



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet, 180hp

# KANDIDATUPPSATS



Sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta med tvångsåtgärder inom psykiatri

Camilla Bengtsson, Kristin Gisladottir

Omvårdnad, vetenskapligt arbete, 15hp

Varberg 2015-01-14

**Sjuksköterskornas upplevelser av att  
arbeta med tvångsåtgärder inom  
psykiatri**

Författare: Camilla Bengtsson  
Kristin Gísladóttir

Ämne Omvårdnad  
Högskolepoäng 15 hp  
Stad och datum Varberg 2015-01-14

<b>Titel</b>	Sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta med tvångsåtgärder inom psykiatri
<b>Författare</b>	Camilla Bengtsson och Kristin Gisladottir
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle
<b>Handledare</b>	Jörgen Öjervall, universitetsadjunkt, Fil. Mag
<b>Examinator</b>	Barbro Boström, Universitetslektor Med. Dr
<b>Tid</b>	HT 2014
<b>Sidantal</b>	17
<b>Nyckelord</b>	Omvårdnad, psykiatri/sjuksköterska, tvång, tvångsinläggning

## Sammanfattning

Isolering, bältning och tvångsmedicinering är exempel på tvångsåtgärder som förekommer inom psykiatrin världen över. Sjuksköterskor möter patienter som tvångsvårdas, och ansvarar för att skapa relationer med dem. Mötet innebär en komplexitet, eftersom sjuksköterskans uppgift är att individanpassa vården och att bevara patientens autonomi, samtidigt som hen är skyldig att väga patientens önskemål mot läkarens ordinationer, lagtexter och avdelningens säkerhet. Förutom detta etiska dilemma finns även risk för att sjuksköterskan utsätts för våld. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskornas upplevelse av att arbeta med tvångsåtgärder. Studien är en litteraturstudie. Upplevelserna som påträffades berörde sjuksköterskornas grundläggande tankar om tvångsvård, förnimmelsen av att utföra tvångsåtgärder, samt upplevelser om hur organisationen påverkade sjuksköterskornas arbete med tvångsåtgärderna. Slutsatser: Hos en del sjuksköterskor finns förhållningssätt som försvårar att individanpassa vården för tvångsomhändertagna patienter. Samtidigt har de flesta av sjuksköterskorna en medvetenhet om att synen på patienten kan brista, och om den avgörande betydelsen av att skapa tillitfulla vårdrelationer. Sjuksköterskorna har fler möjligheter att påverka antalet tvångsåtgärder än de tycks uppleva. Följden av handledda reflektionssamtal är ett minskat antal tvångsåtgärder och en större medvetenhet hos sjuksköterskan om sin betydelsefulla roll, både gentemot patienten och organisationen.

<b>Title</b>	Nurses' experiences of working with coercion in psychiatry
<b>Author</b>	Camilla Bengtsson and Kristin Gisladdottir
<b>Department</b>	School of Social and Health Sciences
<b>Supervisor</b>	Jörgen Öijervall, Lecturer, MSc
<b>Examiner</b>	Barbro Boström, Senior Lecturer PhD
<b>Period</b>	Autumn 2014
<b>Pages</b>	17
<b>Key words</b>	Coercion, involuntary commitment, nursing, psychiatry/nurse

## **Abstract**

Isolation, belt up and forced medication are examples of coercive measures appearing in psychiatry worldwide. Nurses meet involuntary committed patients, and are responsible for creating relationships with them. The meeting involves a complexity because the nurse's role is to individualize care and to preserve the patient's autonomy, and at the same time is required to weigh the patient's wishes against doctors' orders, legal texts and the department's safety. In addition to this ethical dilemma is also a risk that the nurse gets exposed to violence. The purpose of this study was to examine nurses' experience of working with coercive measures. The study is a literature review. The experiences encountered touched the nurses' basic thoughts about involuntary treatment, the sensation of carrying out enforcement actions and experiences on how the organization affected nurses' work with coercive measures. Conclusions: Some nurses have attitudes that make it difficult to individualize care for incarcerated patients. At the same time, most of the nurses are aware of that the perception of the patient may burst, and the critical importance of creating trusting care relationships. The nurses have more opportunities to influence the number of enforcement actions than they seem to experience. The consequence of guided reflection calls are a decreased number of coercive measures and a greater awareness among nurses about their significant role, both towards the patient and the organization.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Tvångsvård .....	2
Statliga utredningar av tvångsvård .....	2
Sjuksköterskornas omvårdnadsansvar.....	2
Problemformulering.....	4
Syfte.....	4
Metod .....	4
Datainsamling.....	4
Cinahl.....	4
Psycinfo .....	5
Svemed.....	5
Inklusionskriterier.....	5
Exklusionskriterier .....	6
Databearbetning .....	6
Forskningsetiska överväganden.....	7
<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
<b>Grundtankar om tvångsvård</b> .....	<b>7</b>
Etiska aspekter.....	7
Skapande av vårdrelation .....	8
<b>Upplevelser av att utföra tvångsåtgärder</b> .....	<b>9</b>
Säkerhet och kontroll .....	10
<b>Organisatorisk påverkan</b> .....	<b>10</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
Sjuksköterskornas förmåga att påverka behovet av tvångsåtgärder .....	13
Betydelsen av reflektion och etiska överväganden .....	15
<b>Konklusion</b> .....	<b>16</b>
<b>Implikation</b> .....	<b>17</b>

## Referenser

### Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

## **Inledning**

Tvångsinläggning av psykiskt sjuka på isolerade institutioner har funnits i Sverige sedan 1954 (Statens offentliga utredningar, 2012). Socialstyrelsen uppskattade år 2008 att det dagligen var 3000 personer som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), med rättspsykiatriska patienter inräknade. Tvångsvård förekommer runt om i hela världen (Svenska psykiatriska föreningen (SPF), 2013). Tvångsintagning ökar i flera länder i Europa (Mykleburst, Sørgaard, Røtvold & Wynn, 2012). Vanligaste skälet är att patienten har ett fientligt beteende gentemot omgivningen (Raboch Kalisová, Nawka, Kitzlerová, Onchev, Karastergiou & Kallert, 2010). I till exempel Nederländerna har tvångsvården ökat konstant sedan 1992, i sådan utsträckning att psykiatriska kliniker befarar att vården inom kort kommer att domineras av patienter som är i behov utav tvångsåtgärder (Van Der Post, Mulder, Bernardt, Schoevers, Beekman, Dekker, 2010). Majoriteten patienter har uttryckt att de känt sig kränkta under intagningsprocessen (Kjellin, Andersson, Bartholdson, Candefjord, Holmström, Jacobsson, Sandlund & Östman, 2004; Szmukler, 2008). WHO (Världshälsoorganisationen, 2005) betonar att meningen med en lagstiftning för psykiskt sjuka är att skydda, främja och förbättra dessa individers liv och känsla av välbefinnande.

Sjuksköterskan har en stödjande roll för patienten, genom att ge patienten uppmuntran och kunskap, att klargöra för patienten om hans situation och ge stöd till förändring (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2012). ICN (International Council of Nurses, 2014) påpekar att det tillhör sjuksköterskans ansvarsområde att tillsammans med samhället initiera och stödja åtgärder som tillgodoser i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa.

## **Bakgrund**

### **Tvångsvård**

Tvångsvård leder till begränsad autonomi och kränkning av patientens integritet, men tanken är enligt Arlebrink (2014) att förlusten ska åstadkomma stärkt autonomi hos patienten. Runt om i världen regleras tvångsvården genom nationella lagstiftningar (Kuosmanen et al, 2007). I Sverige träder LPT i kraft genom ett vårdintyg enligt paragraf 4 (Svensk författningssamling (SFS), 1991:1128). I vårdintyget ska tydligt framgå om patienten är en fara för sig själv och vårdas under så kallat paternalistiskt tvång, eller om det handlar om fara för andra människors säkerhet (SPF, 2013). Intyget utfärdas då det finns antydning till att patienten riskerar att avbryta sin behandling på grund av psykisk obalans (ibid.). Beslut om tvångsintagning tas av psykiatriker, om möjligt utifrån en klinisk undersökning (Arlebrink, 2014). Orsaken till intyget ska dokumenteras i patientjournalen. Polisen kan fatta beslut om tvångstransport till psykiatrisk akutavdelning, enligt LPT paragraf 47 (Socialdepartementet, 1991). En preliminär vårdplan, ska dokumenteras direkt efter beslut om intagning (SOSFS, 2008:18). Denna ska korrigeras vid ytterligare beslut eller åtgärder. Patientens psykosociala, medicinska och psykologiska status ska här

framgå tydligt. Om patienten ej varit delaktig i sin egen vårdplanering, ska orsak dokumenteras i vårdplanen (SOSFS, 2008:18; Björvell & Thorell-Ekstrand, 2009). Missbruk, ätstörning, självska debeteende, depression med suicid risk, psykos eller svår demens är exempel på tillstånd som kan leda till tvångsvård enligt LPT (Socialstyrelsen (SOS), 2008). Tvångsåtgärder som förekommer inom psykiatrisk tvångsvård är isolering, fastspänning (bältning), ofrivillig medicinering och kroppsvisitering (SPF 2013; SOS, 2008). Fastspänning anses nödvändig då det råder risk för fara för patienten eller någon i omgivningen (SPF, 2013). Beslut tas av chefsläkare. Denna åtgärd kan pågå i upp till fyra timmar och i vissa fall i över sjuttiofyra timmar, och går inte att överklaga. Informellt tvång är en benämning på situationer som patienten råkar ut för om hen ej frivilligt vill läggas in, eller vill ta mediciner. Exempel på påtryckningar är övertalning, utnyttjande av den personliga relationen, lockbete och hot om tvång (ibid.). LPT anger lagens ramar, för vad som är tvångsvård, men lagarna följer ej nödvändigtvis patientens attityder, och upplevelse av tvång (Van Den Hoof & Goossensen, 2014). Angeläget är ett fungerande samarbete mellan psykiatrisk primär- och slutenvård för att förhindra att patienten hamnar under tvångsvård (Mykleburst et al, 2012).

### Statliga utredningar av tvångsvård

Socialstyrelsens utredning (2009), visar att det finns skäl att förbättra den psykiatriska tvångsvården. Det finns brister inom vårdplanering, psykosociala insatser, psykosociala behandlingar och omvårdnads- rehabiliteringsinsatser. Nämnade områden tillhör sjuksköterskans ansvarsområden (Björvell & Thorell Ekstrand, 2009; Skärsäter, 2009 och Hedelin, Jormfeldt, Svedberg, 2009). SOS (2009) efterlyser även en ökad kompetens hos personalen, för att individanpassa vården. Minskad belastning på de slutna psykiatriska avdelningarna föreslås. Ett systematiskt utvecklingsarbete gjordes mellan 2010-2012 av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Resultatet av arbetet ledde till en storsatsning för en förbättring av den psykiatriska vården. Ett "genombrottsprogram" konstruerades för verksamheter som det berörde. SKL's utvärdering (2013) av programmet visade att tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård hade minskat, och att kunskapen och förståelsen för människans psykiska funktioner hade ökat. Utvärderingen poängterade även vikten av att beakta individanpassad vård och möjlighet till alternativa behandlingsformer för varje individ.

### Sjuksköterskornas omvårdnadsansvar

Sjuksköterskorna ansvarar för att ordinera tydligt formulerade omvårdnadsåtgärder i vårdplanen (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2009). Omvårdnadsåtgärderna ska vara genomförbara, och det ska genomföras uppföljning av vilka resultat åtgärderna gav (ibid.).

Den tvångsvårdade har samma rättigheter som den icke tvångsvårdade patienten, de har rätt att bli respekterade, och att få relevant information angående sin sjukdom och situation (Arlebrink, 2014; World Psychiatric Association, 1998; SOSFS, 2008:18).

