter patienten tagits in för tvångsvård. Denna ska ange de behandlingsåtgärder samt andra insatser som behövs för att tvångsvårdens syfte ska kunna uppnås samt att resultatet av insatserna ska kunna bestå. Patienten ska så långt som möjligt vara med vid upprättandet av denna vårdplan, och om det inte anses olämpligt ska även dennes närstående vara i samförstånd.

Att bli inlagd under tvång innebär inte att man som patient inte har några rättigheter. Vårdpersonal har skyldighet att möta dessa patienter med respekt. Patienter har också rätt att ta del av sin journal, samt har rätt att överklaga det beslut som har med deras vård att göra, trots att det förekommer tvång. Patienten har också rätt att anlita ett biträde, till exempel ett juridiskt ombud. Är man inlagd under tvång har man också rätt att få en stödperson utsedd, denna stödperson ska finnas med upp till fyra veckor efter det att tvångsvården upphört (Arlebrink, 2010).

Enligt LPT (SFS, 1991:1128) 32§ har patienten rätt till att överklaga beslut tagna av chefsöverläkaren som gäller intagning för tvångsvård. Detta ska ske hos förvaltningsrätten och ska även innefatta en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Genom att informera patienter om varför tvånget används minimeras integritetskränkningen. Patienter ska även få information om sin rätt att överklaga beslut (Ottosson & Ottosson, 2007). I en studie av Peltö-Piri, Engström och Engström (2013) framkommer betydelsen av att respektera patienters rättigheter att själv bestämma och få information om sin behandling. Vårdpersonal har möjlighet att undanhålla information från patienter, detta sker i form av restriktioner. Exempel på dessa kan vara mail, brev och detaljer kring deras behandling.

Fastspänning och isolering

LPT (SFS, 1991:1128) 19§ säger att patienter får fastspännas med bälte eller liknande anordning under en kortvarig tid om det skulle finnas en omedelbar fara för att denna allvarligt ska skada sig själv eller någon annan. Under denna tid ska personal vara närvarande under hela tiden. Det är chefsöverläkaren som fattar beslut kring fastspänning.

Sådan fastspänning sker vanligtvis i en säng, antingen i patientens egen säng i eller i ett särskilt rum avsett för fastspänning. Det förekommer både låsbara samt ej låsbara anordningar. Vanligtvis använder man sig av fastspänning i sådana situationer där patienten är aggressiv eller självdestruktiv. Fastspänning är en förlegad metod och man ska i största grad undvika att använda denna. En sådan tvångsåtgärd ska endast förekomma under korta perioder, bör inte överskrida fyra timmar och bör ersättas med andra insatser så fort det finns möjlighet (Grönwall & Holgersson, 2009).

Enligt Gustafsson (2010) kan patienten inte överklaga ett beslut kring fastspänning. Fastspänning får inte användas i bestraffningssyfte, det behöver inte ha skett någon skada för att det ska bli möjligt med fastspänning. Det räcker med att det finns risker för att någon form av allvarlig skada ska ske. Även om patienten skulle åstadkomma skada på inredning är inte denna anledning tillräcklig för att kunna späna fast patienten. Vid de flesta fastspänningar har det visats sig att fastspänning har varit den anordning som användas mest. Det förekommer fall där patienter blir fastspända efter egen vilja av rädsla att skada sig själv, detta brukar benämnas frivillig fastspänning och ses inte som en tvångsåtgärd.

Under särskilda förutsättningar har vårdpersonal möjlighet att hålla en patient avskild från andra patienter, detta benämns även som isolering. Med isolering syftar man på att patienten antingen hålls instängd på det egna rummet eller i ett rum anpassat för isolering. Ett typiskt fall för isolering är om patienten får vara instängd i ett rum antingen på en del av avdelningen eller om personal låser dörren till patientens egna rum. Med tanke på att isolering är en integritetskränkande åtgärd bör den avslutas så fort det finns möjlighet, detta beslut bör prövas fortlöpande om det finns möjlighet att häva isoleringen (Gustafsson, 2010).

LPT (SFS, 1991:1128) 20§ säger att en patient får hållas isolerad från andra patienter, men endast om det nödvändigt och om patienten uppvisar aggressivt eller störande beteende. Isoleringen får vara i åtta timmar, och endast genom ett beslut får tiden förlängas med högst åtta timmar. Skulle det finnas särskilda skäl får denna tid överstiga åtta timmar. Det är chefsöverläkaren som beslutar kring isolering.

En isolering behöver inte innebära att en dörr är låst, utan det räcker med att patienten på något sätt hindras från att lämna rummet. Patienten har inte möjlighet att överklaga ett beslut kring isolering. Syftet med isolering är att skydda medpatienter, samt att hindra att vården för de andra patienterna försvåras. Isolering får inte förkomma rutinmässigt, och tvångsåtgärden får inte under några omständigheter användas i bestraffningssyfte. Under isoleringstiden ska patienten hållas under fortlöpande uppsikt av personal, viktigt att tillägga är att det inte finns några krav att personal ska vara konstant närvarande vid isolering (Gustafsson, 2010).

Att bli utsatt för tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården är en traumatisk upplevelse som kan leda till ökad psykisk ohälsa och symtom på posttraumatiskt stressyndrom (Frueh et al., 2005). Fastspänning är riskfyllda metoder där patienter kan utveckla blodproppar och lungembolis. Det kan också medföra att hjärtmuskeln kollapsar, och i en del fall har olika ben i kroppen blivit brutna. I en del länder är fastspänning förbjudet (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft & Zoffmann, 2012).

I en studie gjord av Berzlanovich, Schöpfer & Kiel (2012) undersöktes dödsfall som var relaterade till fastspänning. Ett fall tas upp om en patient som blev fastspänd där anordningen satt löst, under ett försök att ta sig loss, ströps patienten. I artikeln tas det även upp 22 andra fall där patienter inte blivit tillräckligt övervakade och avlidit under fastspänning. Att bli hindrad från att röra sig har också negativa konsekvenser på kognitionsförmågan. Skulle anordningen fästas felaktigt kan detta leda till brutna ben, blåmärken och ledvärk. Kroppens ställning under fastspänning kan även påverka kroppens inre organ.

Etiska aspekter med psykiatrisk tvångsvård

Enligt Ottosson (2013) finns det speciella etiska aspekter man måste ta hänsyn till vid tvångsvård. En av dessa aspekter är oförmågan till självbestämmande och hur man ska hantera detta. Det finns de patienter som är desorienterade när det gäller tid och rum, som därmed anses sakna beslutskompetens, det finns även de patienter som är psykotiska som har en sviktande beslutsfattandeförmåga. Dessa kan komma att bli tvångsvårdade trots att de har intervaller då de själva inser att de behöver vård.

I det nya lagförslaget gällande tvångsvård har det gjorts en skillnad från begreppet ”oundvikligt vårdbehov” till ”påtagligt vårdbehov”. Detta på grund utav att patienten ska få vård i tid vilket förkortar patientens lidande, samt att dennes rehabilitering ska bli optimal. En ytterligare fördel som setts med detta är att man minskar risken för att medmänniskor inte ska råka skadas på något sätt. Detta skulle dock kräva att specialister inom psykiatri satte diagnoser för att inte använda sig av tvångsvård när det inte är berättigat (Ottosson, 2013).

I en studie av Widdershoven och Berghmans (2007) undersökte man den etik och moral som finns när det gäller psykiatrisk tvångsvård. De tar upp det faktum att patienter inom psykiatrin blir utsatta för olika sorters tvång, och detta medför en rad olika moraliska frågor. Tvångsåtgärderna ska utföras på ett effektivt sätt samt göras med omtanke och respekt gentemot de patienter som blir utsatta för det.

Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi och Välimäki (2004) undersökte hur vårdpersonalen upplevde tvångsåtgärder relaterat till de etiska frågor som väcks. Där framgick det att vissa upplevde det som ett etiskt dilemma, detta gällde framförallt vid

tvångsmedicinering, fastspänning samt isolering. Man fann även att de kvinnliga i vårdpersonalen fann det mer etiskt problematiskt än de manliga.

Vårdpersonalens roll

Att vårda en patient innebär att sätta patientens behov i centrum och syftar till att uppnå att patienter upplever trygghet, gemenskap, självkänsla samt uppskattning. Målet med den psykiatriska omvårdnaden är att patienten ska kunna se på sig själv och sin psykiska sjukdom på ett sätt som är verklighetsanpassat. Inom den allmänna omvårdnaden behandlas patienter av all omvårdnadspersonal oberoende på den medicinska behandlingen eller sjukdomens art medan inom den psykiatriska omvårdnaden ges vården av specifikt utsedd personal med kunskap och kompetens inom just den aktuella sjukdomen och dess behandling (Ottosson & Ottosson, 2007). Enligt Skärsäter (2010) vilar den psykiatriska omvårdnaden på en humanistisk grund som bland annat involverar insatser som syftar till att patienters känsla av hälsa och livskvalité ska öka oberoende av sjukdom. Det är sjuksköterska som ansvarar för omvårdnaden. Denna omvårdnad kan syfta till att stärka patienters känsla av att ha kontroll över sitt eget liv, utforma en form av hanteringsstrategi kring känslor av meningslöshet och även hitta strategier som hjälper patienten att hantera sin sjukdom och konsekvenserna av denna. Det är viktigt att arbeta personcentrerat och insatserna ska, oavsett sjukdom, att ta tillvara på de resurser patienter besitter.

I en studie gjord av Jormfeldt, Svedberg, Fridlund och Arvidsson (2007) framkommer det att det behövs en ny förståelse för hälsa, detta för att möta de mål som finns inom hälso-och sjukvården. Att vårda en patient är mer än att minska symtom utan handlar även om att stärka patienters mentala hälsa. I studien framkommer det även att vårdpersonal ser hälsa som ett tillstånd där man har möjlighet att välja, att klara sig efter sina egna förutsättningar och ha möjlighet att kunna lita på sin egen förmåga. Då patienten lider av allvarlig psykisk ohälsa kan det dock vara problematiskt att låta patienten själv bestämma.

Topor (2008) tar upp en händelse där en kvinna legat fastspänd under natten, där vårdpersonalen tagit sig tid att prata med kvinnan och sätta sig ner och äta med henne. Hon upplevde att de kom varandra nära och han blev sedan hennes kontaktperson även efter hon lämnat sjukhuset. I hennes väg till återhämtning är den viktigaste faktorn denna kontakt hon fick med vårdpersonalen, och som fortfarande består. Den tid man har som vårdpersonal är en viktig faktor, att man tar sig tiden att stanna hos fast man har möjlighet att gå därifrån. I en studie gjord av Gustafsson, Wigerblad och Lindwall (2014) tar man upp de svårigheter som personal upplever när de är tvungna är utföra tvångsåtgärder. Vårdpersonal belyser vikten av att ta patienten på allvar, vilket inte alltid görs när patienter delar med sig av sina drömmar om framtiden. Vårdpersonal belyser även vikten av att låta patienter vara delaktiga i beslut och alltid få ta del av beslut. Det framgår också att patienter är mycket utsatta under tvång då deras livshistoria ofta delas med människor de inte känner. Vårdpersonal berättar även att en av deras tuffaste arbetsuppgifter är att fysiskt hålla fast en patient emot deras vilja.