En förutsättning för en kvalitetssäker hälso- och sjukvård, är att patienter som läggs in på sjukhus upplever förbättring (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto, Välimäki, 2006). Om patienten är nöjd, har detta positiv inverkan på behandlingen (Wallsten, Östman, Sjöberg & Kjellin, 2008). Kunskaper om patienternas upplevelser av att tvångsvårdas är begränsade (Wallsten et al, 2008; O'Donoghue, Lyne, Hill, O'Rourke, Daly, Larkin, Feeny, & O'Callaghan, 2011; Ridley & Hunter, 2013). Gemensamt för patienter är att de förknippar subjektiv upplevd förbättring med att bli väl bemött av personalen och att ha tillgång till en kontaktperson som lyssnar på patienten (Wallsten et al, 2008; Van den Hooff & Goossensen, 2014). Patienten kan uppleva samma situationer och fenomen på mycket olika sätt, och upplevelsen av att bli fastspänd, skiljer sig från vad som dokumenterats av vårdpersonalen i journalen (ibid.). Kjellin, et al (2004) visar på att åtgärder som förekommer inom psykiatrin, saknar juridisk förankring: patienter kände ingen delaktighet i utarbetandet av en vårdplan, en femtedel av de tvångsintagna patienterna visste ej om att de vårdades enligt tvångslagstiftning. Flertalet patienter i studien av Wallsten et al (2008) var dock positivt inställda till psykiatrisk tvångsvård. Enligt en del patienter brister den psykiatriska vården när det gäller tvångsvård, restriktioner, information samt miljö på avdelningarna (Kuosmanen et al, 2006). Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä och Välimäki (2007) lyfter fram att det bland patienter finns missnöje angående själva tvångsinläggningen.

Patienten som utsätts för tvångsvård kan i efterhand acceptera och förstå anledningen till valda åtgärder, men tvångsvården kan också leda till en motvilja till fortsatt vård (Rosenman, Korten & Newman, 2000). När patienten inte blir respekterad som unik individ av vårdpersonal och inte inges hopp i form av bekräftelse, uppstår en stigmatisering av patienten (Lindgren, 2014).

Omvårdnadsteoretiker som ingående berör ämnet individanpassad vård är Pender, Murdaugh och Parsons (2006). De beskriver strategier för hur sjuksköterskorna kan stödja patienten och närstående, för att förbättra hälsobeteenden, främja de förändringar patienten önskar genomgå, och förse patienten med färdighet till kontinuerlig utveckling av självet och uppmärksammande av självet. Pender et al (2006) framhäver självutvecklingen som en livslång kunskap, som stärker patienten till en rad beteendeförändringar med målet att främja hälsa och välbefinnande. Jormfeldt, Svedberg, Fridlund och Arvidson (2007), skriver att autonomi är en nödvändig upplevelse för att uppnå hälsa. Samtidigt saknar den psykiatriska vårdinstitutionen en gemensam definition av vad hälsa, och därmed vad mental hälsa, innebär (ibid.).

Pender, et al (2006) har utvecklat en hälsofrämjande modell, som framhäver individuellt hälsofrämjande beteenden, där sjuksköterkan tar hänsyn till patientens individuella egenskaper och upplevelser, patientens inlärd beteende, och även patientens personliga faktorer såsom biologiska, psykologiska och sociokulturella. För att kunna följa modellen krävs att sjuksköterskorna beaktar patientens uppfattningar om beteenden och patientens affekter, patientens upplevda fördelar av handling, patientens upplevda barriärer för handling, patientens uppfattning av sin egen handlingskraft, samt patientens affekter relaterade till handlingarna (ibid.).



Detta hälsoinriktade perspektiv innebär alltså komplexa aspekter. Vilka betydelser som läggs i begreppet hälsofrämjande är i högsta grad subjektivt (Pender et al, 2006; Jormfeldt et al, 2007; Verhaeghe et al, 2012).

## Problemformulering

Sjuksköterskorna inom psykiatri möter och ansvarar för att skapa relationer med patienten som är i behov av tvångsåtgärder. Mötet innebär en komplexitet med tanke på att tvångsåtgärden innebär eliminering av patientens autonomi och dessutom kan förvärpa patientens sjukdomstillstånd. Sjuksköterskans uppgift är att arbeta för patientens självbestämmande och att lindra lidande, men måste samtidigt ta hänsyn till lagtexten, läkarens beslut och avdelningens säkerhet. Förutom denna etiska konflikt, finns samtidigt risk för bristande vårdrelationer och att sjuksköterskan utsätts för våld.

Insyn i sjuksköterskornas subjektiva upplevelser av tvångsåtgärder ger ökad kunskap om tvångsåtgärdernas existens och arbetssätt för att förebygga dem.

## Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med tvångsåtgärder inom psykiatri.

## Metod

Studien är en litteraturstudie, enligt riktlinjer i Friberg (2012).

## Datainsamling

Sökorden utgick ifrån de ord som finns i studiens syfte. Ett stort antal sökningar gjordes, innan det kunde urskiljas vilka ämnesord som gav de utifrån syftet mest relevanta träffarna. Sökningarna skedde i databaserna Cinahl, Psycinfo och Svemed, eftersom dessa är speciellt inriktade på psykiatri. Pubmed uteslöts från sökningarna, eftersom det bedömdes att tillräckligt med artiklar redan inkluderats från databaserna Cinahl, Psycinfo och Svemed.

### *Cinahl*

Sökningen inleddes med fritextsökningar på ett betydande antal engelska benämningar på tvångsvård (cirka 10). Sedan upptäcktes att de artiklar som rör ämnet ”Psykiatrisk tvångsinläggning” här samlas under ämnesordet “involuntary commitment”. Den slutgiltiga sökningen kombinerades med “Psychiatr\*” AND “nurs\*”, för att specificera träffarna efter syftet (se bilaga A och B). Sammanlagt gav sökningen 29 vetenskapliga artiklar. Alla abstrakt lästes och 10 av artiklarna granskades i sin helhet.

Åtta stycken av artiklarna användes i resultatet då de uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna (se nedan). En ny sökning med gjordes med ämnesordet för tvång, som också upptäcktes under datainsamlingsprocessen: "Coercion". Sökningen specificerades med fritextorden som ovan. Sökningen gav totalt 27 artiklar, varav 10 stycken var dubletter.

Efterhand att studiens syfte förändrades och blev mer specifikt, gjordes även en sökning efter ämnesordet "tvångsåtgärder", som heter "coercive measures" på engelska, men det ämnesordet påträffades inte i någon av databaserna.

#### *Psycinfo*

Sökningen inleddes med fritextsökningar på ett betydande antal engelska benämningar på tvångsvård (cirka 10). Sedan upptäcktes att de artiklar som rör ämnet "Psykiatrisk tvångsinläggning" här samlas under ämnesorden "commitment (psychiatric)" och "involuntary treatment". Resultatet blev sammanlagt 50 artiklar, 23 lästa abstrakt, det gav 1 dublett, dock användes ingen artikel till studiens resultat. Sökningen kombinerades med fritextorden "Psychiatr\*" AND "nurs\*" som gav 28 vetenskapliga artiklar, 25 lästa abstrakt, 9 dubletter och 6 stycken av artiklarna användes i resultatet.

#### *Svemed*

Eftersom databasen utöver engelska artiklar, även innehåller svenska, söktes på de svenska orden "tvång", "tvångsvård" och "tvångsåtgärder" men det gav inga relevanta träffar. Som ovan inleddes annars sökningen med fritextsökningar på ett betydande antal engelska benämningar på tvångsvård (cirka 10), innan det upptäcktes att artiklar som rör ämnet "Psykiatrisk tvångsinläggning" här samlas under ämnesorden "Commitment of Mentally Ill". Tillsammans med fritextorden "Psychiatr\*" AND "nurs\*" återfanns inga artiklar som berörde syftet. En ny sökning gjordes även som ovan, med "Coercion" som ämnesord, och fritexten "Psychiatr\*" AND "nurs\*". Sökningen gav 5 artiklar, 4 lästa abstrakt och 1 artikel till studiens resultat. Utifrån de tidiga sökningarna i databasen upptäcktes en artikel, som sedan söktes upp med fritextsök (se bilaga B).

#### *Inklusionskriterier*

Antydning om sjuksköterskornas upplevelser av tvångsvård skulle finnas i antingen titel eller abstract. Artiklarna skulle vara märkta med peer-reviewed och skrivna på engelska, för att säkerställa texternas vetenskapliga kvalitet. För att säkerställa vetenskaplig aktualitet söktes artiklar med publiceringsår från 2004 till 2014. Anledningen till att tidsintervallet valdes till 10 år, var att antalet artiklar inom ämnet var begränsat.

#### *Exklusionskriterier*

Artiklar där endast psykiatrikers eller patienters upplevelser av tvångsvård behandlades, valdes bort, eftersom de båda grupperna saknar sjuksköterskornas

omvårdnadsperspektiv. Andra exklusionskriterier var artiklar som i titel eller abstract endast rörde tvångsvård inom rättspsykiatri, lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), barn- och ungdomspsykiatri och öppenvårdspsykiatri. Där arbetar vårdpersonalen utifrån en annan lagstiftning än LPT. Även artiklar som i titel eller abstract endast tog upp statistiska undersökningar om psykiatriens geografiska och demografiska profiler uteslöts.

## Databearbetning

Utvalda artiklar delades upp mellan oss och granskades utifrån Carlsson & Eiemans kvalitativa och kvantitativa granskningsmallar, för att fastställa artiklarnas vetenskapliga kvalitet (se vidare under Metoddiskussion). Samtidigt skrevs artikelöversikter (se Bilaga C). Artiklarna lästes en andra gång med fokus på det resultat som berörde denna studies syfte. Detta bearbetningsmaterial, översattes och lades in i ett enskilt textdokument. Artiklarna byttes och lästes en tredje gång, och diskuterades tillsammans för eventuella tillägg- och/eller avdrag. Efter granskning, bearbetning och jämförande observationer av innehållet, upptäcktes att delar av materialet hade med varandra att göra. Artikelförfattarna hade använt olika ordval för att uttrycka ungefär samma saker, och ibland hade de valt ungefär samma ordval, men uttryckte olika saker. Författarna hade också ibland använt sig av ungefär samma ordval, för att uttrycka samma saker. Textstycken vars innehåll liknade varandra, flyttades så de låg under samma kategori. Ursprungligen bildades fem olika kategorier, som sedan slogs ihop till tre. De hade att göra med sjuksköterskornas upplevelser av vad de betraktade som huvudansvar, deras upplevelser av tvångsåtgärden, samt deras upplevelse av maktlöshet. Efter vidare resultatbearbetning påträffades att dessa kategorier var för snäva, delar av texten hade beröringspunkter utanför de gränser som bildats. Ytterligare bearbetning följde. Det urskiljdes att en del upplevelser hade med sjuksköterskornas förhållningssätt att göra, att andra hade mer med den konkreta tvångsåtgärden att göra, och att en del upplevelser hade med sjuksköterskornas roll i ett organisatoriskt perspektiv att göra. Huvudkategoriernas namn förändrades allteftersom de mer subtila sambanden i textmaterialet påträffades. De slutgiltiga rubrikerna blev: ”Grundtankar om tvångsvård”, ”Upplevelser av att utföra tvångsåtgärder”, samt ”Organisatorisk påverkan”. Både sjuksköterskornas upplevelser av etiska synsätt samt deras upplevelser av att skapa en vårdrelation till patienten, tolkades höra till ”Grundtankar om tvångsvård”, och textstycken som rörde dessa upplevelser infogades alltså som underkategorier här (”Etiska aspekter” och ”Skapande av vårdrelation”). Eftersom den fysiska tvångsåtgärden kan bli våldsam, bedömdes sjuksköterskans upplevelser och behov av säkerhet och kontroll passa in under kategorin Upplevelser av att utföra tvångsåtgärder. Därmed skapades här underkategorin ”Säkerhet och kontroll”.

## Forskningsetiska överväganden

Ett etiskt vetenskapligt arbete kännetecknas av ett strukturerat, ifrågasättande och en opartisk arbetsmetod (Forsberg & Wengström, 2013). Största delen av artiklarna var ej uttryckligen godkända av en etisk kommitté (nio stycken), trots att tvångsvård i högsta grad är ett etiskt komplext ämne. I tre av dessa fanns förklaringen att eftersom studien inte riktades till patienter eller av den lokala etiska nämnden benämndes som vetenskaplig forskning som inkräktade på individers integritet, så behövdes inget etiskt godkännande. I resterande finns inget alls nämnt om detta. Eftersom urvalet hade blivit för litet vid exkludering av de artiklar utan forskningsetiska överväganden, valdes de ändå att ingå i studien, även om ju den vetenskapliga kvalitén på dessa artiklar sänktes (se vidare, under ”Metoddiskussion”).

## Resultat

### Grundtankar om tvångsvård

#### Etiska aspekter

Etiska koder, organisationens regler och rådande lagstiftningar upplevde en del av sjuksköterskorna trygghet i (Trobec, Herbst & Zvanut, 2009). De upplevde även trygghet i sin yrkeskunskap (Abma & Widderhoven, 2006). En del upplevde det etiskt försvarbart att utföra tvångsmedicinering på patienten som var i starkt behov av det, under förutsättning att sjuksköterskan säkerställt att patienten erhållit insikt om anledningen till tvångsåtgärden (Vuckovich, 2009). Samtliga sjuksköterskor i studien av Larsen och Terkelsen (2014) hade åsikter och tankar om hur åtgärderna kunde undvikas. Dessutom uttryckte en del av sjuksköterskorna en vilja att hjälpa patienten utan att behöva ta till tvångsåtgärder (Vuckovich & Artinian 2005; Wynn, Kvalvik & Hynnekleiv 2011).

När sjuksköterskorna fick möjlighet att diskutera och reflektera kring tvångsåtgärder blev sjuksköterskorna medvetna om vikten av att ifrågasätta och reducera genomförandet av dem (Landweer, Abma & Widderhoven 2010; Olofsson 2005). Sjuksköterskorna i studien av Olofsson (2005) fick genom diskussion insikt om att det fanns alternativ till behandling som innefattade tvång. Samtidigt antog de att de ej var kompetenta nog att verkställa tvångsåtgärderna tillräckligt adekvat (ibid.). De önskade reflektionssamtal för att samtala om hur de berördes känslomässigt, för att kunna utveckla nya synsätt, för att dela erfarenheter och för att kunna kritisera användandet av det känsliga ämne som tvångsvård var för dem. Andra önskemål var att bli bekräftade av kollegorna, chefen och patienten då de gjort ett gott arbete. Sjuksköterskorna önskade även att teamarbetet var starkare inom omvårdnaden, och att få ökad kunskap om tvångsåtgärderna och patientens känslor inför dem (ibid.). Schemalagd strukturerad klinisk handledning eller debriefing med en person som ej

var knuten till avdelningen i övrigt var önskvärt (ibid.). Sjuksköterskorna upplevde att sjuksköterskor från andra psykitriska enheter kunde tillföra aspekter som vidgade deras tankesätt (Olofsson, 2005; Landweer, Abma, Widderhoven, 2011; Landweer et al 2010).

Att stötta patienten, uppmuntra, ha en vänlig attityd, stimulera till aktivitet och att ge patienten mer kontroll blev nya värden för sjuksköterskorna efter diskussion i grupp om tvångsvård (Landweer et al, 2010). När sjuksköterskorna började reflektera över syftet med alla regler på avdelningen och vägde in reglers relevans i specifika situationer, medförde det att de kunde agera snabbare, upplevde de (ibid).

Abma och Widdershoven (2006) fann att sjuksköterskorna ej använde sig av eller reflekterade över de professionella koderna eller tvångsvårdens kvalitetskriterier överhuvudtaget. En stor del av sjuksköterskorna ansåg ej att tvångsvård innebar etiska dilemman (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi, Välimäki, 2004; Olofsson, 2005; Salzman-Krikson, Lützén, Ivarsson, & Eriksson, 2008). Å ena sidan sågs kommunikativ färdighet som en huvudprioritering för att arbeta preventivt emot tvångsvård (Abma & Widdershoven, 2006). För andra sjuksköterskor var det viktigare att stabilisera och diagnostisera patienten, hitta rätt medicinering, och att skicka patienten till en annan vårdnivå när denne var redo. Sjuksköterskorna ansåg ej att en kombination av de båda prioriteringarna kunde minska tvångsvårdåtgärderna (ibid.). Då beslut om tvångsåtgärder skulle tas, styrde enligt en del sjuksköterskor intuitionen mer än känslan av att övertyga varandra rationellt (Landweer et al, 2011; Abma & Widdershoven (2006). För att rättfärdiga användning av tvångsåtgärder benämndes patienten vara ”väldigt farlig“, „väldigt psykotisk“ och/eller „med väldiga vanföreställningar“ (Vuckovich & Artinian, 2005 s.374). Sjuksköterskorna upplevde att kliniken värderade säkerheten högst men i den konkreta situationen kunde de inte se vad det hade med god omvårdnad att göra (Landweer et al, 2011). Sjuksköterskorna upplevde att de såg sig som ”cowboys” eller vakter: aggressiva patienter tvångsisolerades utan att de tillfrågades varför de var upprörda (Landweer et al, 2010).

### Skapande av vårdrelation

Ärlighet, empati och ödmjukhet (Vuckovich, 2009; Mattson & Binder, 2012; Salzman-Krikson et al 2008) angavs som viktiga egenskaper för relationsskapande, liksom att ge patienten egentid och utrymme (Vuckovich, 2009; Salzman-Krikson et al 2008; Voskes, Kemper, Landweer & Widdershoven, 2014) och att ägna tid åt patienten genom att prata, förklara, vara tyst (Vuckovich, 2009). Ointresse för patientens bekymmer och att avstå från att återkomma till patienten, skulle motarbeta syftet med vårdplanen, menade en del av sjuksköterskorna. När de såg sig som patientens vård- och samarbetspartners, istället för vakter, sågs patienten som kapabel att delta i sin egen vård. Dessa sjuksköterskor agerade gärna som patientens advokat, måna om att patientens röst blev hörd av hela vårdorganisationen

(ibid.). Att visa något av sin egen mänsklighet upplevdes också som viktigt (Salzman-Krikson et al 2008; Larsen & Terkelsen, 2014). Om sjuksköterskorna höll distans till patienten ökade risken för att patienten sågs som en diagnos, istället för en mänsklig varelse (ibid.).

Sjuksköterskorna nämnde värdet av individanpassad vård, och möjligheten att få patientens förtroende, genom att visa att de skulle finnas där (Vuckovich, 2009). Att föra denna typ av dialog med patienten och möta hen med värdighet och känslighet, ansåg en betydande del av sjuksköterskorna vara väsentligt (Salzman-Krikson et al, 2008; Vuckovich & Artinian, 2005). Betydelsen av följsamhet gentemot patientens önsknings påpekades av en del av sjuksköterskorna (Voskes et al, 2014; Vuckovich, 2009; Salzman-Krikson, 2008). Andra poängterade att samarbete med patienten stärkte dennes autonomi (Mattson & Binder, 2012). Även om situationen kunde upplevas farlig, såg sjuksköterskorna genomgående en fördel med att föra över ansvar till patienten. Överföringen av ansvaret innebar en stärkt relation mellan patient och vårdare, och därmed minskat behov av tvångsåtgärder, upplevde sjuksköterskorna (Mattson & Binder, 2012; Landeweer et al, 2011; Voskes et al, 2014; Salzman-Krikson et al, 2008).

Abma och Widdershoven (2006) fann sjuksköterskorna tyckte att det fanns för få vårdar/patient-relationer som byggde på tillit, förtroende, och samarbete, trots att de upplevde att detta utgjorde grundläggande delar av god omvårdnad. I längden skulle sådana byggstenar förbättra relationsskapandet, patienternas välbefinnande, och ge ökad arbetstrivsel, menade de (ibid.). Personer med psykosjukdom eller med ett hotfullt beteende beskrevs som ett hinder för ömsesidig förståelse mellan patienten och sjuksköterskorna (Salzmann-Krikson et al, 2008). Denna patient kunde sprida spänd stämning, kunde vara nära att explodera och omöjlig att tala till sans (ibid.). Enligt Abma och Widdersohoven (2006) hade en del av sjuksköterskorna svårt att se patienten som någon de kunde lära sig något av. Patienten undveks och ägnades mindre tid åt, om hen hade en motvillig inställning till vården (Vuckovich, 2009). Den tvångsomhändertagne var inte helt kompetent att fatta egna beslut, ansåg 97 procent av sjuksköterskorna i studien av Sehiralti och Rahime (2012). Patienten kunde dessutom bli tvångsomhändertagen utan att sjuksköterskorna inväntade domstolsbeslut (ibid.) och en del tvångsmedicinering lät sjuksköterskorna få ordinerat slentrianmässigt (Vuckovich 2009). Skälet uppgavs vara tidsbrist (Sehiralti & Rahime, 2012; Vuckovich, 2009).

### **Upplevelser av att utföra tvångsvård**

En del av sjuksköterskorna upplevde det som en framgång om de kunde nå förhandling med patienten angående medicinadministrering (Vuckovich & Artinian, 2005), liksom att övertala patienten med mindre behov av tvångsvård, att frivilligt gå med på att vårdas (Vuckovich, 2009).

Flera av sjuksköterskorna motsatte sig deltagande i tvångsmedicinering av patienten (Vuckovich, 2009; Larsen & Terkelsen, 2014). Wittington (2009) fann att sjuksköterskorna var mer motvilliga till tvångsåtgärder än patienten själv. Sjuksköterskorna hade en benägenhet att få skuld känslor och dåligt samvete vid utförande av tvångsåtgärder (Wittington et al 2009; Larsen & Terkelsen, 2014), samt benägenhet att vara oroliga för att de möjligen inte följt riktlinjerna korrekt (Larsen & Terkelsen, 2014). Tvångsåtgärder var mer accepterade bland de manliga sjuksköterskorna än bland kvinnliga (Wittington, 2009; Lind et al 2004), samtidigt var en del av de manliga sjuksköterskorna mer benägna att undvika tvångsåtgärder (Jonker, Goosens, Steenhuis, Oud, 2008). Vuckovich (2009) fann att det var betydelsefullt för sjuksköterskorna att efter tvångsmedicineringar återkomma till patienten, förklara rådande förhållanden och anledningar till varför det blev som det blev.

### **Säkerhet och kontroll**

Huvudansvaret var att arbeta för personalens och patientens säkerhet, upplevde sjuksköterskorna (Abma & Widdershoven, 2006; Landeweer et al, 2011; Landeweer, Abma, Widdershoven, 2010; Mattson & Binder, 2012). Omvårdnadsåtgärden beskydd, som innebär exempelvis avvärjning eller/och identifiering av destruktiva situationer eller beteenden, ansågs också viktigt bland sjuksköterskorna (Salzmann-Krikson et al, 2008; Abma & Widdershoven, 2006). Ömsesidigt förtroende kollegorna emellan och att patienten samarbetade med personalen, upplevdes och som viktigt för en del av dem (Abma och Widdershoven, 2006).

Ett tillrättavisande bemötande, upplevde sjuksköterskor i en av studierna vara en fördel för patienten, andra i studien upplevde att detta av patienten kunde uppfattas som en personlig kränkning (Larsen och Terkelsen, 2014). Att ha kontroll över patientens beteende, var angeläget för en betydande del av sjuksköterskorna (Jonker et al, 2008; Mattson & Binder 2012; Larsen & Terkelsen 2014; Salzmann-Krikson et al, 2008). En kontrollerande miljö kunde samtidigt upplevdas som hektisk och tröttande, och som att de ej ledde till förväntade vårdresultat (Mattson & Binder, 2012). Kontroll blev istället en åtgärd som skulle utföras tillsammans med patienten, beskrev sjuksköterskorna efter ha resonerat kring sitt behov av kontroll över patientens beteende (Salzman-Krikson et al, 2008).

### **Organisatorisk påverkan**

Sjuksköterskorna uttryckte enligt flera studier en känsla av maktlöshet över att de inte fick möjlighet att förebygga tvångsåtgärder och förhindra verkställande av dem (Abma & Widdershoven, 2006; Landeweer et al 2011; Olofsson, 2011; Larsen & Terkelsen, 2014). De uttryckte även oro för att bli kritiserade om de handlat annorlunda, och för att stå till svars om något gick fel (Landeweer et al, 2011; Olofsson, 2005).