Vidare tar Topor (2008) upp vikten av att man som vårdpersonal finns där och är närvarande om patienten skulle vilja ta kontakt. De vardagliga handlingarna har visats viktiga, genom att till exempel bara finnas bredvid. Här har det även setts att det ofta är vårdpersonalen som tar initiativet vid sådana vardagsundantag, utan att denne är tvingad

till det på något sätt. Att man som vårdpersonal tar sig tiden att göra något som inte hör till rutinerna är en viktig komponent när man ser till de handlingar som har varit hjälpsamma.

Det framkommer att delaktighet i besluten om patientens egen behandling leder till att patienten tar mer ansvar över sin behandling. När patienterna inte fick möjlighet att vara delaktig i vården ökade upplevelsen av tvång. En upplevelse som förekommer ofta är att patienterna inte känner sig tillräckligt delaktiga i vården (Arlebrink, 2010). Enligt Ottosson och Ottosson (2007) kan vården bli tvungna att använda tvång när fördelarna med behandling blir större än nackdelarna. Då blir den psykiatriska vården tvungen att med så lite kränkning som möjligt av den personliga integriteten behandla patienten. Genom att visa empati och ge förklaring till patienten varför tvång används kan integritetskränkningen minimeras.

I lagen om psykiatrisk tvångsvård framkommer det att den behandling som sker skall äga rum i samråd med patienten. Att få information om den aktuella behandlingen spelar en betydande roll för patienters självkänsla och kan göra att vården uppfattas som mer mänsklig. Den som har ansvar för patienten har som skyldighet att informera om hans eller hennes hälsotillstånd, även de behandlingsmetoder som finns samt riskerna med dessa. Enligt lagens motiv ska patienten ges utförlig och noggrann information om förhållandena. Denna information ska anpassas till patientens egna förutsättningar. I lagens motiv framkommer det även att en patient som har fått den information som krävs leder till en bättre vård (Gustavsson, 2010).

KASAM – känslan av sammanhang

Genom ett salutogent synsätt menar Antonovsky (1987) på att man inte längre ser människan som frisk eller sjuk, utan att man ser denne till var den befinner sig på ett multidimensionella kontinuum från hälsa till ohälsa. Man är även intresserad av att få veta individens totala historia, inklusive dennes sjukdom, istället för att bara se sjukdomen. Ett fokus läggs även på copingresurser och man kommer fråga sig vilka faktorer det är som bidrar till att individen rör sig mot den friska polen. I detta synsätt ser man inte på stressorer som något dåligt som måste bekämpas, utan som något som alltid är närvarande och i vissa fall kan vara hälsofrämjande.

Antonovsky (1987) menar på att de tre centrala komponenterna inom KASAM är begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Begriplighet syftar på hur man som människa upplever inre och yttre stimuli som sammanhängande, begriplig information som är sammanhängande, tydligt och strukturerad istället för slumpmässig och oförklarlig. Skulle en människa besitta hög känsla av begriplighet är de stimuli man möter förutsägbara, eller att åtminstone går att förklara och begripa.

Den andra komponenten i Antonovskys (1987) teori om KASAM är hanterbarhet, det vill säga till vilken grad man anser att det finns resurser till ens förfogande. Dessa resurser behövs för att man ska kunna möta de krav som ställs av de stimuli man utsätts för. Skulle man besitta en hög grad av hanterbarhet känner man inte att livet behandlar en orättvist, och när tragiska saker händer kommer man kunna gå vidare och inte fastna i sörjandet.

Antonovskys (1987) tredje komponent han utläste var meningsfullhet, med detta syftar han på att man som människa är delaktig, och medverkar i de dagliga processer som

påverkar ens dagliga upplevelser såväl som ens öde. Har man hög KASAM innebär det även att det finns saker i ens liv som ger mening och som är viktiga för individen.

När det gäller stressorer definieras de utav Antonovsky (1987) som krav där det inte finns omedelbart tillgängliga eller adaptiva responser på. Detta leder till att ett spänningstillstånd uppstår, och kan i vissa fall leda till att en individs känsla av sammanhang försämras. Sedan har man även identifierat livshändelser som är viktiga i individens liv, dessa kan till exempel vara skilsmässor, att någon familjemedlem går bort, framgångar i ens liv eller att man får barn. Dessa kallas livshändelsestressorer. Detta är stressorer som vi inte har några automatiska responser på, även om dessa händelser skulle vara väntade. Här spelar det roll gällande hur stark individens KASAM är, då den kan avgöra om händelserna blir skadliga, neutrala eller hälsobringande.

Problemformulering

Att själv få bestämma över sin kropp och den vård som ges är centralt inom hälso- och sjukvården. Vården strävar efter att patienter ska vara delaktiga men i vissa fall blir det aktuellt med tvångsvård där tvångsåtgärder förekommer. Dessa inskränker på patienternas integritet och autonomi. Det går inte att förbise att tvångsåtgärder är integritetskränkande, men det som kan göras är att undersöka patienters upplevelser av tvångsåtgärder. Genom att få större kunskap kring detta kan vårdpersonalen påverka utfallet av behandlingen då man får bättre förståelse för hur tvångsåtgärder påverkar patienter och vad som har en betydande roll i bemötandet och vården.

Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelser av tvångsåtgärder i form av fastspänning samt isolering inom den psykiatriska tvångsvården.

Metod

Denna studie är en litteraturstudie som är systematisk vilket innebär att data som använts är primärkällor i form av publicerade vetenskapliga artiklar (Axelsson, 2008). När en litteraturstudie görs innebär detta att man inom ett valt problemområde systematiskt ska söka, granska och sammanställa litteraturen. Med detta syftar man till att göra en sammanställning av tidigare genomförda empiriska studier (Forsberg & Wengström, 2008).

Datansamling

För att få en överblick av området som undersökts utfördes en pilotsökning. Denna sökning bestod av sökord som ansågs vara relevanta för syftet. Sökord som användes var physical restraint och seclusion. Genom att snabbt läsa igenom träfflistan kom man fram till att en stor del av artiklarna inte var relevanta för syftet med denna litteraturstudie. Genom att precisera sökningen och att använda sökord som patients experiences kunde artiklar som var relevanta för syftet hittas. Enligt Axelsson (2008) är det bra att börja litteratursökningen med en pilotsökning, detta för att senare kunna precisera sökningarna och för att få information kring om det finns vetenskapliga publikationer som svarade på det syftet som litteraturstudien var tänkt att undersöka.

Till denna studie har 11 artiklar använts, där samtliga varit kvalitativa. Syftet med studien var att undersöka patienternas upplevelser utav tvångsåtgärder, och detta får man bäst fram genom en kvalitativ ansats. Artiklarna som valdes var publicerade mellan 2002 och 2013.

Inklusionskriterier i samtliga artiklar var i att studien skulle vara utförd på en slutenvårdsavdelning. Anledningen till detta var för att både fastspänning och isolering kan ske i frivilliga former och gav inte upphov till liknande känslor som att bli tvingad. Ett krav var även att artiklarna skulle vara "peer-reviewed".

Artiklar som handlade om andra tvångsåtgärder än fastspänning och isolering exkluderades i samtliga sökningar, samt sådana som endast undersökte sjuksköterskors och vårdpersonals upplevelser. Artiklar som handlade om barn och ungdomar exkluderades även då tvångsvård för barn involverar andra förutsättningar än för vuxna och vårdformerna skiljer sig åt.

Samtliga sökningar kombinerades med den booleska operatoren AND, detta för att kunna precisera sökningen och för att involvera artiklar som belyste patienters upplevelser av både fastspänning och isolering, i CINAHL användes även den booleska operatoren OR.

CINAHL

CINAHL är en databas som är inriktad på omvårdnad, tandvård, sjukgymnastik och nutrition. CINAHLs databas består av två grupperingar: åldersgrupperingar och ämnesord (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Vid första sökningen kombinerades sökorden physical restraint, seclusion och patients experiences. Vid denna sökning användes den booleska operatoren OR. Genom att söka physical restraint OR seclusion AND patients experiences fick sökningen 1601 träffar. Ett nytt försök gjordes för att precisera sökningen och få relevanta artiklar. Den andra sökningen gjordes i CINAHL, sökord som användes var Restraint, Physical, som var ett subject headings. Detta sökord kombinerades med booleska operatoren AND och följdes därefter av sökord i fritext så som seclusion, patients experiences och psychiatric care. Sökningen avgränsades till 2002-2014. Sökningen resulterade i fem artiklar, alla abstract lästes, två artiklar lästes igenom i första urvalet om en artikel användes i sista urvalet. Genom att kombinera dessa sökord blev sökningen mycket begränsad och det bestämdes att istället att plocka bort sökordet: psychiatric care, samma inklusions- och exklusionskriterier användes. Sökningen resulterade i 17 artiklar, alla abstract lästes, fyra valdes ut till första urvalet men bara två användes i andra urvalet (se bilaga A och bilaga B). Ytterligare en sökning gjordes i CINAHL, sökorden som användes var secluded och patients experiences. Sökningen avgränsades till artiklar publicerade mellan 2002-2014. Sökningen resulterade i tre träffar, alla abstract lästes, två gick vidare till första urvalet, därefter valdes en att ta med i litteraturstudien. En sista sökning gjordes i CINAHL där sökorden som användes var compulsory treatment, mental health, patients perceptions samt Sweden. Sökningen avgränsades till artiklar som var publicerade mellan 2010-2014. Utav de två artiklar som sökningen resulterade i, lästes samtliga abstract där slutligen en artikel valdes att användas.

PsycINFO

Sökningar gjordes även i databasen PsycINFO. Sökningen bestod av sökordet: Restraint, Physical och seclusion (thesaurus). Dessa sökord kombinerades med sökord i fritext, detta sökord var patients experiences. Patients experiences fanns inte thesaurus, detta resulterade i att sökningen delvis gjordes genom sökord i fritext. Inklusion- och exklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2002-2014. Denna sökning resulterade i 23 artiklar, alla abstract lästes, fem valdes ut till första urvalet, därefter valdes två artiklar som skulle vara med i litteraturstudien. En andra sökning gjordes i samma databas, här kombinerades restraint, physical, patients perceptions (thesaurus). Denna sökning resulterade i 36 artiklar, alla abstract lästes, fyra kom med i första urvalet medan en användes i det andra urvalet (se bilaga A och bilaga B).