Abma och Widderhoven (2006) fann att sjuksköterskorna upplevde att politiska och samhällseliga förändringar hade medfört fler tvångsinläggningar, och att förutsättningarna på kliniken inte möjliggjorde personlig uppmärksamhet av patienten och kontakt med patienten. Vidare upplevdes skiftande arbetspass minska möjligheten till strukturerade samtal i och med skiftade arbetspass, samt att tid de kunde ägna åt patienten, istället gick åt till administrativt arbete (ibid.)

Rädsla för patienten förekom bland sjuksköterskorna, en rädsla som vårdpersonalen sinsemellan förstärkte (Larsen & Terkelsen 2014). Fullföljande av tvångsåtgärd utifrån läkarens ordination upplevdes som en belastning, på grund av skuld känslor gentemot patienten (ibid.). När sjuksköterskorna intervjuades enskilt ifrågasattes tvångsåtgärderna på kliniken: "Jag kämpar [...] hårt med mig själv i situationer som involverar att "göra saker på vårt vis" (s 433). Sjuksköterskorna visade dock enhällig lojalitet gentemot den rådande organisationen då de vistades i grupp (ibid.).

Personalbrist upplevdes leda till ökat antal tvångsåtgärder (Abma & Widdershoven 2006; Wynn et al, 2011). Lagtexten upplevdes samtidigt bidra till att begränsa handlingsalternativen till tvångsåtgärder (Abma & Widdershoven, 2006). I en del studier hade sjuksköterskorna omedvetet skapat en sluten kultur, där tvångsvård i många fall uppfattades som enda lösning (Landeweer et al 2011; Abma & Widdershoven, 2006). Utförande av tvångsåtgärder efter given rutin, gjorde att sjuksköterskorna utvecklade en acceptans för åtgärden, fann Wittington Bowers, Nolan, Simpson, och Neil (2009).

Ett utformat protokoll för att möta den nyanlända patienten gav sjuksköterskorna mer ansvar och större frihet samtidigt som arbetsglädjen ökade (Voskes et al, 2014). Organisationsplan ansågs vara nödvändig bland sjuksköterskorna i studien av Salzmänn-Krikson et al (2008), för att begränsa antalet tvångsåtgärder. Men organisationens struktur och dess regelverk sågs av en del sjuksköterskor som ett hinder för att förbättra omvårdnaden (Abma & Widdershoven, (2006); Landeweer et al, 2011).

Behovet av tvångsåtgärder motverkas av psykiatribyggnader konstruerade för att till en viss grad kontrollera patienten, upplevde flera av sjuksköterskorna (Larsen & Terkelson 2014; Salzmänn-Krikson et al 2008). Dessa lokaler underlättade för observation, närvaro och fysisk närhet till patienterna (Salzmänn-Krikson et al 2008). De utgjorde också möjlighet till begränsning av patientens visuella intryck, och möjliggjorde hen att känna sig lugn, rofull och tillräckligt harmonisk för att vila (ibid.).



## Diskussion

### Metoddiskussion

Samtliga tillgängliga artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna ingår i resultatet, sammanlagt sexton stycken. Av dem är tio kvalitativa, fem kvantitativa samt en har blandad ansats. Sex stycken av dem fick efter bedömning vetenskaplig grad I, sju stycken grad II och tre stycken grad III. De artiklar som endast uppnådde grad III valdes ändå att vara med i studien, eftersom de bidrog till relevant material till studien utifrån syftet. Studiens reliabilitet hade stärkts om de vetenskapliga artiklarna erhållit högre grad av vetenskaplig kvalitet, och om fler artiklar hade haft med etiska forskningsöverväganden. Att den vetenskapliga bedömningen gjordes enskilt, minskar validiteten på de vetenskapliga graderingarna, men vid oklarheter diskuterades de tillsammans samstämmighet uppnåddes. Antalet artiklar som uteslutande belyser just sjuksköterskors upplevelser är ovisst. Olika benämningar på vårdpersonalens professioner är i artiklarna: nurses, psychiatric nurses, stakeholders, health personell, mental health care workers. I en del artiklar är det tydligt exakt vilken utbildning deltagarna hade, och i andra ingår hela team av vårdpersonal, inklusive psykiatriker och avdelningschef. Validiteten hade varit starkare om samtliga resultatartiklar uteslutande utgått ifrån sjuksköterskors upplevelser. Fler kvalitativa studier hade stärkt studiens validitet, eftersom svarsalternativen är givna i de kvantitativa artiklarna, och därmed ger begränsat utrymme för sjuksköterskorna att uttrycka sig fritt kring sina upplevelser. Vid tolkning av resultatartiklarna, upprätthölls största möjliga objektivitet, för att ej vinkla resultatet i någon obefogad riktning. Samtidigt har subjektiva element förekommit, eftersom det är en del av den vetenskapliga kunskapsprocessen (Priebe & Landström, 2013). Att sökorden består av ämnesord (bortsett från en manuell sökning), ökar reliabiliteten (Karlsson, 2013). Dock hade denna stärkts ytterligare med ännu mer specifika sökningar, där också ordet ”upplevelser” (på engelska: experiences, attitudes, perspectives, etc) hade ingått i sökningen. Antalet funna dubletter (n=15), visar på att sökningen varit korrekt, men kan även betyda att den har varit för snäv. Artiklar som återger sjuksköterskornas upplevelser någon annanstans än i rubrik eller abstrakt, hittas ej med denna sökning. Resultatet ger en bild av hur sjuksköterskan i allmänhet kan uppleva att arbeta med tvångsvård, och är på så sätt generaliserbar, men om fler artiklar hade påträffats, hade generaliserbarheten stärkts. Fem av studierna är gjorda i Nederländerna, tre i Norge, två i Sverige, två i USA, en i Finland, en i Turkiet, en i England och en i Slovenien. Att studierna är utförda runt om i Europa och i USA ökar studiens generaliserbarhet till västerländska internationella kliniska sammanhang. Det hade önskvärt med ett ännu mera globalt perspektiv, där ännu fler kontinenter fanns representerade, för att stärka studiens generaliserbarhet. Problematiskt är att de olika ländernas lagstiftning och kultur skiljer sig åt, men utifrån studiens resultatartiklar syns att trots detta finns gemensamma nämnare när det gäller sjuksköterskornas upplevelser av tvångsvård.

## Resultatdiskussion

### Sjuksköterskornas förmåga att påverka behovet av tvångsåtgärder

Sjuksköterskornas känsla av maktlöshet visar att de har en vilja att finna alternativa lösningar (Abma & Widderhoven, 2006; Landeweer et al, 2011; Olofsson, 2005; Larsen & Terkelsen, 2014). Det är fullt förståeligt, eftersom sjuksköterskorna i sitt arbete med den tvångsvårdade patienten kan uppleva skam- och skuld känslor (Larsen & Terkelsen; 2014; Wittington et al 2009; Olofsson, 2005; Landeweer et al, 2011). Dessa upplevelser tyder på att verkställande av tvångsåtgärder kan innebära psykiska svårigheter, till och med trauman för sjuksköterskorna. Resultatet visade dock att sjuksköterskorna faktiskt har potential att påverka antalet tvångsåtgärder, eftersom behovet av dem minskade då sjuksköterskornas arbetssätt/synsätt fokuserade på individanpassad vård och upprättande av tillitsfulla relationer (Mattson & Binder, 2012; Landeweer et al, 2010). Även Pender et al (2006) förespråkar detta arbetssätt. Samtidigt är sjuksköterskorna ovilliga att kritisera organisationen i grupp (Larsen & Terkelsen, 2014). Det kan bero på att de inte tror att de har någon makt att påverka. Sjuksköterskorna tycks alltså vara omedvetna om sin betydelsefulla roll.

Sjuksköterskorna upplevde att lagtextens innehåll förstärkte upplevelsen av maktlöshet (Abma & Widderhoven, 2006), istället för att se på lagarna som möjligheter att mildra patientens känsla av tvång, såsom finns beskrivet i World Psychiatric Association (1998). Sjuksköterskorna underskattade sin position gentemot läkarna, vars ordinationer kunde förstärka deras upplevelse av maktlöshet (Larsen & Terkelsen, 2014). Möjligen föreligger ett glapp i kommunikationen mellan sjuksköterskorna och läkarna. Det kan åtgärdas av att sjuksköterskorna, i sin roll som patientens talespersoner, rapporterar om missförhållandena till organisationen (Öhrn, 2009). Tidsbrist, felaktig arbetsfördelning och underbemanning uppfattade sjuksköterskorna som svårt eller omöjligt att påverka (Abma & Widderhoven, 2006; Wynn et al, 2011; Vuckovich, 2009; Sehiralti & Rahime, 2012). Om dessa faktorer hindrar det förväntade vårdförloppet (Öhrn, 2009), har sjuksköterskorna både ansvar och möjlighet att rapportera om detta, och på så vis också påverka situationen. Sjuksköterskorna har även möjlighet att påverka slutna vårdkulturer (Abma & Widderhoven, 2006; Landeweer et al, 2011). De kan uppfylla sin plikt att rapportera om missförhållandena och bidra till en humanistisk och individanpassad värdegrund på avdelningen. Med en känsla av maktlöshet finns risk att sjuksköterskorna inte tar sitt arbete/sin profession på allvar, undervärderar sig själva och överför känslan av maktlöshet på patienten. Det leder i sin tur till att patienten känner minskad delaktighet i sin vård, och då kan patienten utveckla en negativ uppfattning av sitt egenvärde (Herdman, 2014). Följden kan bli fler spända situationer som tvingas övergå i ordination av tvång. Underskattningen av förmågan att påverka, kan också leda till att sjuksköterskorna undviker en del av patienterna (Vuckovich 2009). Att detta inträffar är anmärkningsvärt, och visar på ovilja och/eller osäkerhet att möta patienten som tvångsvårdad, som om hen hade mindre vårdrättigheter än andra. Lika uppseendeväckande är att det händer att sjuksköterskorna inte tror att patienten har

något att lära dem (Abma & Widdershoven, 2006), som om dennes personliga aspekter/egenskaper/erfarenheter saknade betydelse. Till detta förekom den typ av likgiltighet inför patientens lagstadgade rätt till delaktighet, som överensstämmer med resultatet i studien av Kjellin, et al (2004) (Sehiralti & Rahime, 2012). Idéer om att patienterna ska tillrättavisas, framkom i studien av Larsen och Terkelsen (2014). Det höjer risken för moraliska felsteg ytterligare, eftersom det innebär ett paternalistiskt synsätt på patienten. Visserligen ligger det i tvångsvårdens natur att patientens autonomi begränsas, men i utbyte ska patientens självständighet stärkas (Arlebrink, 2014). Att blint följa ett medicinskt förhållningssätt i mötet med patienten (Abma & Widdershoven, 2006), kan bidra till att omvårdnadsperspektivet med dess helhetssyn på människan förloras, och att den tvångsvårdade ses som en diagnos. Då ökar återigen risken för att patienten avhumaniseras, och det är risk för att värdigheten hotas (Herdman, 2014). Patienten kan då bli motvilligt inställd till vården, och vid nästa vårdtillfälle behöva tvångsomhändertagas igen (Rosenman et al, 2000).

Att patienter etiketterades med vaga termer såsom "väldigt farlig" eller "väldigt psykotisk" för att markera deras behov av tvångsåtgärder (Vuckovich & Artinian, 2005), visar, som Jormeldt (2006) antyder, att omvårdnaden har ett underutvecklat språk, som saknar specifika termer för patientens olika tillstånd. Ett för vagt språkbruk i samband med tvångsåtgärder kan medföra att sjuksköterskorna blir osäkra på när en patient är i behov av tvångsåtgärder, och till ett nyckfullt, kanske till och med omotiverat användande av dem. Följden blir också här att patienten känner sig avhumaniserad, och kränkt, och det har dåligt inflytande på behandlingen.

En betydande del av sjuksköterskorna uttryckte samtidigt att de prioriterar relationsskapandet mellan sjuksköterskorna och patient (Vuckovich & Artinian, 2005 och Wynn et al, 2011). Dessutom betonar de jämlikhet (Larsen och Terkelsen, 2014; Vuckovich, 2009; Salzman-Krikson et al 2008; Voskes et al, 2014). Även vikten av att individanpassa vården, samt att samarbeta med patienten värderar sjuksköterskorna högt (Mattson & Binder, 2012; Vuckovich, 2009; Abma & Widdershoven, 2006). Flertalet av sjuksköterskorna visade även en medvetenhet om att patienternas rättigheter begränsas (Landweer et al, 2010; Landweer, Abma; Widdershoven, 2010; Olofsson, 2005; Vuckovich, 2009; Salzman-Krikson et al 2008; Voskes et al, 2014). Då den tvångsvårdade ingår i en dialog, möjliggörs att patienten får insyn i sin egen behandling, och även möjlighet att påverka den. Vuckovich (2009) fann att sjuksköterskorna betonade vårdplanen som avgörande för att fullföljandet av individanpassad vård. Det visar allvaret i om vårdplaneringen nonchaleras eller "glöms bort" (Socialstyrelsen, 2009). Sjuksköterskorna uppgav betydelsen av att patienten, istället för sjuksköterskorna, ansvarar över sina handlingar och dess följder (Mattson & Binder, 2012; Landweer et al, 2011; Voskes et al, 2014; Salzman-Krikson et al, 2008). Ansvarsöverföringen leder till att sjuksköterskorna kan känna sig mer avslappnade, samt att patienten erhåller signaler om att hen är en vuxen person, fullt kapabel att påverka sitt liv. Genom att se patienten som kapabel istället

för "omöjlig", uppfylls ett av omvårdnadens centrala värden: anpassning efter varje individ (Svensk sjuksköterskeförening 2010; Pender et al, 2006; SKL, 2013).

I de fall där tvångsvårdade patienter är låginkomsttagare med begränsade sociala och fysiska kontakter, som ofta är fallet (Wiesel-Cullen, Bressi-Nath, Marcus, 2010; Pender, 2006) har sjuksköterskan en avgörande roll för att patienten vägleds i kontinuerlig utveckling av självet. En förutsättning för denna utveckling är att sjuksköterskan intresserar sig för patienten, är lyhörd inför dennes önskningar, och låter hen verka autonomt (Jormfeldt, 2007). Att patienten på detta sätt erhåller känsla av respekt, trygghet, viss kontroll, och att hen kan utveckla en positiv uppfattning av sitt egenvärde (Herdman, 2014), ligger i sjuksköterskornas intresse, eftersom det är en bekräftelse på att de gör ett gott arbete, och minskar behovet av tvångsåtgärder.

### Betydelsen av reflektion och etiska överväganden

Då beslutstagning av tvångsåtgärder baserades på magkänsla (Abma & Widdershoven, 2006) istället för rationell övertygelse (Landeweer et al 2011), rådde avsaknad av medveten logik. Det visar på bristande reflektion över användandet av tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna i studien av Abma och Widdershoven (2006) kände trygghet i att följa klinikens föreskrifter till punkt och pricka, utan att reflektera över tvångsåtgärdernas påverkan på patienten eller sig själva. Samtidigt ansåg en betydande del av sjuksköterskorna att tvångsåtgärder ej innebär etiska dilemman (Olofsson, 2005; Salzman-Krikson et al, 2008; Abma & Widdershoven, 2006; Lind et al, 2004). Risken med ett oreflekterat agerande är att tvångsåtgärder blir vilken vardagsrutin som helst. Då bromsas sjuksköterskornas förmåga att reflektera över orsaken till tvångsåtgärden. Med tanke på hur traumatiserande tvångsåtgärder kan vara både för patienten och för sjuksköterskorna, är fenomenet allvarligt. För att säkra patientens autonomi och värdighet, finns tydliga riktlinjer där det krävs att sjuksköterskor har ett individanpassat förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Omvårdnaden som bedrivs ska dessutom vila på vetenskaplig evidens (Wiklund Gustin, 2014). Lagar för bemötande av patienten och hens rättigheter finns i HSL (1982:763, 2§ a) och SOSFS (2008:18). Om sjuksköterskornas rationella överväganden försvinner, finns alltså en betydande risk att lagbrott begås.

Samtidigt visade resultatet tydligt att det finns tankegångar och reflektioner hos sjuksköterskor, kring den personliga värdegrunden, etiska aspekter, klinikens struktur, samt deras egen professionalitet och kunskap (Trobec, Herbst & Zvanut, 2009; Abma & Widdershoven, 2006; Larsen och Terkelsen, 2014; Landeweer et al, 2011; Larsen & Terkelsen, 2014; Abma & Widdershoven, 2006; Olofsson, 2011; Widdershoven & Berghmans, 2007). Detta resonerande förhållningssätt och tid för reflektion, är till nytta för att kunna förstå sig själva och patienten (Widder & Berghmans, 2007).

Sjuksköterskorna önskade handledda reflektionssamtal (Landeweer et al, 2010; Landeweer, 2010; Olofsson, 2005), en önskan som även framkommer hos

sjuksköterskorna i Buus' studie (2011). Viljan att avveckla tvångsåtgärderna och att finna alternativa metoder till dem, uppkommer genom diskussion och reflektion sjuksköterskorna emellan (Abma & Widderhoven 2006; Larsen & Terkelsen 2014; Olofsson, 2005). Med hjälp av bland annat reflektionssamtal, evidensbaserad vetenskap och kritiskt tänkande kan en gemensamt utvecklad arbetsplan uppnås. För att resultaten av reflektionerna verkligen blir av krävs att de systematiseras, och att kliniken tar sitt ansvar (Buus, 2011; SPF, 2013). Enligt Taylor (2014) kan handledda reflektionssamtal i grupp vara avgörande för sjuksköterskorna, det ger dem både individuell samt gruppdynamisk utveckling och styrka, där deltagarna kan känna trygghet och gemenskap. Sjuksköterskorna får möjlighet att utbyta tankar, erfarenheter, idéer om förbättrad omvårdnad och utveckling av det kritiska tänkandet (ibid). Kritiskt förhållningssätt till det sjuksköterskorna uppfattar att kliniken begär av dem, ger sjuksköterskorna möjlighet att bygga tillitsfulla relationer och därmed minska tvångsåtgärderna.

Sjuksköterskornas moraliska känslighet samt vilja till kritiskt tänkande, öppenhet och reflekterande kan tillföras från kollegor på andra vårdenheter (Landeweer et al, 2010; Landeweer et al 2011). Nära samarbete med den psykiatriska öppenvården kan ses som en stor potential för minskat behov av tvångsåtgärder (Van der Post 2009; Mykleburst, 2012).

Ingen av artiklarna hade patienten som deltagare i reflektionerna. Endast patienten har den subjektiva erfarenheten av hur det känns att tvångsvårdas (Wallsten et al, 2008; Kuosmanen, 2006; Kuosmanen, 2007; Lindgren, 2014; Van Den Hooff & Goossensen, 2014). Att patienten deltar i reflektionssamtalen skulle alltså bidra med mycket kunskap för sjuksköterskorna om hur de kan individanpassa vården, och därmed också om hur de kan minska tvångsåtgärderna.

## **Konklusion**

Sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta med tvångsåtgärder skiljer sig åt från sjuksköterska till sjuksköterska, i synnerhet när det gäller synen på patienten. Det förekommer att sjuksköterskorna undviker patienten, att patienten ej ses som helt kapabla att fatta egna beslut, eller att de ej har något att lära sjuksköterskorna. Förhållningssättet omöjliggör individanpassad vård. Samtidigt finns hos sjuksköterskorna också en medvetenhet om dessa tillkortakommanden, och de har i flera fall en syn på patienten som kan minska tvångsåtgärderna och främja patientens hälsa. De talar om vikten att skapa en vårdrelation och att vara lyhörd inför patientens önskningsar. Tydligt är också att sjuksköterskorna underskattar sin förmåga att påverka behovet av tvångsåtgärder.

## **Implikation**

Mer forskning behövs om sjuksköterskornas upplevelser i samband med olika tvångsåtgärder och preventivt arbete emot tvångsåtgärder. Ett behov är organisatoriskt handledda reflektionssamtal, där sjuksköterskorna kan bli medvetna om sin betydelsefulla roll gentemot den tvångsvårdade patienten. Det krävs även mer forskning om huruvida tidsbrist, bemanning, sjuksköterskornas prioriteringar påverkar antalet tvångsåtgärder. Att öka kunskapstillförseln om psykiatrisk tvångsvård för grundutbildade sjuksköterskor är viktigt, eftersom det ger en inblick i hur komplexa vårdsituationer kan vara, och kan inge ett kritiskt förhållningssätt till tvångsåtgärder.

## Referenser

### Artiklar som utgör resultatdelen är markerade med asterisk (\*)

- \* Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. (2006). Moral deliberation in Psychiatric Nursing Practice. *Nursing Ethics*, 13(5), 546-557
- Arlebrink, J. (2014). Etiska aspekter på tvångsvård. Skärsäter, I. (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (s.257-277). Studentlitteratur
- Björvell, C. & Thorell-Ekstrand, I. (2009). Omvårdnadsåtgärder ur Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.). *Omvårdnandens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 120-144 ). Studentlitteratur
- Buus, N., Angel, S., Traynor, M. & Gonge, H. (2011). Psychiatric nursing staff members' reflections on participating in group-based clinical supervision: A semistructured interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 20, 95-101
- Claezon, I. (2014). *Tvångsomhändertaganden. Ur tonåringars, anhörigas och socialsekreterares perspektiv*. Bokförlaget MareldForsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm. Natur och kultur
- Friberg, F., Segesten, K., Östlundh, L. & Dahlborg Lyckhage, E. (2012). *Dags för uppsats*. Lund. Studentlitteratur
- Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet ur Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* ( s. 236-260). Lund. Studentlitteratur
- Herdman., T. (2014). *Omvårdnadsdiagnoser - definitioner och klassifikationer 2012-2014*, Nanda international. Lund. Studentlitteratur
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm. Socialdepartementet. Hämtad 2014-11-12, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- \* Jonker, E.J., Goosens, P.J.J., Steenhuis, I.H.M. & Oud, N.E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492-499
- Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad. Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red), *Psykiatrisk omvårdnad-att stödja hälsofrämjande processer*. (s.21-35).Lund. Studentlitteratur
- Jormfeldt, H., Svedberg, P., Fridlund, B. & Arvidson, B. (2007) Perception of the concept of health among nurses working in mental health service: A phenomenographic study. *International journal of mental health nursing*, 16, 50-56, doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00444.x
- Karlsson, E. (2013). Informationssökning. Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s 94-113), Studentlitteratur
- Kjellin, L., Andersson, K Bartholdson, E., Candefjord, I., Holmstrqm H., Jacobsson, L., Sandlund, M. & Östman , M. (2004). Coercion in psychiatric care patients' and relatives' experiences from

four Swedish psychiatric service. *Taylor & Francis Health Science*, 58, 153-159. doi: 10.1080/08039480410005549

- Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S. & Friis, S. (2007). Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint\* A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry, *Nord Psychiatry*, (61)3, 201-206
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. & Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*. 14(5). 598-607. doi: 10.1177/0969733007080205
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A.R., Katajisto, J. & Välimäki, M. (2006). Issues and innovations in nursing practices: Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of advanced nursing*. 55(6), 655-663 doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x
- \*Landeweer, E.G.M., Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M (2010). The Essence of Psychiatric Nursing. Redefining Nurses' Identity Through Moral Dialogue About Reducing the Use of Coercion and Restraint. *Advances in Nursing Science*, 33(4), E31-E42
- \*Landeweer, E., Abma, T. & Widdershoven, G. (2011). Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry. *Nursing Ethics*. 18(3), 304-316
- \*Larsen, I.B. & Terkelsen, T. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nursing ethics*, 21(4), 426-436
- \*Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 379-385
- Lindgren, B. M. (2014). Självskadebeteende. Skärsäter, I. (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s. 247-260). Lund. Studentlitteratur
- Lindquist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund. Studentlitteratur
- \* Mattson, L. Å. & Binder, P-E. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. *Nordic psychology*, 64(4), 272-290
- Mykleburst, L.H., Sørgaard, K., Røtvold, K. & Wynn R (2012). Factors of importance to involuntary admission. *Nord J Psychiatry*, 66, 178-182.
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., O'Rourke, L., Daly, S., Larkin, C., Feeny, L & O'Callaghan, E. (2001). Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up: The influence of insight and recovery style. *Journal of Mental Health*, 20(3), 249-259
- Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå. University, Medical Dissertation
- \*Olofsson, B. (2005). Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 259-267
- Pender, J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*, Pearson Education. New Jersey