En tredje sökning gjordes i samma databas. Sökorden restraint, physical (thesaurus) användes och kombinerades med sökordet inpatient's experiences. Sökningen resulterade i 28 artiklar, 28 abstract lästes, två användes i första urvalet och båda användes i det andra urvalet (se bilaga A och bilaga B).

PubMed

En sökning gjordes i PubMed. Sökord som kombinerades var seclusion och perceptions. Denna sökning resulterade i 31 artiklar, 31 abstract lästes, två togs med i första urvalet och en gick vidare till andra urvalet. Även i denna sökning var inklusions- och exklusionskriterier att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2004-2014 (se bilaga A och bilaga B).

Databearbetning

För att granska artiklarna användes en checklista för kvalitativa artiklar som är utformad av Forsberg och Wengström (2008), utefter denna granskas artiklarna och graderas i låg, medel eller hög kvalitet. Efter att noga ha läst igenom samtliga artiklar utfördes denna granskning och då framgick det att tio av de elva artiklarna som slutligen valts att inkluderas i studien höll hög kvalitet, den elfte artikeln graderades som medel. Det gjordes även en artikelöversikt, se bilaga C. I denna sammanställdes en kort sammanfattning av varje inkluderad artikels syfte, metod, resultat samt slutsats.

När resultatet skulle bearbetas och analyseras lästes artiklarna igenom noggrant, detta för att lättare kunna få en helhet över resultatet i artiklarna. Genom att använda sig av överstrykningspennor kunde olika kategorier lättare utläsas. Samtidigt som artiklarna lästes igenom, sammanställdes de i bilaga C, där syfte, metod samt resultat sammanfattades. Enligt Axelsson (2008) kan det vara bra att sammanställa artiklarnas olika delar i en tabell och detta kan vara till hjälp i analysen av artiklarna samt spelar en betydande roll i resultatet. Det är också möjligt att tydligare se motsägelser i resultaten samt studiernas metod.

Efter denna granskning blev nästa steg att dela upp resultatet i olika kategorier, samt att färgkoda dessa för att lättare kunna utskilja vilka huvudfynd som gjort i de olika studierna. Dessa delades sedan upp i de tre huvudkomponenterna av Antonovskys teori KASAM, samt sju underrubriker.

Forskningsetiska övervägande

För att man ska öka det vetenskapliga värdet ytterligare så är det viktigt att man endast inkluderar artiklar som har fått tillstånd från en etisk kommitté alternativt att forskarna på andra sätt tydligt påvisar att det gjorts noggranna etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2008). Detta har tagits i åtanke och samtliga av de artiklar som valdes har antingen fått tillstånd från en etisk kommitté eller på andra sätt visat på etiska överväganden.

Resultat

Efter att ha analyserat artiklarna delades resultatet upp efter KASAMs tre huvudkomponenter; begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet.

Begriplighet

Jag ville bara veta varför

Patienter upplevde att de inte fick tillräckligt med information kring deras behandling och uppgav att det hade varit hjälpfullt om personalen förklarade för dem vilka anledningar som fanns bakom beslutet av fastspänning. Genom att ge sådan information individuellt till patienter visade det sig minska de negativa psykologiska effekterna, detta ledde till en känsla av hopp. Återkommande verbal kommunikation, men även icke-verbal närvaro vid fastspänning, medförde att patienter lättare kunde uttrycka sina känslor och detta resulterade i att patienter upplevde en ökad självkänsla (Andreasson & Skärsäter, 2012; Chien, Chan, Lam & Kam, 2005; Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki, 2012; Wynn, 2007). Det framkom även att patienterna behövde få information som reflekterade verkligheten från personalens sida, detta medförde en känsla av säkerhet. Det som dock framkom som en viktig faktor var att denna information skulle vara person-centrerad, då för mycket information kunde skapa ångest hos patienterna (Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienterna uppgav att det som påverkade deras upplevelser negativt var när personalen inte kommunicerade med dem efter fastspänning eller isolering (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002; Chien et al., 2005; Hoekstra, Lendemeijer & Jansen, 2004; Kontio et al., 2012; Mayer, Keet, Winkler & Flisher, 2010; Wynn, 2007;). När patienterna fick information under och efter fastspänning eller isolering kände de sig hörda och förstådda och upplevelsen av tvångsåtgärder sågs som mer positiv och hjälpfull. Det var också viktigt att informationen som gavs var anpassad och lätt att förstå, även att patienten fick information både av vårdpersonal samt läkare (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007). En känsla av hjälplöshet var även starkt relaterad till fastspänning, även rädsla som var relaterad till förmågan att inte kunna skydda sig själv under fastspänning gentemot andra. Känslor som ofta uppstod var även rädsla över vad som skulle ske härnäst (Chien, et al., 2005). I en studie gjord av Bonner et al., (2002) berättar en patient:

They never talked about it to me. That would have helped. If somebody had sat down and talked it through with me. They haven't discussed it with me, they haven't asked me how I felt or why I did it.

(Bonner et al., 2002)

En del patienter berättar att personalen pratade med dem och fick dem att förstå varför personalen var tvungna att agera, detta har visat sig vara mycket positivt för patienter. Att bli behandlad som en jämnlige istället för en aggressiv och farlig person spelade en betydande roll i upplevelserna av isolering och fastspänning. Att få möjlighet att kunna prata med personal efter tvångsåtgärder visade sig ha positiva effekter på upplevelsen. Somliga upplevde det svårt att prata med personalen som hade utfört fastspänningen och önskade därför att det fanns någon utomstående som kunde prata kring deras erfarenheter från isoleringen och fastspänningen. En del av patienterna fick inte någon chans att prata kring upplevelsen av fastspänningen och isoleringen medan andra upplevde att personal tog sig tid att förklara varför de beslutade fattades (Bonner et al., 2002).

I en studie gjord av Wynn (2007) upplyste patienter vårdpersonal om att det skulle minskat på aggressivitet och ångest om någon öppnat en dialog istället för att fatta ett beslut om fastspänning eller isolering. I en studie gjord av Bonner et al., (2002) visade det sig att patienter vid olika tillfällen varnat personalen om att de inte mår bra och inte kan kontrollera sig själv men trots detta har de inte upplevt att de fått gehör. Enligt Larue, Dumais, Boyer, Goulet, Bonin och Baba (2013) ansåg patienter att det var själva frihetsberövandet som var det svåraste, att uppleva en förlust av frihet. I en studie gjord av Wynn (2007) upplevde patienter att det i vissa fall skulle räcka med att bli hänvisad till sitt rum och få chansen att lugna sig. Det var även patienter som upplevde att det varit fastspända onödigt länge och borde ha blivit släppta tidigare än vad de blev. Chien et al., (2005) berättar även om patienters negativa upplevelser som var relaterade till bestraffning när fastspänningen pågick under en längre tid.

Patienter uttryckte att de ville vara delaktiga i sin vård och att de tillsammans med vårdpersonal skulle bygga upp riktlinjer som skulle följas. De ville även få information kring när isolering och fastspänning blev aktuellt. Detta skulle kunna leda till att man istället aktivt väljer att delta i sin egen isolering och fastspänning (Kontio et al., 2012). I en studie gjord av Soininen, Välimäki, Noda, Puukka, Korkeila, Joffe och Putkonen (2013) framkom det att patienter upplevde att deras vilja inte respekterades. Larue et al., (2013) fann i sin studie att patienter under isolering upplever att de känner sig missuppfattade och orättvist behandlade.

Hanterbarhet

Onödigt men ändå nödvändigt

Fastspänning och isolering upplevdes som en inskränkning på den personliga integriteten men samtidigt så upplevde patienter att de fick chans att vara ner, finna lugn och kunna sova. Det framkom också att många patienter upplevde isolering som en form av trygghet då det förhindrade patienter att utföra handlingar som det i ett friskare tillstånd skulle ha ångrat. Då många av patienter som hamnar i isolering och blir fastspända är psykotiska och rädda så upplevde många att det var till en stor hjälp att avgränsas vilket resulterade i mindre rädsla och mer kontroll (Larue et al., 2013; Wynn, 2007). En patient berättar: "...I thought I was in heaven, feeling much better when I was restrained. I did not have nightmares, I was safe..." (Kontio et al., 2012, s. 19).

Långt efter isoleringsperioden var det patienter som uppgav att de hade problem med att vara i trånga utrymmen. En del patienter upplevde att de hade svårt för att lita på människor i sin omgivning och upplevde att det var svårt att öppna sig och berätta om sina känslor, detta var relaterat till rädsla över att råka illa ut (Hoekstra et al., 2004). Patienter i studien upplevde positiva känslor gällande fastspänning, detta framförallt när vårdpersonalen var uppmärksamma på vad patienterna behövde och var villiga att hjälpa och bidra med stöd (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012). Vad som också framkom i studier gjorda av Wynn (2007) och Kontio et al., (2012) var att inga patienter såg fastspänning som positiv i sin helhet. Många patienter hade någon negativ erfarenhet av fastspänning och isolering. Vad som framkom i en studie gjord av Mayer et al., (2010) var att fastspänningen mest upplevdes strida mot de mänskliga rättigheterna och orsakade mycket stress hos patienter.

Man fann att både vårdpersonal samt patienter upplevde tvångsåtgärder som något positivt, dock var det stor skillnad i hur pass fördelaktigt man såg dessa tvångsåtgärder. Man fann även att vårdpersonalen i större utsträckning upplevde att tvångsåtgärderna även var fördelaktiga för andra, så som till exempel andra patienter på vårdavdelningen samt för personalen (Meehan, Bergen & Fjeldsoe, 2004).

Att ha någon nära och känna sig säker

Personalens närvarande vid fastspänning har visat sig spela en betydande roll då patienter uttrycker att bara närvaron av en fysisk människa hade en positiv inverkan vid en isolering eller fastspänning (Andreasson & Skärsäter, 2012; Kontio et al., 2012). Patienter beskrev den tilltro de hade till vårdpersonalens expertis och att dem kände sig säkra i deras vård (Andreasson & Skärsäter, 2012; Chien et al., 2005). Genom att ha en vanlig konversation med personalen och få praktiskt stöd gjorde att patienterna upplevde att de kunde slappna av och avledde deras koncentration från de psykotiska symptomen (Andreasson & Skärsäter, 2012). Vissa av patienterna tog särskilt upp det faktum att de kände sig säkra då vårdpersonalen uppvisade ett professionellt och säkert sätt när det uppkom situationer i vilka de var tvungna att hantera våld. När det gäller de terapeutiska effekterna som tvångsåtgärderna utöver upplevelsen av säkerhet, var starkt relaterade till omsorgen vårdpersonalen visade på. Patienter uppskattade det faktum att vårdpersonalen tog sig för dem under den tid som de var fastspända. De upplevde även personalens råd gällande avslappning och kroppsställningar som stödjande och omtänksamma (Chien et al., 2005).

I en studie gjord av Chien et al., (2005) framkom det att patienter tog upp det faktum hur viktigt det är att vårdpersonalen behandlar dem som unika medmänniskor vid fastspänningen. Exempel på situationer som patienterna tog upp var att de blev erbjudna vatten utan att de behövde be om det, samt att dem blev tillfrågade om de var för hårt fastspända eller ville byta kroppsposition. Patienter uppmärksammade även hur viktigt det var att vårdpersonalen är tillgängliga och har möjlighet att bara sätta sig ner och prata när det behovet uppstår.

Det man fann i studier var att det gemensamma bland samtliga patienter gällande vad de fann hjälpsamt efter tvångsåtgärder hade blivit utförda var att personalen visade omtanke för dem (Bonner et al., 2002; Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007). En del patienter ansåg att fastspänningen var nödvändig då de var psykotiska och hade hallucinationer. Personalen var konstant närvarande vid fastspänningen, vilket gav patienterna ett inre lugn och en känsla av trygghet. Patienter upplevde även mycket rädsla men kände att personalens närvaro minskade på denna känsla. Det upplevdes som

en nödvändig åtgärd för att skydda personen från att skada sig själv eller någon i omgivningen (Wynn, 2007).

Den otillräckliga vårdmiljön

I isoleringsrummet fanns inga möbler, vilket många patienter upplevde som kränkande då det fick sitta på golvet och prata med personal. Vid fastspänningen kände patienter sig kränkta och uttryckte även att vårdpersonalen ibland kunde använda kränkande ord som var svåra att glömma. Inne i isoleringsrummet fanns inte heller tillräckligt för att de skulle kunna sköta sina basbehov så som toalettbesök och mat. En patient berättar att personalen lät honom duscha en gång i veckan och det var inte heller alltid han fick borsta sina tänder (Kontio et al., 2012). En patient berättade: “. . . I kicked the door a long time so that they could understand my need to get to the toilet. Once I relieved myself on the porridge plate and put two sandwiches on it to prevent the smell . . .” (Kontio et al., 2012, s.19).

I en studie gjord av Chien et al., (2005) berättar en patient att vårdpersonal inte hade bytt hans sängkläder när det behövdes. Personalen hade även pratat högt och oförskämt. Detta bemötande förstärkte känslorna av skam och att det var ens eget fel att man befann sig i den situation som man gjorde.

Vad som också framkom i en studie gjord av Holmes, Kennedy och Perron (2004) var att patienter inte alltid lyssnade på direktiv från personal; dem skrek, bankade på dörrar och vid vissa tillfällen kunde patienter placera madrassen framför dörren. Detta beteende var ett sätt att känna sig hörd samt att personalen skulle lägga märke till dem. Enligt Kontio et al., (2012) framkom det att patienter kände sig mycket uttråkade i isoleringsrummet då det varken fanns TV eller några tidningar.

Att bli utsatt igen

Vissa av patienterna i studien uppgav att de hade en rädsla för att bli fastspänd och därmed även undvikit psykiatrin på grund av denna rädsla att återigen behöva gå igenom det, vilket lett till att de slutligen blivit tvångsintagna och utsatta för fastspänning. Det uttrycktes även en oro över att det fanns en risk för att personalen skulle fastspänna en om man som patient var oense med vårdpersonal (Bonner et al., 2002). En patient berättar: “My biggest fear before coming into hospital is being restrained. It puts me off seeking help because I’m frightened. I then become ill and end up being admitted and restrained anyway” (Bonner et al., 2002, s. 470).

Känslan av att göra personalen till lags för att undkomma eventuella tvångsåtgärder belystes även i en studie gjord av Mayer et al., (2010). Ytterligare negativa aspekter med tvångsåtgärder man funnit är att det hos vissa patienter påmint de om tidigare händelser som inkluderat våldtäkt samt misshandel i barndomen (Bonner et al., 2002; Wynn, 2007). Isolering förstärkte den redan förekommande känslan av att vara ensam och övergiven hos vissa patienter (Holmes et al., 2004). I en studie gjord av Larue et al., (2013) framkom det att fastspänning kan leda till trauma hos patienter. Kontio et al., (2012) menar på att fastspänning kan för patienter relateras till traumatiska händelser i barndomen. I studier utförda av Wynn (2007) och Mehaan et al., (2004) framkom det att patienter upplevde en stark rädsla när personalen försökte att fastspänna dem och deras instinkt var att skydda sig själv emot dem. En del patienter ansåg att det var meningslöst att kämpa emot. I studier gjorda av Wynn (2007) och Soininen et al., (2013) framkom

det att det fanns patienter som upplevde att de redan var lugna innan fastspänningen eller isoleringen skedde och kunde inte förstå varför dessa tvångsåtgärder hade blivit aktuella.

Det framkom även att patienter upplevde fysisk smärta efter fastspänning, speciellt där anordningen hade varit fäst. På vissa patienter kunde man även se mindre blåmärken. En del upplevde muskelsmärter och detta kvarstod några dagar efter fastspänningen (Chien et al., 2005; Wynn, 2007).

Den fysiska fastspänningen hade kunnat undvikas om personalen haft en mer positiv inställning och arbetat för att ha en öppen kommunikation, detta gällde främst tiden innan man blev fastspänd (Wynn, 2007). För många patienter fanns känslor som ilska och stress kvar långt efter fastspänningen (Bonner et al., 2002).

Meningsfullhet

Att bli bemött som medmänniska

Att bli bemött med respekt som en unik medmänniska spelar en viktig roll i bemötandet vid fastspänning och isolering (Andreasson & Skärsäter, 2012; Chien et al., 2005). Patienter berättar om betydelsen att nämna patienten vid namn. De upplevde att vårdpersonalen var empatiska och hade ett genuint intresse i deras välmående. Dessa patienter berättar även om betydelsen att se han eller hon som en person och inte som en aggressiv sjukdom (Chien et al., 2005). Patienterna berättade om vikten av att bli tagna på allvar och bli behandlade med empati och respekt, de ville inte känna sig osynliga för personalen (Andreasson & Skärsäter, 2012). En patient berättade: "...even if you aren't really healthy, you still want to be talked to like a healthy person, in my opinion...you want to be taken seriously (Andreasson & Skärsäter, 2012, s.19). Majoriteten av patienter upplever inte att det blev erbjudna någon annat vårdalternativ än fastspänning och isolering. Samtidigt så menar somliga att det inte skulle funnits något annat alternativ på behandling som skulle fungera då patienterna uppger att de hade kraftig ångest och behövde komma bort från omgivningen (Larue et al., 2013).

Det var stora skillnader när det gällde personalen och patienternas upplevelser av hur pass mycket tvångsåtgärderna påverkade patienterna. Samtliga bland personalen upplevde att det hade en lugnande och positiv effekt, och att patienterna kunde komma ifrån avdelningen samt att de andra patienterna som var där kanske var grunden till att de var upprörda. Endast hälften av patienterna delade denna uppfattning, dessutom var det en tredjedel av patienterna som överhuvudtaget inte upplevde att fastspänning hade någon lugnande effekt, samt att två tredjedelar inte ansåg att det fick de att må bättre (Meehan et al., 2004).

En del av patienterna upplevde det som att vårdpersonalen inte hade deras situation i åtanke, exempel på detta var att det användes onödigt mycket våld vid fastspänningen, att man inte tog någon notis om personen i fråga som blev fastspänd samt att personalen inte pratade med patienterna eller lyssnade på deras önskemål. Vid situationer där för mycket våld användes vid fastspänningen uppgav patienter att de fick känslor associerade med bestraffning (Chien et al., 2005; Mayer, et al., 2010). Patienterna upplevde det som att vissa i personalen inte var på deras sida, och kände att de inte blev respekterade. De upplevde det även som att personalen i vissa fall utnyttjade sin maktposition för att förödmjuka patienterna (Andreasson & Skärsäter, 2012). I en studie utförd av Mayer et al., (2010) framkom det även att patienter upplevde isolering som ett

straff istället för en metod som användes för att lugna ner. Hoekstra et al., (2004) belyser patienters upplevelse av ensamhet relaterat till isolering. Tiden i isolering bestod till stor del av ensamhet och patienter upplevde att tiden gick mycket långsamt.

I en studie framkom det att en patient var tvungen att byta om framför personal i samband med isolering, något som fick denna att känna sig förödmjukad och skamsen (Holmes et al., 2004). Patienter upplevde överlag att de blev dåligt behandlade under fastspänningen och isoleringen. Vissa patienter upplevde att personalen hade använt övervåld under fastspänning (Kontio et al., 2012; Mayer et al., 2010). För patienter var känslan av maktlöshet och ständig hjälplöshet kopplade till avhumanisering. Andra känslor som uppstod vid fastspänning var ängslan då de upplevde att de inte kunde försvara sig vid fastspänning, detta var framförallt då man var nyinlagd och inte kände till vårdavdelningen så bra (Chien et al., 2005).

Det man fann i studien var att patienters ålder och vilket sjukhus det var spelade stor roll i upplevelsorna av deras vårdvistelse. Desto äldre patienterna var, desto negativare upplevde dem tvångsåtgärderna. När det gäller könsskillnader ansåg inte kvinnor att sådana tvångsåtgärder var nödvändiga och de var även mindre nöjda med användandet av dessa än männen (Soininen et al., 2013).

Det var inte mig de ville skydda

Syftet med fasthållningen/fastspänningen upplevdes inte av patienter vara för deras bästa utan vårdpersonalen tänkte bara på sig själv. Patienter upplevde även att orsaken till fastspänningen var att de vägrade behandling, vägrade följa personalens direktiv, att man inte ville utföra olika sysslor eller stanna på sitt rum när personalen sagt att man skulle. Det framkom även att patienter i studien blivit fastspända när de varit aggressiva gentemot vårdpersonal. Efter fastspänning framkom det att patienter följde personalens direktiv i rädsla att bli fastspänd igen. Dessa patienter upplevde även att relationen mellan dem och vårdpersonalen var skadad (Wynn, 2007). Samtliga deltagare påpekade hur viktigt det är att säkerhetsåtgärder tas för att skydda vårdpersonalen, då de menade på att de själva inte kan kontrollera sin ilska i sådana situationer och behöver hjälp från andra (Chien et al., 2005).

I många fall hade patienter blivit varnade innan fastspänning blev aktuellt. Vårdpersonalen hade uppmanat dem att förändra deras beteende, annars skulle det bli aktuellt med en fastspänning (Wynn, 2007). Patienter upplevde att fastspänningen var ett sätt för vårdpersonalen att sätta gränser och visa sin makt (Meehan et al., 2004; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007). Denna känsla delades av de patienter som upplevt isolering (Hoekstra., 2004). Efter isoleringen kände patienter sig straffade för att inte ha följt personalens regler (Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012; Meehan et al., 2004). Känslan av att bli bestraffad stärktes av att patienterna hade begränsad kontakt med personal, samt att de upplevde det som att personalen nonchalerade dem. Patienterna upplevde att personalen inte brydde sig om deras välmående och detta relateras till basbehov, så som äta och att känna sig säker (Holmes et al., 2004).