- Priebe, G. & Landström, C. (2013). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-51). Studentlitteratur
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A. & Kallert, T.W (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*. 61(10), 1012-1017
- Ridley, J. & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health Act. *Health and Social Care in the Community*. 21(5), 509–518
- Rosenman, S., Korten, A. & Newman, L. (2000). Efficacy of Continuing Advocacy in Involuntary Treatment. *Psychiatric Services*, 51(8), 1029–1033
- Rönnerberg, L. (2011) *Hälso-och sjukvårdsrätt*. Lund. Studentlitteratur
- \*Salzmann-Krikson, M., Lützén, K., Ivarsson, A. & Eriksson, H (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 98-107
- \*Sehiralti, M., & Rahime, A.E. (2012). Decisions of psychiatric nurses about duty to warn, compulsory hospitalization and competence of patients. *Nursing ethics*, 20(1), 41-50
- SFS, Svensk författningssamling (1991:1128). *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtat 2014-10-09, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk\\_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128)
- SKL, Sveriges kommuner och Landsting. (2013). *Rapport: Bättre vård mindre tvång*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting, SKL. Hämtad 2014-10-20, från <http://www.skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang.469.html>
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. Edberg, A. & Wijk, H. (Red) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (s. 710-746). Studentlitteratur
- Socialdepartementet (1991). *Svensk författningssamling*. Hämtad 2014-11-17, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk\\_sfs-1991-1128/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/)
- Socialstyrelsen (SOS) (2008), *Tvångsvård*. Hämtad 2014-10-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard>.
- Socialstyrelsen (SOS). (2009). *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. Hämtad 2014-10-16, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81\\_200912681.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf)
- Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) (2008:18). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Hämtad 2015-01-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-18>
- Statens offentliga utredningar (SOU) 2012:17. *Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer

- Svenska psykiatriska föreningen, SPF (2013). Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling. *Svensk psykiatri*, 13, Gothia Fortbildning
- Szmukler, G. (2008). Treatment pressures, coercion and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 229–231
- Taylor, C. (2014). Boundaries in advanced nursing practice: the benefits of group supervision. *Journal of mental health practice*, 17(10), 26-31
- \*Trobec, I. Herbst, M. & Zvanut, B. (2009). Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. *Nursing ethics*, 16(3), 283-291
- Van den Hooff, S., Goossensen, A. (2014). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28, 425-434
- Van Der Post, L., Mulder, C.L., Bernardt, C.M.L., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F. & Dekker, J. (2009). Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11), 1543-1546.
- Van Der Post, L.V.M., Dekker, J.J.M., Jonkers, J.F.J., Beekman A.T.F., Mulder, C.L., De Haan, L., Mulder, W.G. & Schoevers, R.A. (2010). Crisis intervention and acute psychiatry in Amsterdam, 20 years of change: A historical comparison of consultations in 1983 and 2004–2005. *International Journal of Social Psychiatry*. 56(4), 348–358.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C. & Annemans, L. (2012). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of clinical nursing*, 22, 1569-1578. doi: 10.1111/jocn.12076.
- \*Voskes, V., Kemper, M., Landweer, E.G.M., & Widdershoven, G.A.M. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes admission. *Nursing ethics*, 21(7), 766-773
- \*Vuckovich, P.K. & Artinian, B.M. (2005). Justifying coercion. *Nursing ethics*, 12(4), 370-380
- \*Vuckovich, P.K. (2009). Strategies Nurses Use to Overcome Medication Refusal by Involuntary Psychiatric Patients. *Issues in Mental Health Nursing*. 30, 181-187
- Wallsten, T., Östman, M., Sjöberg, R.L. & Kjellin, L. (2008): Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Informa Healthcare*, (62), 444-449. doi: 10.1080/08039480801984248
- Wiesel-Cullen, S., Bressi-Nath, S. & Marcus, S. (2010). Toward understanding errors in Inpatient Psychiatry. *Psychiatr Q*. 81, 197-205. doi: 10.1007/s11126-010-9129-z
- Wiklund Gustin, L. (2014). Att använda sin specialistkompetens i patientens tjänst. Wiklund Gustin, L. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 457-483). Lund. Studentlitteratur
- \*Wittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A. & Neil, L. (2009). Approval rating of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric service*, 60(6), 792-798.
- World Health Organisation. *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation* (2005). Hämtad 2014-11-05, från [http://www.who.int/mental\\_health/policy/resource\\_book\\_MHLeg.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf)
- World Psychiatric Association. (1998). *WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally III* Hämtad 2014-11-05,

från [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&category\\_id=9&content\\_id=29](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&category_id=9&content_id=29)

\*Wynn, R., Kvalvik, A-M., & Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nord J psychiatry*, 65, 133-137. doi: 10.3109/08039488.2010.513068

Örn, A. (2009). Patientsäkerhet. Ehrenberg, A. & Wallin, L (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. (s. 370-401), Studentlitteratur

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	Psycinfo	Svemed
(tvångs)Inläggning	Involuntary commitment - Main Heading	Commitment (psychiatric) Involuntary Treatment - Theasurus	Commitment of Mentally Ill - Mesh-term
Tvång	Coercion - Main Heading	Coercion - Theasurus	Coercion - Mesh-term
Psykiatri	psychiatr*	psychiatr*	psychiatr*
Sjuksköterska/Omvårdnad	nurs*	nurs*	nurs*

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
141111	Cinahl	(MH "Involuntary Commitment") AND psychiatr* AND nurs* Limiters: - Published Date: 20040101-20141231; English Language; Peer Reviewed; Research Article	29	29	10	8
141111	PsycInfo	nurs* AND (su(commitment (psychiatry)) OR su(involuntary treatment)) Limiters: Peer reviewed 2004 to 2014;Record type: Journal Article; Language: English	50	23	1 (dublett)	0
141112	PsycInfo	SU.EXACT("Coercion") AND (psychitr* AND nurs*) Limiters: Peer reviewed. Additional limits - Date: From 2004 to 2014; Record type: Journal Article; Language: English	28	25	9 (4 dubletter)	6
141112	Cinahl	(MH "Coercion") AND psychiatr* AND nurs* Limiters - Published Date: 20040101-20141231; English Language; Peer Reviewed; Research Article	27	25	10 (10 dubletter)	0
141112	Svemed	nurs* AND psychiatr* AND exp:"Coercion" Limits: lang:"eng" AND granskning:"peer reviewed" AND year:[2004 TO 2014]	5	4	2	1
141118	Svemed	<i>Sökdetaljer:</i> A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway (fritext)	1	1	1	1

### Tabell 3: Artikelöversikt

#### Artikel 1

<b>Referens</b>	Abma, T.A., & Widdershoven, G. AM. (2006). Moral deliberation in Psychiatric Nursing Practice. <i>Nursing Ethics</i> , 13(5), 546-557
<b>Land Databas</b>	Nederländerna Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utforska värdet av att kombinera modellen CARE (Considerations, Actions, Reasons and Experiences) med narrativ dialog och förhållningssätt.
<b>Metod: Design Urval Datainsamling Dataanalys Bortfall</b>	Kvalitativ studie. Berättelser från vårdpersonal och patienter. Konverserande intervjuteknik (istället för frågor). Utifrån CARE-modellen. Inga rapporterade
<b>Slutsats</b>	Vårdpersonalen upplevde att säkerhet, beskydd, ömsesidigt förtroende och att patienterna samarbetade med vårdpersonalen var viktigt. Tvångsisolering baserades på magkänslor, ofta en subjektiv upplevelse av fara. Bland vårdpersonalen fanns känslan av maktlöshet. Striktheten i bestämmelserna som rör tvångsård var strikta och upplevdes som begränsande. Antalet tvångsisoleringar ökar då det råder brist på personal, upplevde vårdpersonalen. Under konversationen ansågs kunskap och professionalitet vara viktiga värden. Å ena sidan sågs kommunikativ färdighet som en kärnkompetens, å andra sidan att stabilisera patienten, formulera en diagnos, hitta rätt medicinering, och att skicka patienten till en annan avdelning när denne var redo. En av sjuksköterskorna lyfte upp att en större kultur av dialog på avdelningen skulle leda till färre tvångsåtgärder. Andra deltagare ansåg att avdelningen saknade relationer byggda på tillit och förtroende, samt samarbete mellan patienter och personal, trots att de ansåg att de här utgjorde grundläggande delar av god omvårdnad. En känsla vårdpersonalen hade var att ett annat sätt att arbeta på skulle förbättra patienternas välbefinnande, och även förbättra relationen mellan vårdare och patienter, och samtidigt öka vårdpersonalens arbetstrivsel. Att diskutera och resonera kring incidenter med patienter värderades lågt, någon rutin att prata med patienterna under och efter tvångsåtgärderna fanns inte. En del refererade till att lagtexten bidrog till att begränsa vården av tvångsinlagda, men sjuksköterskans professionella koder eller tvångsvårdens kvalitetskriterier nämndes ej. Vårdpersonalen såg ej sina handlingar som en kultur som hade skapats i sin egen klinik. Sjuksköterskorna upplevde inte att förutsättningarna för god vård var optimal. Det fanns ej utrymme för personlig uppmärksamhet och kontakt med patienterna. Skälet ansågs vara personalbrist, samt att sjuksköterskornas administrativa arbete tog ifrån dem tid de kunde ägnat åt att vara med patienterna. Möjligheter till strukturerade samtal, som kunde följas upp, ansågs även försvåras av skiftande arbetspass. Byggnaden i sig ansågs också förhindra möjligheten till patient-vårdarrelationer grundade på tillit. En del av personalen hade svårt att se patienterna som något de kunde lära sig något ifrån.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 2

<b>Referens</b>	Jonker, E.J., Goosens, P.J.J., Steenhuis, I.H.M., & Oud, N.E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 15, 492-499
<b>Land Databas</b>	Nederländerna Psycinfo
<b>Syfte</b>	Att göra en inventering av dåvarande situation, utifrån: Sjuksköterskors uppfattning av förekomsten av aggressivt beteende, sjuksköterskors attityder till patienternas aggressiva beteende, förhållandet mellan sjuksköterskors olika personliga faktorer och bruk av tvångsåtgärder (tvångsisolering, fastspänning).
<b>Metod: Design Urval</b>	Kvantitativ tvärsnittsstudie 113 sjuksköterskor tillfrågades att vara med, 75% deltog.
<b>Datainsamling</b>	Instrumenten ATAS (attityd-typer) och "the Perceptions of Aggression Scale" (POPAS - olika aggressiva beteenden angivna) och frågor baserat på TPB (bruk av mildare tvångsåtgärder). Deskriptiv analys utfördes.
<b>Dataanalys</b>	Procentsatser, medelvärden och standardavvikelse räknades ut. T-test utfördes (dvs. jämföra med äldre studier, testa om det fanns skillnader på huvudvariablerna av konfrontation med aggressivt beteende, attityd, socialt stöd, upplevd självbehärskning, och intention beroende på ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet). En linjär regressionsanalys gjordes. Insamlad data behandlades i programmet Statistical Package for the social Sciences.
<b>Bortfall</b>	Ingen rapporterad
<b>Slutsats</b>	Manliga sjuksköterskor upplevde det betydligt mer viktigt att undvika tvångsåtgärder. De hade en större tendens att undvika dessa interventioner. Sjuksköterskorna ansåg sig ha patientens beteende under kontroll. Det ansågs viktigt att ha förmåga att bekräfta patienten i situationen.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