Att bli fysiskt fasthållen framkallar känslor så som ångest, rädsla samt ilska (Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007). Utöver detta upplevde en stor del av patienterna depressiva känslor efter isoleringen. Detta var relaterat till känslan av att vara inlåst samt bristen på stöd och hjälp under isoleringen (Holmes et al., 2004). Känslorna beskrivs av en patient: “. . . I felt fear and anger, especially toward those who

put me into the seclusion room. Nurses and physicians used power and authority over patients. I didn't know where I was and how long it lasted, it was terrible..."(Kontio et al., 2012, s. 19).

Patienter beskrev även en känsla av klaustrofobi där det kändes som att rummet blev mindre och mindre och de kunde inte heller se någon personal i rummet. Efter fastspänningen var det många patienter som upplevde ilska mot personalen, främst de patienter som ansåg att fastspänningen var onödig och hade kunnat lösas på mindre integritetkränkande sätt. Fastspänningen sågs även av dessa patienter som misshandel (Wynn, 2007). Patienter som blev våldsamma tog även ut detta på olika objekt i rummet, en del använde sig av verbal kränkning mot personalen (Holmes et al., 2004).

En del patienter upplevde att fastspänningen bara gjorde dem mer aggressiva och mer ångestfyllda. Det framkom även att många patienter kände rädsla över att bli utsatt för fastspänning igen (Bonner et al., 2002; Wynn, 2007). En del patienter berättar om hur de har försökt få kontakt med personal men ingen har stannat för att lyssna. Detta upplevdes som att deras existens blev ignorerad (Bonner et al., 2002; Chien et al., 2005). Känslan av att bli ignorerad förekom både innan, undertiden och efter fastspänning. Innan fastspänning blev aktuellt upplevde patienter att de tydligt varnat personal om att de håller på att bli sämre. Undertiden som fastspänningen pågick upplevde en del patienter inte heller att personalen stannade för att prata eller lyssna (Bonner et al., 2002).

Diskussion

Metoddiskussion

En självklar del i alla forskningsprocesser är att ha en litteraturgenomgång, detta för att kunna sammanställa forskningen inom området. Genom att använda de olika avgränsningsmöjligheterna i databaserna kan man lättare få fram de artiklar som svarar på studiens syfte (Axelsson, 2008). Databaserna som användes till denna studie var CINAHL, PubMed samt PsycINFO. Forsberg och Wengström (2008) beskriver CINAHL som en databas som inkluderar omvårdnadsområdet samt sjukgymnastik och arbetsterapi. PubMed inkluderar omvårdnad, medicin och odontologi. Främst publiceras vetenskapliga tidskriftsartiklar i denna databas. I PsycINFO hittar man främst forskning som inkluderar psykologisk forskning inom bland annat omvårdnad och medicin. Enligt Rosén (2012) kan man genom att söka i flera databaser med samma fokus öka trovärdigheten, vilket innebär att sannolikheten att hitta relevanta artiklar ökar.

En svaghet som kan ses med studien var den begränsade tiden som fanns till förfogande vid litteratursökningen. Detta för att ytterligare relevanta artiklar eventuellt fanns, men som kanske förbisågs. Enligt Rosén (2012) kan den begränsade tiden vara ett hinder.

Litteraturstudien fokuserar enbart på data från primärkällor, dessa primärkällor är vetenskapliga artiklar eller rapporter. Vad som menas med en primärkälla är att själva artikeln eller rapporten har utförts och skrivits av den person som gjort själva undersökningen. Sekundärkällor ska inte användas i en litteraturstudie då dessa har tolkats av person som inte gjort undersökningen. Ofta framgår det inte heller i sekundärkällor hur forskaren i primärkällan utfört studien. En litteraturoversikt kan dock användas för manuella sökningar vilket innebär att man genom

litteraturoversikternas referenser kan hitta artiklar som är relevanta för studien (Axelsson, 2008). Studien som genomförts har enbart inkluderat primärkällor, detta för att få ett säkrare resultat som inte tolkats av någon annan.

Till denna studie avgränsades sökningen till artiklar skrivna endast på engelska och svenska, vilket gjorde att studier på andra språk förbisågs. För att få sökord som skulle generera artiklar som svarade på syftet översattes syftet till engelska. Fastspänning blev översatt till physical restraint, medan isolering översattes till seclusion, dessa kontrollerades i de olika databaserna genom att söka med hjälp av MeSH-termer i PubMed, Cinahls heading list och thesaurus i PsychINFO. Då artiklarna endast skulle fokusera på psykiatri inkluderades även sökordet psychiatric care i en del sökningar. Fokus låg på patienternas upplevelser av tvångsåtgärder, därför tog sökord som experiences och perceptions med i sökningarna. Enligt Forsberg och Wengström (2008) kan man välja sökbegrepp genom att utgå från olika ord i syftet och därmed kunna välja ut enstaka ord eller kombinationer av dessa ord. I en fritextsökning kan sökorden kombineras av de booleska operatorerna. Dessa operatörer används för att lättare kunna göra en sökning begränsad och för att få fram ett avgränsat resultat.

Artiklarna som användes till studien var publicerade mellan 2002 och 2013. Tidigare artiklar exkluderades främst för att upplevelser kring tvångsåtgärder skiljer sig från innan psykiatireformen som genomfördes 1995 och vården idag, orsaken till detta är att tvångsåtgärder idag används mer restriktivt. Det valdes att söka på artiklar från 12 år tillbaka då studierna som gjorts under de senaste fem åren inte var tillräckliga i förhållande till syftet. Samtidigt ville en övergripande blick över ämnet uppnås, varav artiklar från 2002 har använts. Sex av artiklarna var från 2002 till 2005 vilket kan anses vara för gamla, då artiklar enligt Forsberg och Wengström (2008) är en färskvara och inte bör vara äldre än fem år.

Denna studie använde sig av artiklar både från Sverige, Norge, Finland, Kanada, Kina, Storbritannien, Nederländerna, Australien samt Sydafrika, detta kan ses som en styrka då man får bredare perspektiv på patienters upplevelser i övriga delar av världen. Det kan även ses som en svaghet då olika kulturer har olika syn samt tillvägagångssätt när det gäller tvångsvård. Det finns även en risk att lagen om psykiatrisk tvångsvård skiljer sig i olika länder, detta innebär att patienters upplevelser kan skilja sig åt beroende på vilket land man bor i och vilka regler som tillämpas. Denna litteraturstudies syfte var dock att undersöka patienters upplevelser av att bli isolerad och fastspänd.

Bedömningsmallen som användes för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten på resultatartiklarna är hämtad från Forsberg och Wengström (2008). Bedömningsmallen användes för att granska samtliga 11 kvalitativa artiklar. Nio av de använda artiklarna bedömdes vara av hög kvalitet och två av de 11 artiklarna bedömdes vara av medelhög kvalitet vilket stärker trovärdigheten och kan ses som en styrka. Eventuellt bortfall redovisades endast i nio utav artiklarna vilket kan ses som en svaghet, detta påverkade dock inte bedömningen då artiklarna bedömdes vara av betydelse för syftet. Artiklarna granskades enskilt för att sedan diskuteras i grupp, detta kan ses som en styrka.

Resultatdiskussion

Begriplighet

En av de centrala komponenterna i Antonovskys (1987) teori om KASAM är begriplighet. Detta innebär att patienten ska få möjlighet att få begriplig information

som är sammanhängande, den ska även vara tydlig och strukturerad. I studier gjorda av Andreasson och Skärsäter, (2012); Chien et al., (2005); Kontio et al., (2012) samt Wynn (2007) framkom det att patienter inte upplevde att de fick den information som de behövde gällande deras behandling. Patienter ansåg även att det var hjälpsamt om de fått en förklaring till varför beslutet om fastspänning togs. I studierna framkom det även att denna form av information kunde minska negativa psykologiska effekter. Den information som förekom skulle vara återkommande. Enligt Gustavsson (2010) framgår det att behandlingen skall äga rum i samråd med patienter när det finns möjlighet. Det är den ansvariga för vården som har en skyldighet att ge den information som patienten behöver. Genom att ge information till en patient skapar detta en större förutsättning för att få information från patienter och därmed skapa en bättre vård. De önskemål som patienten har skall så långt det finns möjlighet respekteras. I en studie gjord av Chien et al., (2005) framkom det att de patienter både under och efter fastspänning eller isolering upplevde att vårdpersonal förstod de. Detta ledde till att de tvångsåtgärder som förekom upplevdes som mer hjälpfulla och positiva. Denna information skulle också vara anpassad till patientens egna förutsättningar, informationen skulle komma från både vårdpersonal samt läkare. Bonner et al., (2002) och Kontio et al., (2012) fann i sina studier att en förklaring till varför personal agerade visade sig ha positiva effekter på patienten, detta var också relaterat till att bli behandlad som en jämlike och inte som en aggressiv och farlig person. Det var också viktigt att patienter fick möjlighet att prata med personal efter tvångsåtgärden.

Tvångsvårdens syfte i Sverige är att möjliggöra att patienten frivilligt kan medverka till den vård som denne behöver. Den moderna psykiatrin menar på att det psykiska tillfrisknandet bör ske med aktiv medverkan från patienten. Detta innebär att de nödvändiga vårdinsatser som förekommer utan stöd från patienten ska syfta till att möjliggöra en tillfredsställande behandlingskontakt i en form som är frivillig. I tvångsvården förekommer även en del tvångsåtgärder så som fastspänning där syftet är att förhindra att en patient kan skada sig själv eller någon i dess omgivning. Denna tvångsåtgärd får aldrig tillämpas i ett bestraffningssyfte (Gustavsson, 2010). Det är mycket intressant att tvång används i syfte att möjliggöra frivillig vård. Då patienter upplever att fastspänning samt isolering leder till ökade känslor av utsatthet och ensamhet så är det svårt att förstå hur detta ska kunna leda till att patienter bestämmer sig för att skaffa vård i frivillig form. Möjligheten finns även att patienter väljer att söka vård i frivillig form för att komma undan tvångsåtgärder och då kan man ställa sig frågan om det verkligen är frivillig vård.

I studier gjorda av Andreasson och Skärsäter (2012) och Chien et al., (2005) framkom det att patienter upplevde att vårdpersonalen var empatiska och brydde sig om patienterna och deras välmående. Det visade sig också ha stor betydelse när vårdpersonalen såg patienten som en person istället för en aggressiv sjukdom. Andreasson och Skärsäter (2012) samt Kontio et al., (2012) belyser personalens närvarande vid fastspänning vilket har visat sig spela en central roll för patienter vid fastspänning. Genom att ha en fysisk människa i sin närvaro påverkade patienternas erfarenhet av fastspänning eller isolering positivt. Chien et al., (2005) beskriver tilltron från patienter till vårdpersonal och att de kände sig säkra i vården. Säkerheten var relaterad till att vårdpersonal hade ett professionellt förhållningssätt i de situationer där de fick hantera våld. Det som också uppskattades av patienter var när vårdpersonalen tog sig tid att lyssna. Andreasson och Skärsäter (2012) samt Wynn (2007) visar att personalens närvaro vid fastspänning ledde till att patienter upplevde trygghet. Genom att vårdpersonalen var närvarande minskade patienternas känsla av rädsla. Topor (2008) tar upp åtgärder som främjar återhämtning, exempel på dessa är att någon har fått

patienten att känna sig sedd och hörd. Detta handlar förmodligen om mer än någon som bara har varit närvarande och talat med dem. Genom att bara finnas där betyder mycket för en patient och innebär att patienten själv kan ta kontakt med vårdpersonal när denna upplever att den kan. Personalen ska bara genom att finnas där och lyssna samt kommentera inte försöka uppnå förändring.

Genom att vårdpersonal ger patienter information gällande deras behandling samt att dem respekterar de önskemål som patienterna har leder detta till begriplighet hos patienten. Informationen skall vara återkommande samt individanpassad, detta kan då leda till ett ökat KASAM hos patienten.

Hanterbarhet

Den andra centrala komponenten i teorin om KASAM är hanterbarhet, detta syftar till de resurser som individen har till sitt förfogande. Dessa resurser behövs för att man som individ ska kunna hantera de stimuli som möts (Antonovsky, 1987). Fastspänningen framkallade ångestkänslor, rädsla och ilska (Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007). Bristen på stöd och hjälp ledde till depressiva känslor hos patienter under isolering (Holmes et al., 2004). Det fanns patienter som upplevde att fastspänning ökade känslan av aggressivitet och ångest (Bonner et al., 2002; Wynn, 2007). Innan, under tiden och efter fastspänning upplevde patienter att de blev ignorerade. De upplevde inte heller att personalen tog sig tid för att prata eller lyssna. På grund av rädslan för att bli fastspänd igen var det en del patienter som undvek att söka hjälp till psykiatrin igen. Detta ledde i sin tur till att de ytterligare blev utsatta för tvångsintagning (Bonner et al., 2002).

Sverige har startat ett projekt som syftar till att minska dessa tvångsåtgärder samt att man vill öka patientinflytandet (Socialstyrelsen, 2013). För att minska fastspänning rekommenderas en del åtgärder, exempel på dessa är riskhantering, utbilda personal i att kunna se tidiga varningssignaler samt att utföra riskbedömningar. Dessa åtgärder har lett till en minskning av fastspänning i vissa länder (Bak et al., 2012). I forskningen framgår det tydligt att bristerna överlag ligger på vårdpersonal. Att för lite information ges till patienter, både under och efter fastspänning och isolering. Det som också framkommer är att patienter vill vara mer delaktiga än vad de får möjlighet att vara. Trots att lagen säger att behandlingen ska ske i samråd med patienten är det inte många patienter som upplever att de är delaktiga i sin vård, många förstår inte varför de blev utsatta för tvångsåtgärder och ser det som ett maktmissbruk från vårdpersonalens sida.

Något som tydligt framkommit är det faktum att fastspänning och isolering påverkar patienter negativt (Andreasson & Skärsäter, 2012; Bonner et al., 2002; Chien et al., 2005; Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Mehaan et al., 2004; Soininen et al., 2013; Wynn, 2007;). Fastspänning är en metod som är riskabel. Det har förekommit att patienter utvecklat blodproppar, lungemboli samt att deras hjärtmuskel har kollapsat, en del dödsfall är även relaterade till fastspänning. I en del fall har det även hänt att patienter brutit ben under fastspänning. Det har inte bara förekommit fysiska skador efter fastspänning, även psykiska skador har uppstått. Patienter har känt sig fångade, ledsna, hjälplösa, arga samt upplevt rädsla. Det har också förekommit att patienter upplever fastspänning som orättvis och som ett straff, i allvarliga fall har patienten upplevt trauma som påverkat deras liv. Posttraumatiskt stressyndrom har även förekommit hos patienter. Detta är de största orsakerna till varför fastspänning måste minska inom den psykiatriska vården (Bak et al., 2012). Efter fastspänning upplevde en del patienter fysisk smärta och man kunde se blåmärken där anordningen varit fäst.

Patienter kände även muskelsmärter som ibland kunde kvarstå upp till några dagar efter fastspänning (Chien et al., 2005 & Wynn, 2007). Trots att fastspänning är en metod, som lagen syftar på, ska hjälpa patienten så visar forskning på att fastspänning överlag upplevs som negativt och i vissa fall har det lett till att patienter utvecklat trauma och rädsla över att söka hjälp. Genom fastspänning har vården förstärkt känslan av övergivenhet och social utsatthet. Uppenbarligen stämmer inte det som sägs i lagen och syftet med dessa tvångsåtgärder ihop med hur patienter faktiskt upplever dessa åtgärder. Fastspänning är förbjudet i många länder men i Sverige används det fortfarande, dock inte lika ofta som för tio år sedan. Tvångsåtgärder sägs vara för patientens bästa men frågan varför patienterna inte delar denna åsikt är värt att ställas.

I en studie fann man att tvångsåtgärder påminde patienter om händelser tidigare i livet, exempel som tagit upp har varit våldtäkt och misshandel i barndomen (Bonner et al., 2002 & Wynn, 2007). Det visade sig också att isolering förstärkte känslan av ensamhet och övergivenhet (Holmes et al., 2004). I lag framgår det att fastspänning ska vara en åtgärd som används när det finns en risk att patienten skadar sig själv eller någon i sin omgivning. Trots detta så är det många patienter som upplever att fastspänning ges i bestraffningssyfte. Anledningen till detta är för att en del patienter blivit varnade innan fastspänningen blev aktuell. Istället för att det bör ses som en hjälp upplever patienter att vårdpersonal använder det som ett maktmedel för att upprätta ordning på avdelningen. Enligt Wynn (2007) upplevde patienter att syftet med fastspänning inte var för deras bästa utan att vårdpersonalen gjorde detta för eget intresse. Själva orsaken till fastspänningen upplevde patienter var för att de vägrade behandling och följa personalens direktiv. Patienterna ansåg att vårdpersonal använde sig av fastspänning för att visa sin makt, detta framgick genom olika varningar innan fastspänningen blev aktuell. Detta styrktes även i andra studier där patienterna också upplevde fastspänning som ett sätt för personalen att sätta gränser och visa makt (Andreasson & Skärsäter, 2012; Kontio et al., 2012 & Meehan et al., 2004). Efter isolering upplevde patienter att de blivit straffade för att de inte hade följt personalens regler (Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012; Meehan et al., 2004).

I en studie gjort av Chien et al., (2005) framkom det att patienter upplevde att vårdpersonal använde övervåld vid fastspänningen, de lyssnade inte heller på deras önskemål. Dessa situationer gav upphov till känslor som var starkt relaterade med bestraffning samt fångenskap. Kontio et al., (2012) gjorde en studie där det visade att patienter överlag upplevde att de blivit dåligt bemötta och behandlade vid fastspänning. Under tvångsåtgärden kunde även personalen använda sig av nedvärderande ord. Chien et al., (2005) beskriver känslan av ångslan då patienter inte kunde försvara sig vid fastspänning. I en studie gjord av Holmes et al., (2004) förstärktes denna känsla av bestraffning av att personalen inte tog initiativ till kontakt. Patienter ansåg inte heller att deras basbehov blev tillgodosedda. Topor (2008) tar upp vikten av att personal ska vara närvarande. Genom att som personal bara finns där samt andra vardagliga handlingar har visats spela stor roll. Det är även viktigt att personalen vid sådana tillfällen själva tar initiativ till dessa och inte blir tvingade till det. Enligt Socialstyrelsen (2007) är fastspänning och isolering tvångsingripande som påverkar patienten traumatiskt. Att behandla dessa patienter på ett humant sätt och ha ett gott bemötande bör läggas stor vikt på. Innan tvångsåtgärderna blir nödvändiga ska andra behandlingsmetoder alltid övervägas.

Inom den psykiatriska tvångsvården bör man ta hänsyn till etiska aspekter. Genom att vårdas inom den psykiatriska tvångsvården innebär detta att man förlorar förmåga att fatta rationella beslut och därmed måste någon annan gå in och fatta besluten åt en.

Detta innebär att man faktiskt tvingar en patient till vård. När en patient blir vårdad enligt LPT fråntas dennes autonomi för att kunna stärka autonomin genom vården. Normalt sett inom sjukvården är det den sjuka som söker vård och vill ha hjälp, medan den psykotiske sällan själv söker vård, orsaken till detta är för att patienten har en begränsad autonomi. Detta innebär att någon annan måste ta över patientens autonomi, detta för att se till så att patienten får den vård denna är i behov i, i detta fall tvångsvård (Arlebrink, 2010).

Strävan inom psykiatrin bör vara att minska tvånget på den grund att dessa tvångsåtgärder förstärker känslan av skräck som patienten känner i sitt sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2007). Det behövs mer forskning som ger exempel på vilka andra metoder som kan tänkas användas istället för fastspänning. Då fastspänning som nämnts tidigare är förbjudet i många länder sedan årtionden tillbaka bör Sverige studera andra länder och vilka metoder som fungerar där. Att söka hjälp och bli utsatt för fastspänning är inte bara fysiskt farligt utan har även allvarliga psykologiska effekter. Precis som syftet med lagen om psykiatrisk tvångsvård bör patienter få hjälp och inte bli fastspända på en brist när patienten redan mår dåligt. Möjligheten finns också att vårdpersonal upplever en patient som aggressiv då patienten i själva verket är rädd och behöver prata. Vad som också framgick i en artikel var att patienter ansåg att fastspänningen var onödig och det hade räckt med att någon från personalen satt sig ner och pratat med dem.

Genom att man som vårdpersonal identifierar patienters stressorer såsom ångestkänslor, rädsla och ilska kan detta leda till ökad hanterbarhet. Genom att uppmärksamma patienter samt visa respekt skapas en tillit mellan vårdpersonal och patient, detta kan i sin tur leda till att patientens individuella stressorer minimeras och att patientens resurser tas tillvara på.