### Artikel 3

<b>Referens</b>	Landeweer, E.G.M., Abma, T.A., & Widdershoven, G.A.M. (2010). The Essence of Psychiatric Nursing. Redefining Nurses' Identity Through Moral Dialogue About Reducing the Use of Coersion and Restraint. <i>Advnaces in Nursing Science</i> , 33 (4), E31-E42
<b>Land Databas</b>	Nederländerna Psycinfo
<b>Syfte</b>	Att beskriva och analysera förändringar som skedde i ett projekt som syftade till att minska tvångsvård på en sluten avdelning på ett psykiatriskt sjukhus.
<b>Metod: Design</b> <b>Urval</b> <b>Datainsamling</b> <b>Dataanalys</b> <b>Bortfall</b>	Empirisk-etisk kvalitativ studie. Hermeneutisk dialog och expressiv-samarbetsmodell. Sjuksköterskor, psykiatriker och chefer intervjuades. Datainsamlingen bestod av öppna, individuella intervjuer. Homogena fokusgrupper bilades där ämnena diskuterades vidare för att sedan diskutera vidare i heterogena fokusgrupper. Detta upprepades flera gånger. Mötena bandinspelades och transkriberades helt. Fortlöpande tolkande process. Rapporterades inte.
<b>Slutsats</b>	Före projektets start beskrev sig sjuksköterskorna som vakter. Säkerhet uppfattades som sjuksköterskornas huvudansvar. Sjuksköterskorna blev medvetna av vikten av att minska på tvångsåtgärderna. Nya värden blev stimulering och att ge mer kontroll till patienterna. Det nya förhållningssättet upplevde sköterskorna var ett bra sätt att minska aggression, eftersom patienterna kände sig mindre hotade. Sjuksköterskorna började reflektera över syftet med alla regler på avdelningen och vägde in reglers relevans i specifika situationer, istället för att blint följa generella överenskommelser på avledningen. Patienterna sågs ej längre som farliga människor som måste kontrolleras -de sågs som människor, som kunde delta. Tvångsåtgärder uppfattades numera som något som skulle undvikas i största möjliga mån.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II



## Artikel 4

<b>Referens</b>	Landeweer, E., Abma, T., & Widderhoven, G. (2011). Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry. <i>Nursing Ethics</i> . 18(3), 304-316
<b>Land Databas</b>	Nederländerna Psycinfo
<b>Syfte</b>	Att utvärdera projektet "Mental Health Institution", som syftade till att minska antalet tvångsisoleringar inom psykiatriska avdelningar och att bidra till projektets förbättring genom att synliggöra berörda parter perspektiv, och föra dem till dialog.
<b>Metod: Design Urval Datainsamling</b>	Kvalitativ, empirisk studie kombinerad med etisk analys och reflektion. 19 st av vårdpersonalen. Intervjuer utifrån teman, som inkluderade upplevelser och erfarenheter av att minska tvångsisolering. Intervjuernas innehåll användes som inputs i två homogena fokusgrupper. Utifrån den homogena gruppen togs frågor upp i en heterogen fokusgrupp med skilda intressperspektiv. I djupintervjuer och fokusgrupper diskuterade deltagarna i en hermeneutisk dialektisk process. De spelades in och transkriberades helt. Insamlad data från intervjuer och fallstudie tolkades genom SIM-modellen. "Dialogical ethics" användes även för att komplettera SIM-modellen.
<b>Dataanalys Bortfall</b>	
<b>Slutsats</b>	Vårdpersonalen upplevde innan den sociala interaktionen att tvångsisolering var nödvändig för att bevara avdelningens säkerhet. De upplevde inte att det fanns några möjligheter att arbeta preventivt mot tvångsisolering. De var oroliga för att bli kritiserade om de handlat annorlunda, och för att bli ansvarig om något gick fel. Allt som avvek från arbetets rutiner sågs av dem som något som kunde hota hela avdelningens säkerhet. Personalen reflekterade ej över tvångsåtgärden, de kände sig lika trygga och säkra med den som om det var vilken vardaglig rutin som helst. Den stängda kulturen värderade säkerheten högst, utan personalen i konkreta situationer, kunna uttrycka vad det hade med god omvårdnad att göra. Personalens intuition styrde, hellre än att deras känsla av att övertyga varandra rationellt. Möjligheten för patienten att få ta ansvar för sina handlingar, även då situationen kunde upplevas farlig genomfördes. Fördelar ansvarsöverföringen kunde medföra, diskuterades. Sjuksköterskorna utvecklade en vilja att tänka kritiskt, vilja att vara öppna och vilja till att reflektera över situationen.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 5

<b>Referens</b>	Larsen, I.B., & Terkelsen, T. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. <i>Nursing ethics</i> , 21(4), 426-436
<b>Land Databas</b>	Norge Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka hur patienter och vårdpersonal inom slutna psykiatriskvård upplever tvångsåtgärder.
<b>Metod: Design Urval</b>	Kvantitativ med fenomenologiskt tillvägagångssätt 12 patienter och 22 vårdpersonal (8 kvinnor och 14 män) i åldrarna 20 - 60 år. Det var allmänna sjuksköterskor, specialist sjuksköterskor, psykiatriker (2 st) och "sociala hälsoarbetare". Observationer och intervjuer.
<b>Datansamling Dataanalys</b>	Sammanlagt 200 sidor text ifrån observationer och intervjuer. Lästes igenom noggrant. Situationer och uttalanden som tillhörde studiens syfte identifierades. Därefter identifierades genomgående mönster, återupprepningar, motsägelser och huvudsakligt innehåll.
<b>Bortfall</b>	Inga rapporterade.
<b>Slutsats</b>	All vårdpersonal hade åsikter och tankar om hur tvångsåtgärder kunde undvikas. Det fanns de sjuksköterskor som ansåg att tillrättavisande av patienten var till fördel för dem, vissa sjuksköterskor tyckte att de små tillrättavisningarna av patienten mer kunde upplevas som en personlig kränkning än ett tvång. En del sjuksköterskor var för församhet gentemot patientens önsknings, och andra för maktbehållning. Men i ett enskilt sammanhang förekom kritik av vårdens agerande gentemot dessa patienter, "I struggle [...] with myself using force in situations involving „doing things our way“ (uttalande av sjuksköterska). Sjuksköterskorna kunde känna rädsla gentemot patienten som vårdpersonalen sinsemellan preciserade och förstärkte. Håller sjuksköterskan en distans till patienten ökar risken för att patienten ses som en diagnos, som en livlös massa. Att verkställa tvångsåtgärder utefter läkarens ordination upplevdes vara en belastning för vårdpersonalen. De upplevde dåligt samvete och kunde anse sig själva som förrädare. De skyllde dessa känslor på "systemet". Psykiatribyggnaden var konstruerad till en viss grad med kapaciteten till kontrollering av patienten. Det var till fördel för patientens säkerhet och kunde ha en motverkan på behovet av tvångsåtgärden enligt en del sjuksköterskor. I studien framgår det att en del sjuksköterskor kan ha dåligt samvete vid utförande av tvång gentemot patienten.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 6

<b>Referens</b>	Lind, M., Kaltiala-Heino, R, Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 11, 379-385
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Finland Psycinfo
<b>Syfte</b>	Att beskriva finska psykiatrisjuksköterskors etiska uppfattning av tvång i en akutpsykiatrisk miljö.
<b>Metod:</b> <b>Design</b> <b>Urval</b>  <b>Datainsamling</b>  <b>Dataanalys</b>  <b>Bortfall</b>	Kvantitativ (+kvalitativt inslag) 3 utvalda psykiatriska akutavdelningar, samtliga psykiatrisjuksköterskor, 170 stycken deltog. Strukturerat frågeformulär, innefattade bland annat psykiatrisjuksköterskornas personliga egenskaper. Svartalternativen på den del som handlade om tvångsvården hade en nominalskala. Sist skulle en ytterligare åtgärd som orsakat problem skrivas ner i fritext. Dataanalys gjordes genom observation av variabelernas frekvens och procenttal. Mann-Whitneys icke parametriska U-test användes, samt Kruskal-Wallis ickeparametriska test. Den öppna frågan kategoriserades med innehållsanalys. Data analyserades med SPSS 9.0 för Windows. Bortfallet var 26%
<b>Slutsats</b>	Implementering av bältning och tvångsmedicinering uppfattades av 66-68% vara ej etiskt problematiska åtgärder, de vidhöll alltså att dessa åtgärder inte medförde etiska problem. Kvinnliga psykiatrisjuksköterskor uppfattade oftare än manliga tvångsvårdens etiska problematik.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I

## Artikel 7

<b>Referens</b>	Mattson, L, Å., Binder, P-E. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. <i>Nordic psychology</i> , 64(4), 272-290.
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Norge Svemed
<b>Syfte</b>	Att utforska hur vårdpersonal tänker, känner samt agerar i arbete med patienter som har självska debeteende.
<b>Metod:</b> <b>Design</b> <b>Urval</b> <b>Datinsamling</b> <b>Dataanalys</b>	Femenologisk och hermeuneutisk design. Åtta stycken vårdpersonal från en sluten psykiatrisk avdelning. Halvstrukturerade intervjuer som inspelades. Frågorna var anpassade för att framhäva narrativa upplevelser och känslor hos deltagarna. Dataanalysen gjordes genom tolkningsfenomenologisk analys, med metod för systematisk textkondens. Dataanalysen genomgick fyra steg. Författaren lyssnade på varje intervju, få en helhetsbild. ”Preliminära” teman och under-teman som fångade upp det väsentliga ur varje intervju. Teman jämfördes med varandra. Båda författarna gjorde en noggrann analys av teman och under-teman, för att säkerställa dess pålitlighet.
<b>Bortfall</b>	Inget rapporterat.
<b>Slutsats</b>	Att arbeta i en hektisk, kontrollerande miljö upplevdes som tröttande för personalen, och ledde ej till förväntade resultat. Vårdpersonalen beskriver situationen som utmattande. De skulle göra sitt yttersta för att kontrollera patientens beteende, vilket inte främjade till något förtroende mellan patient och deltagarna. Efter förändrat arbetssätt ansåg sjuksköterskorna att patientens autonomi bevarades. Sjuksköterskorna ville hjälpa patienten att förstå orsaken till problemet, vad som plågade patienten så att hen vållade sig själv skada. Empati ansågs oerhört viktigt förhållningssätt gentemot patienten. Sjuksköterskornas tolerans gentemot patientens självska debeteende ökade. De flesta sjuksköterskorna ansåg detta var en positiv utveckling, både för sig och för patienten. De ansåg att patientens autonomi bibehölls.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I

## Artikel 8

<b>Referens</b>	Olofsson, B. (2005). Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 12, 259-267
<b>Land Databas</b>	Sverige PsycInfo
<b>Syfte</b>	Att beskriva psykiatrijuksköterskors erfarenheter i reflektionsgrupp, med inriktning på tvång, i förhållande till deras synpunkter rörande systematisk klinisk handledning och stödpersonal.
<b>Metod: Design Urval Datainsamling</b>	Kvalitativ studie 23 stycken psykiatrijuksköterskor Reflektionsgrupper samt retrospektiva intervjuer med varje deltagare. 11 stycken gruppträffar. Tidsperioden för reflektionsträffarna var mellan mars till juni, 2000 och september 2000 till februari 2001. Varje träff varade mellan 1,5-2 timmar och deltagarna var 2-4 stycken och en utomstående reflektionshandledare med erfarenhet av användning av tvång på patienter. Mötet startade med följdfrågor som gav möjlighet för vidare reflektioner. Tillfällen spelades in. Transkriberad dataanalys, med hjälp av innehållsanalys.
<b>Dataanalys Bortfall</b>	2 deltagare avbröt på grund av byte av arbetsplats.
<b>Slutsats</b>	Det visade sig viktigt med reflektionssamtal för psykiatrijuksköterskor som använde sig av tvångsvård i sitt arbete. Att ge sjuksköterskorna tid för att uttrycka sina känslor, få bekräftelse, utveckla nya synsätt och dela erfarenheter. Det var viktigt för dem att känna att de gjorde ett bra jobb. Målen med reflektionsgrupperna var; för deltagarna att ha förmågan att inte ta med sig arbetet hem, att utveckla mer effektiva åtgärder för framtid händelser, öka psykiatrijuksköterskornas laganda, öka kunskapen om tvång och tvångsåtgärden. Resultatet visade att reflektionsgrupper kan leda till att psykiatrijuksköterskorna ifrågasätter tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården samt främjar utveckling av alternativa behandlingar. Strukturerad klinisk handledning eller debriefing med en som ej var knuten till avdelningen i övrigt, var önskvärt att schemaläggas; speciellt om något ovanligt inträffat. Stöd från övrig vårdpersonal behövdes för att tvång var ett känsligt, ämne. Bekräftelse på att tvånget var ett nödvändigt ingrepp och att det var sett utifrån patientens bästa, var ett viktigt stöd. Sjuksköterskorna ansåg att bekräftelse på att de gjorde ett gott arbete var viktigt. De kände sig sårade och hotade då ledningen ifrågasatte deras handlingar. Stöd för att undvika att prata om svåra upplevelser från jobbet hemma efterfrågades, samt förebyggande av eller mer effektivt arbete mot kommande incidenter, starkare teamarbete, ökad kunskap om tvångsåtgärdena, och minskning av kränkta patienter. Att fokusera på stöd när det gällde specifika tvångsåtgärder, rapporterades som positivt, eftersom det möjliggjorde strukturerad diskussion på ämnet, och deltagarna uppgav att det fanns ett behov av sådana diskussioner.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 9