Meningsfullhet

Den tredje och sista central komponenten i teorin är meningsfullhet, som innebär att man som människa ska få vara delaktig. Detta leder till hög KASAM (Antonovsky, 1987). En studie gjord av Kontio et al., (2012) uttryckte patienter att de ville vara delaktiga i sin egen vård samt att de tillsammans med vårdpersonalen skulle bestämma vilka riktlinjer som skulle följas. Wynn (2007) fann att patienter ansåg att aggressiviteten och ångesten hade kunnat minska om någon från personalen startat en dialog istället för att direkt ta ett beslut om fastspänning eller isolering. Bonner et al., (2002) visar på att patienter i vissa fall varnar personal om att de inte kan kontrollera sig själva och mår sämre, men upplever samtidigt att ingen har lyssnat. I en studie gjord av Chien et al., (2005) och Kontio et al., (2012) framgick det att patienter upplevde positiva känslor kring fastspänning, detta visade sig vara relaterat till att personal var villiga att bidra med stöd. Arlebrink (2010) påpekar att patienterna själva tar mer ansvar över sin behandling om de får vara delaktiga i denna. När sådan delaktighet inte uppnås ökar känslan av tvång hos patienten.

Att respektera en patients självbestämmande spelar en central roll i hälso- och sjukvård. Syftet med tvång är att patienten ska få uppleva hälsa och bli utskriven. För patienten inte vård innebär detta ett fortsatt lidande, det kan även innebära en risk för patientens liv och omgivningens. Självbestämmandet kan i detta fall inte respekteras även om individens integritet förbises. Grundtanken är att varje patients frihet och integritet ska respekteras (Ottosson & Ottosson, 2007). Det går inte att komma ifrån att fastspänning

och isolering alltid kommer att vara integritetskränkande men patienten som blir utsatt bör trots detta bli bemött med respekt och empati.

Genom fastspänning upplevde patienter att de fick tid och möjlighet att lugna sig och kunna sova. Fastspänningen upplevdes också som en trygghet då det hindrade patienter från att göra saker som de senare skulle ångra. Att avgränsas har också visat sig resultera i mindre rädsla (Larue et al., 2013; Wynn, 2007). Trots att en del patienter upplevde isolering och fastspänning som åtgärder som inte var nödvändiga så visar en studie på att tvångsåtgärden inte påverkar livskvalitén negativt (Soininen et al., 2013). Då en del patienter upplevs som desorienterade och saknar beslutsfattandeförmåga kan de bli utsatta för tvångsåtgärder trots att de själva inte för tillfället kan förstå syftet med dessa. Genom att isolera och fastspänna hindrar man patienten från att skada sig själv eller andra (Ottosson, 2013). Trots att fastspänning och isolering är integritetskränkande så finns de patienter som upplever att det var nödvändigt. Denna upplevelse kan hänga samman med att man under åtgärder blivit bemött som en medmänniska och fått den hjälp och stöd som behövdes. Genom att få möjlighet att förstå varför åtgärden blev aktuell kan även ha medverkat till de positiva upplevelsorna. Widdershoven och Berghmans (2007) menar att tvångsåtgärder ska göras med omtanke och respekt.

Vad som framkommit i studien är att upplevelsen och uppfattningen av fastspänning samt isolering inte skiljer sig mycket mellan patienter och vårdpersonal. Trots detta upplever patienter att de inte blir bemötta med respekt och empati. En stor del av upplevelsorna relateras till vårdpersonals förhållningssätt, en slutsats man kunnat dra är att vårdpersonal saknar kunskap och förmågan att sätta sig in i patienternas situation men detta visar sig i forskningen inte stämma. Patienter ber om att få vara delaktiga i sin vård och få information, vårdpersonal vill att patienter ska vara delaktiga och få information. Trots detta lyckas man inte ge patienter de dem behöver. I en studie gjord av Gustafsson et al., (2014) belyser vårdpersonal vikten av att lyssna på patienters önskemål och drömmar, att låta patienter vara delaktiga i sin behandling och ge dem den information de behöver. I studier gjorda av Andreasson och Skärsäter, 2012; Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012; Wynn, 2007 framkommer det att patienter upplever att de inte får tillräckligt med information kring deras behandling. LPT (SFS 1991:1128), säger att patienter ska vara delaktiga och behandlingen ska ske i samråd med patienter när det finns möjlighet.

Vårdpersonal kan bidra till en ökad meningsfullhet hos patienter genom att få patienten att vara delaktig i sin vård. Då patienter själv uppger att de vill vara delaktiga är detta något man som vårdpersonal ska ta tillvara på, detta är av speciell stor vikt då det framkommit att känslan av tvång minskar om patienter får vara delaktiga i sin vård.

Slutsats

Det är viktigt att skilja på skyddsåtgärd och behandlingsmetod. Fastspänning och isolering är två åtgärder som används för att skydda patienten själv eller individer i dess omgivning, det är ingen behandlingsmetod. Även om vissa av patienterna som deltog i studierna uppgav positiva upplevelser av tvångsåtgärder menade de flesta att detta var en integritetskränkande händelse som i vissa fall var traumatisk. Det som visats vara hjälpfullt vid sådana tillfällen har varit en närvarande vårdpersonal som behandlat patienterna som medmänniskor och visat omtanke om dem. Något som även framkommit är att patienter upplever det som bestraffning och att tvångsåtgärderna

väcker ångest och rädsla, vilket leder till att dessa patienter inte vill söka hjälp hos psykiatrin i framtiden. Att ge tillräcklig information till patienterna om deras behandling har visats vara av stor vikt.

Implikation

Patienters upplevelser av tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården är ett utforskat område, den mesta delen av forskningen beskriver vårdpersonals upplevelser av att utföra tvång. Genom att utföra studier kring patienters upplevelser av olika tvångsåtgärder kan vårdpersonal få kunskap om hur dessa åtgärder kan utföras på ett mindre integritetskränkande vis. Genom att vara medveten om patienters känslor och upplevelser kan vårdpersonal stödja utvecklingen av KASAM, vilket kan ha betydelse för hur patienter hanterar stressorer som de utsätts för. I utbildningssyfte är det av vikt att vårdpersonal inom psykiatrin är medvetna om hur patienter upplever dessa tvångsåtgärder då det framkommer att vårdpersonalens förhållningssätt påverkar upplevelserna av dessa.

Referenser

- *Andreasson, E & Skärsäter, I (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment : basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 15-22. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
- Arlebrink, J (2010) Etiska aspekter på tvångsvård. I: Skärsäter, I. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur, s 401-424.
- Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 173-188.
- Bak, J, Brandt-Christensen, M, Sestoft, D & Zoffmann, V (2012) Mechanical restraint – which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 83-94. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x
- Berzlanovich, A, Schöpfer, J & Kiel, W (2012) Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109, 27-32. Doi: 10.3238/arztebl.2012.0027
- *Bonner, B, Lowe, T, Rawcliffe, D & Wellman, N (2002) Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465-473. Doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x
- *Chien, W-T, Chan, C.W-H, Lam, L-H & Kam, C-W (2005) Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59, 80-86. Doi: 10.1016/j.pec.2004.10.003
- Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Frueh, B-C, Knapp, R-G, Cusack, K-J, Grubaugh, A-L, Sauvageot, J-A, Cousines, W-C, Yim, E, Robins, C-S, Monnier, J & Hiers, T-G (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 9, 1123-1133. Doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1123
- Grönwall, L & Holgersson, L (2009) *Psykiatrin, tvånget och lagen – En lagkommentar i historisk belysning*. Stockholm: Nordstedts juridik.
- Gustafsson, L-K, Wigerblad, Å & Lindwall, L (2014) Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 121, s. 176-186. Doi: 10.1177/0969733013490592
- Gustavsson, E (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet- En rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur.
- *Hoekstra, T, Lendemeijer, M & Jansen, M (2004) Seclusion: The inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 276-283. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00710.x

*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. *Mental Health Nursing*, 6, 559-578. Doi: 10.1080/01612840490472101

Jormfeldt, H, Svedberg, P, Fridlund, B & Arvidsson, B (2007) Perceptions of the concept of health among nurses working in mental health services: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 50-56. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00444.x

*Kontio, R, Joffe, G, Putkonen, H, Kuosmanen, L, Hane, K, Holi, M & Välimäki, M (2012) Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 16-24. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x

*Larue, C, Dumais, A, Boyer, R, Goulet, M-H, Bonin, J-P & Baba, N (2013) The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 317-324. Doi: 10.3109/01612840.2012.753558

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O & Tuninger, E (2008) *Psykiatri – en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur

Lind, M, Kaltiala-Heino, R, Souminen, T, Leino-Kilpi, H & Välimäki, M (2004) Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 379-385. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x

*Mayer, P, Keet, N, Winkler, G & Flisher, A-J (2010) Mental health service users perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 60-73. DOI: 10.1177/0020764008098293.

*Meehan, T, Bergen, H & Fjeldsoe, K (2004) Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03062.x

Ottosson, J-O (2013-05-28) Etiska aspekter på tvångsvård. *Läkartidningen*, 22, 110, 1080-1081. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2013/05/Etiska-aspekter-pa-tvangsvard/>

Ottosson, H & Ottosson, J-O (2007) *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

Pelto-Piri, V, Engström, K & Engström I (2013) Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*, 14. Doi: 10.1186/1472-6939-14-49.

Rosén, M (2012) Systematisk litteraturoversikt. I: Henricsson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s 429-443

SFS, 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård. Hämtad 3 februari, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128

SFS, 1991:1129. Lag om rättspsykiatrisk vård. Hämtad 3 februari, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-rattpsykia_sfs-1991-1129/?bet=1991:1129

Skärsäter, I (2010) Inledning. I: Skärsäter, I (red.) *Psykiatrisk omvårdnad – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur, s. 17-21.

Socialstyrelsen (2013) *Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: Socialstyrelsen

*Soininen, P, Välimäki, M, Noda, T, Puukka, P, Korkeila, J, Joffe, G & Putkonen, H (2013) Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 47-55. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x

Topor, A (2008) En annan professionalitet. I: Topor, A & Borg, M (red). *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur, s 55-78.

Willman, A, Stoltz, P & Bahtsevani, C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Widdershoven, G & Berghmans, R (2007) Coercion and pressure in psychiatry: lessons from Ulysses. *Journal of Medical Ethics*, 33, 560-563. Doi: 10.1136/jme.2005.015545

*Wynn, R (2007) Psychiatric inpatients' experiences with restraints. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15:1, 124-144. Doi: 10.1080/14789940410001655187

Tabell 1. Sökordsöversikt

Sökord	PubMed MeSH-term	Cinahl Subject heading list	PsycINFO Thesaurus
Fastspänning/fasthållning	Restraint, Physical	Restraint, Physical	Restraint, Physical
Patienters erfarenheter		Patients experiences (fritext)	Patients experiences (fritext) Inpatient's experiences (fritext)
Isolering	Seclusion (Fritext)	Seclusion	Seclusion
Isolerad		Secluded (fritext)	
Patienters upplevelser	Patients perceptions	Patients perceptions (fritext)	Patients perceptions (fritext)
Psykiatriska patienter	Psychiatric patients (fritext)		
Psykiatrisk vård		Psychiatric care (fritext)	
Tvångsvård		Compulsory treatment (fritext)	
Psykisk hälsa		Mental health (fritext)	
Sverige		Sweden (fritext)	

Tabell 2. Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2014-02-01	CINAHL	Restraint, Physical AND seclusion, AND patients experiences AND psychiatric care/ Peer-reviewed, 2002-2014	5	5	2	1
2014-02-02	CINAHL	Restraint, Physical AND seclusion AND patients experiences/ Peer-reviewed, 2002-2014	17	17	4	2
2014-02-04	PsycINFO	Restraint physical AND seclusion AND patients experiences/ Peer-reviewed, 2002-2014	23	23	5	2
2014-02-14	PsycINFO	Restraint, Physical AND patients perceptions/ Peer-reviewed, 2002-2014	36	36	4	1
2014-02-14	PsycINFO	Restraint, Physical AND inpatients experiences/ Peer-reviewed, 2002-2014	28	28	2	2
2014-02-12	PubMed	Seclusion AND perceptions / Peer-reviewed, 2004-2014	31	31	2	1
2014-03-14	CINAHL	Secluded AND patients experiences/ Peer-reviewed, 2002-2014	3	3	3	1
2014-05-07	CINAHL	Compulsory treatment AND mental health AND patients perceptions AND Sweden/Peer-reviewed, 2010-2014	2	2	1	1

Bilaga C

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 Sverige Cinahl	Andreasson, E & Skärsäter, I.	Patients treated for psychosis and their perception of care in compulsory treatment: basis for an action plan.	Syftet var att beskriva patienters uppfattningar samt upplevelser av tvångsåtgärder.	Kvalitativ design med fenomenografisk design bestående av intervjuer. 12 patienter deltog som var minst 18 år och samtliga hade blivit intagna på tvång, diagnostiserats med psykotiska störningar enligt ICD-10 samt pratade svenska. 16 patienter som stämde överrens med kriterierna tillfrågades om att delta i studien, varav fyra av dessa avböjde.	Resultaten från studien visade att det är av stor vikt att förebygga att patienterna blir traumatiserade av tvångsåtgärderna. Patienterna upplevde att tvångsåtgärderna kunde vara positiva om de gavs med god omvårdnad, samt om de fick det skydd och förklaring de behövde. Genom att få delta så mycket det gick samt att personalen tog deras autonomi i beaktning kände patienterna sig respekterade.	Hög
2002 Storbritannien Cinahl	Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N.	Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK.	Samla information om de faktorer som patienter och personal fann hjälpsamma eller ogynnsamma under och efter fastspänning samt att undersöka den subjektiva upplevelsen av dessa.	Semi-strukturerade intervjuer användes och både personal och patienter blev intervjuade så nära in på tvångsåtgärderna som möjligt. Sex incidenter analyserades där patienter samt två från personalen var med.	Fastspänning framkallade starka och svåra känslor för alla inblandade. Hälften av patienterna samt många från personalen uppgav att det aktiverade tidigare traumatiska upplevelser.	Medel

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
Land				Urval		
Databas				Bortfall		
2005	Chien, W-T., Chan, C.W.H., Lam, L-W. & Kam, C- W.	Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of psychical restraint	Undersöka patienters upplevelser samt känslor efter den första kontakten med fastspänning.	Undersökande kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. 30 patienter deltog varav 18 män och 12 kvinnor där medelåldern var 31.2 år. Cirka hälften av patienterna uppfyllde inte kriterierna då de var för mentalt ostabila för att genomföra en intervju, eller hade de tidigare erfarenheter av fysiskt tvång.	Positiva upplevelser gällande tvångsåtgärderna förekomm när personalen visade omtanke och visade en vilja att hjälpa och bistå med psykologiskt stöd. Genom att personalen pratade och spenderade tid med patienterna ökade detta den positiva upplevelsen. När personalen inte visade empati och omtanke ledde detta till negativa upplevelser där patienterna uppgav att de kände sig maktlösa och förvirrade.	Hög
2004	Hoekstra, T., Lendemeijer , H. & Jansen, M	Seclusion: The inside story	Undersöka patienters upplevelser av att ha varit isolerad inom den psykiatriska vården.	Studien utgick från grundad teori. Semi- strukturerade intervjuer förekom med 7 patienter, 4 kvinnor och 3 män. Patienterna hade upplevt isolering tidigare i livet. Intervjuerna spelades in på band och efter intervjuerna analyserades resultatet. Antalet deltagare som var erbjudna att delta i intervjuerna var 8, en valde att inte medverka, detta för att han inte ville ”riva” upp känslor från förr.	Både positiva och negativa aspekter med isolering förekom. Patienter upplevde att information från personal påverkade hurvida det fanns möjlighet att leva med känslan av att ha blivit isolerad. Det framkom även att patienter hade blivit hotade under isolering, detta förstärkte de negativa känslorna av att ha varit isolerad.	Hög

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
Land				Urval		
Databas				Bortfall		
2004 Kanada Cinahl	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.	Syftet var att öka förståelsen för patienter som har en allvarlig psykisk sjukdom som under sin vårdperiod varit placerad i ett isoleringsrum på en psykiatrisk avdelning.	Semi-strukturerad öppen intervju. 6 patienter deltog. Inklusionskriterier för studien var psykotisk sjukdom samt att isolering förekommit de senaste sju dygnet. Både manliga och kvinnliga deltog. Inget bortfall.	Patienter som varit i isolering upplevde avvísning, förödmjukelse samt social isolering i det vardagliga livet. Under isoleringsperioden upplevde de även rädsla, ilska, ledsamhet, skam samt en känsla av övergivenhet. De upplevde även att de inte fick den vård de behöver under isoleringen. De flesta upplevde även depressiva känslor, detta var relaterat till att de kände sig ensamma och övergivna i ett rum.	Hög
2012 Finland Cinahl	Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M.	Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patient's Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives	Undersöka patienternas upplevelse av fastspänning och isolering samt eventuella förbättringar eller alternativ till dessa.	En deskriptiv kvalitativ ansats användes med öppna intervjuer. 30 intervjuer analyserades och av dessa var 63 % män och den totala medelåldern var 41 år. 120 patienter hade upplevt fysiska tvångsåtgärder men 46 uppfyllde inte kriterierna och av de återstående 74 patienter gav 16 inte frivilligt informerat samtycke och 27 erbjöds inte att delta på grund av ouppmärksamhet hos personal.	Patienterna upplevde främst att det inte gavs tillräcklig information gällande situationen, behandlingen och planerna. Patienterna uppgav även att de kände rädsla, ilska samt ensamhet under de perioder de blev utsatta för tvångsåtgärder. De upplevde även att bristen på meningsfulla aktiviteter under tvångsåtgärderna var ett problem. Generellt var de negativa upplevelserna högst, men det fanns vissa positiva upplevelser.	Hög

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
Land				Urval		
Databas				Bortfall		
2013 Kanada Cinahl	Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M-H., Bonin, J-P. & Baba, N.	The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Setting: Perspectives of Patients	Identifiera och beskriva patienters upplevelse av bältesläggning och isolering.	En explorativ deskriptiv studie med strukturerade intervjuer användes. 50 patienter deltog varav 19 kvinnor och 31 män. 23% av patienterna som befann sig på det psykiatriska sjukhuset uppfyllde kriterierna för att delta i studien	Resultaten var varierande då vissa patienter kände att tvångsåtgärderna var till hjälp medan andra inte upplevde det så. Nästan alla patienter upplevde att vårdpersonalen inte följde upp efter tvångsåtgärderna.	Hög
2010 Sydafrika CINAHL	Mayer, P., Keet, N., Winkler, G. & Flisher, A-J.	Mental health service users perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint	Undersöka upplevelser och erfarenheter av personer som blivit behandlade med lugnande medel eller blivit utsatt för fastspänning eller isolering inom den psykiatriska vården.	En fokusgrupp på 8 personer. Innehållet transkriberades och olika teman kunde utläsas. Dessa teman presenterades för en annan fokusgrupp för att valideras, även denna grupp bestod av 8 personer. Utifrån resultaten tog man fram en enkät som besvarades av 43 personer från tre olika psykiatriska sjukvårdinrättningar.	I resultatet framkom det att patienter upplevde att kommunikationen med personal inte fungerade. De ansåg även att personal bröt mot deras mänskliga rättigheter. Metoderna som användes upplevdes vara en bestraffning snarare än terapeutiskt.	Hög
2004 Australien PubMed	Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K.	Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?	Undersöka både personal och patienters upplevelser gentemot isolering samt effekterna av dessa och patienters känslor under isolering.	En tväranalytisk undersökning med standardiserade frågor användes. 29 patienter som upplevt isolering de senaste 12 månaderna deltog, där 63 % var män och 70 % av dessa var under 30 år. 60 sjuksköterskor från personalen deltog. 66 % av de patienter som blev tillfrågade ville delta i undersökningen, samt motsvarade 88 % av personalen.	Det fanns oenigheter i upplevelsorna bland patienter och personal vilket indikerar på att det behövs en bättre dialog däremellan. Patienterna upplevde att isoleringen hade liten terapeutisk effekt och fick de att känna sig straffade. Personalen ville ha mer kunskap kring hur patienter upplever det, medan patienterna vill ha information kring syftet bakom isolering och hur det utförs.	Medel

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2013 Finland Cinahl	Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H.	Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment	Undersöka patienters upplevelser av fastspänning och isolering.	Data samlades in genom ett frågeformulär för patienter som upplevt fastspänning och isolering. Patienterna var mellan 18 och 65 år, 55 män och 35 kvinnor. Av 307 patienter var det 149 som uppfyllde kriterierna och utav dessa var 90 intervjuer lämpliga.	Patienterna upplevde att deras åsikter blev hörda, men inte tagna i räkning. Kvinnor och äldre patienter var mer kritiska till de tvångsåtgärderna än män och yngre patienter. Man måste ta patienterna i åtanke och ha en dialog med dessa som vårdpersonal.	Hög
2004 Norge PsycINFO	Wynn, R.	Psychiatric inpatient's experiences with restraint	Undersöka patienters upplevelse av fastspänning.	Intervjuer genomfördes på patienter som nyligen upplevt fastspänning efter en undersökning om patienten var i stånd till en sådan intervju. Nio män och tre kvinnor deltog i studien. Inget bortfall.	Många av patienterna upplevde att dessa tvångsåtgärder hade kunnat undgås. Fysiskt tvång gav upphov till känslor så som ängslan, ilska och fientlighet. Det är av vikt att lära personal upptäcka aggression i ett tidigt stadie och i högra grad undvika fysiska tvångsåtgärder.	Hög



Frida Hedrén



Sarah Rosenlind



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se