<b>Referens</b>	Salzmann-Krikson, M., Lützén, K., Ivarsson, A., & Eriksson, H (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , (17), 98-107
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Sverige Cinahl
<b>Syfte</b>	Att beskriva kärnkaraktären av och omvårdnadsarbetet i en "psychitric intensive care unit" (PICU) i Sverige, baserat på en empirisk studie av vårdpersonalens upplevelser av omvårdnadsarbete i ett PICU-sjukhus.
<b>Metod:</b> <b>Design</b> <b>Urval</b> <b>Datainsamling</b>	Kvalitativ studie. 21 stycken sjuksköterskor Critical incident technique (CIT) användes som forskningsmetod. En systematisk metod. Narrativ beskrivning av en specifik situation där deras omvårdnad utgjorde en betydande skillnad jämfört med situationens utfall. Halvstrukturerade frågeformulär. Intervjuer med 5 av de deltagande, med fokus på personlig erfarenhet, 20-50 min (inspelad).
<b>Dataanalys</b>	Transkriberingarna analyserades sedan systematiskt med hjälp av CIT-procedurer. Analyserat material delades in i kategorier, vilka deltagarna sedan fick se och godkänna.
<b>Bortfall</b>	Bortfall 3 personer.
<b>Slutsats</b>	Intagningsprocessen kunde upplevas som dramatiska av sjuksköterskorna, och patienterna som våldsamma. De flesta av patienterna upplevdes av sjuksköterskorna som verbalt och fysiskt råa, och att de saknade kapacitet att förstå information och förståelse för nödvändigheten av vård. Enligt en sköterska var psykosjukdom en orsak som försvårade ömsesidig kontakt med patienten. Patienterna kunde även upplevas som hotfulla. Verbal hotfullhet tenderade att höra samman med fysisk våldsamhet. Sjuksköterskorna kunde uppleva en eskalerande aspekt hos patienterna, att tala patienten till sans var omöjligt. Det bara var en tidsfråga tills patienten skulle explodera. Sjuksköterskorna talar om att de vid sådana tillfället känt att något "fanns i luften" och spänd stämning. Sjuksköterskorna såg på tvångsåtgärderna som något nödvändigt för ett lyckat vårdresultat. Upplevelser av <i>kontroll</i> - gränssättande av patienters överdrivna beteenden. Dialog med patienten och att möta patienten med värdighet och känslighet ansågs viktigt av sjuksköterskorna. Med en fungerande dialog kunde situationer vara under kontroll utan att tvångsåtgärder behövde användas. Upplevelser av <i>beskydd</i> - avvärjning eller/och bestämning av situationer eller beteenden som har negativ inverkan på patientens hälsa. Miljön kunde möjliggöra beskydd, med en lättöverskådlig yta. Upplevelser av <i>stöttning</i> - stödjande insatser hade positiv effekt på patienternas hälsa och att vårda för långsiktig förbättring, samt sjuksköterskornas förmåga att till att lyssna på patienterna och ge hen tid. Visa tillgänglighet utan att vara påträngande. Att stå bakom patienten trots hot och aggressioner ansågs också vara viktigt. Mod, uthållighet och vilja uttrycktes som kvalitéer hos sjuksköterskorna. Medkänsla, visa något av sin personlighet, ha en ödmjuk attityd och humor, resulterade i bättre relationer, ökad förståelse och minskad risk för våldsamma handlingar. Upplevelser av <i>strukturering av miljön</i> - Organisationsplan ansågs vara nödvändig för kapacitet att vårda våldsamma, aggressiva patienter, liksom en strukturerad fysisk miljö, hög andel personal per patient, samt begränsad yta. Strukturerad miljö ansågs nödvändigt också för att kunna övervaka avdelningen. Små ytor uttryckte sjuksköterskorna vara positivt, eftersom det möjliggjorde observation, närvaro och fysiskt närhet till patienterna; möjligheter att kontrollera samt begränsning av visuella intryck, inge lugn och ro och chans för patienten att vila. Kontroll beskriver sjuksköterskorna senare termer av att skapa en allians med patienten, och att få kontroll över en situation
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I

## Artikel 10

<b>Referens</b>	Sehiralti, M., & Rahime, A.E. (2012). Decisions of psychiatric nurses about duty to warn, compulsory hospitalization and competence of patients. <i>Nursing ethics</i> , 20(1), 41-50
<b>Land Databas</b>	Turkiet Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utvärdera beslutsfattande hos psykiatrisjuksköterskor utifrån deras kunskap och erfarenheter om varning, tvångsinläggning och patientens kompetens.
<b>Metod: Design Urval</b>	Kvantitativ studie 11 psykiatrisjuksköterskor i Turkiet som medverkar i en konferens under två dagar i juni 2010. Enkätundersökning bestående av sammanlagt 33 frågor. 18 frågor var utvecklade utifrån ett "case" manuskript med etiskt dilemma. 3 frågor var utifrån egna erfarenheter och resterande 12 frågor var utifrån personlig karaktär
<b>Datinsamling Dataanalys</b>	En statistisk analys gjordes med Chi-square och Kruskal-Wallis (KW) skalor och en avancerad analys gjordes med Mann-Whitney och Bonferroni skalor.
<b>Bortfall</b>	Inget.
<b>Slutsats</b>	Specialistutbildade sjuksköterskor bedömde patienten till mer kapabel till självbestämmande än de (grund-) allmänutbildade. Att invänta ett domstolsbeslut för tvångsinläggning var det få som ansåg som viktig.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I

## Artikel 11

<b>Referens</b>	Trobec, I. Herbst, M., & Zvanut, B. (2009). Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. <i>Nursing ethics</i> , 16(3), 283-291
<b>Land Databas</b>	Slovenien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka skillnaden mellan sjuksköterskor med kandidatexamen och sjuksköterskor utan kandidatexamen och samband i förmågan att kunna skilja mellan den dominerande rättighetsbaserad etikstrategi och relationsetiska förhållningssätt. Hypotes; sjuksköterskor med kandidatexamen har förmågan att bättre skilja mellan de två tillvägagångssätten.
<b>Metod: Design Urval</b>	Kvantitativ, beskrivande analys. 136 sjuksköterskor valdes slumpmässigt ut av sammanlagt 1234 sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri och kommuner i Slovenien. Det fanns tre exklusionskriterier som resulterade i att sammanlagt deltog 132 sjuksköterskor.
<b>Datainsamling</b>	Gjordes med enkätundersökning. Första delen bestod av demografiska frågor. Andra delen av enkäten innehöll frågor om de etiska och regelrätta aspekterna i ett arbete med patient med mental sjukdom.
<b>Dataanalys Bortfall</b>	Gjordes med beskrivande (deskriptiv) analys, med hjälp av Chi-squared och Eta-statistik. Fyra stycken deltagare på grund av exklusionskriterier.
<b>Slutsats</b>	Sjuksköterskorna ansåg att den personligt etiska värdegrunden influerade dem i hur de bemötte och vårdade en mentalt sjuk patient. Både psykiatri och kommun sjuksköterskorna upplevde att i svåra etiska situationer fanns en trygghet i de etiska koderna samt organisationens regler och lagstiftningar. Det gav dem trygghet i att kunna fatta rätt beslut när de själva inte enskilt hade förmågan till det.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I



## Artikel 12

<b>Referens</b>	Voskes, V., Kemper, M., Landweer, E.G.M., & Widdershoven, G.A.M. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes admission. <i>Nursing ethics</i> , 21(7), 766-773
<b>Land Databas</b>	Nederländerna Cinahl
<b>Syfte</b>	Att förbättra kvaliteten i vården för att förebygga avskildhet inom psykiatrin genom att fokusera på arbetsättet "intagningens fem första minuter", detta ingripande analyserades sedan ur ett vårdetiskt perspektiv.
<b>Metod: Design Urval Datainsamling Dataanalys Bortfall</b>	Kvalitativ, utvärderingsstudie. Framgår inte. Formella och informella intervjuer med sjuksköterskor, mfl (stakeholders), efter analysering av två fall utifrån "intagningens fem första minuter". Analys gjordes utifrån ett teoretiskt perspektiv utav Joan Tronto's "etics of care". Inget rapporterat
<b>Slutsats</b>	De flesta sjuksköterskorna ansåg att deras förmåga till närvaro och flexibilitet i mötet med patienten var helt avgörande för hur patientens utveckling och fortsatt behandling skulle fortgå. Sjuksköterorna ansåg sig behöva ta ett "risktagande" för att bemöta patienten samt minska behovet av isolering.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad III

## Artikel 13

<b>Referens</b>	Vuckovich, P.K., Artinian, B.M. (2005). Justifying coercion. <i>Nursing ethics</i> , 12(4), 370-380
<b>Land Databas</b>	USA Cinahl
<b>Syfte</b>	Att belysa psykiatrisjuksköterskors erfarenhet av att medicinera tvångsinlagda patienter inom psykiatri; som avslöjar en grundläggande social process för att motivera tvång (inget tydligt syfte).
<b>Metod: Design Urval Datainsamling  Dataanalys Bortfall</b>	Kvalitativ, GT (grounded theory-metod) 17 psykiatrisjuksköterskor i California, alla ifrån olika kommuner (states). Inspelade ostrukturerade intervjuer. Literataturstudie gjordes under studiens gång. Medan studien pågick (under två år) studerade en GT-expert kopior av studiens material. Diskussioner av material gjordes i en grupp av GT experter, för att säkerställa logisk följdriktighet. Två erfarna psykiatrisjuksköterskor gav sina omdömen av materialet, underlaget. Inte rapporterat.
<b>Slutsats</b>	Sjuksköterskorna uttrycker önskan om möjlighet till att hjälpa patienten utan att behöva ta till tvång. De anser att de flesta av patienter är i stort behov av mediciner, för patientens bästa samt deras omgivning. Sjuksköterskorna använde termer så som ”väldigt farlig“, ”väldigt psykotisk“ och/eller ”med väldiga vanföreställningar” som beskrivning av patient i stort behov av mediciner, samt för rättfärdande av möjlig tvångsmedicinering. Förmåga till att nå förhandling med patienten angående medicinadministration upplevde sjuksköterskorna som en stor framgång.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad III

## Artikel 14

<b>Referens</b>	Vuckovich, P.K. (2009). Strategies Nurses Use to Overcome Medication Refusal by Involuntary Psychiatric Patients. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 30, 181-187
<b>Land Databas</b>	USA Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utveckla teoretisk förståelse om strategier sjuksköterskor använder för att övervinna tvångsintagna patienters icke-acceptans till medicinering. Studien är del två av en studie från 2005.
<b>Metod: Design Urval Datainsamling</b>	Kvalitativ. Grounded Theory (GT). 17 stycken sjuksköterskor Fokus var frågor som berörde medicinering av tvångsinlagda patienter, intervjuerna varade mellan 30 och 90 min. Frågorna var semi-strukturerade och förändrades i takt med att data samlades in. Intervjuerna spelades in, även antäckningar gjordes. Inspelningarna transkriberades och kodades genom mjukvaran NVivo software.
<b>Dataanalys</b>	Dataanalysen inkluderade respondentvalidering, granskning av analysen av externa forskare, och kumulativ validering. Kodningen och anteckningarna granskades regelbundet av en expert i GT. Urvalet analyserades, kodades och utvecklades till huvudämnen och -idéer i en granskningsgrupp som bestod av sjuksköterskor som forskade i GT. Resultaten granskades av två psykiatrisjuksköterskor.
<b>Bortfall</b>	Inget rapporterat
<b>Slutsats</b>	Sjuksköterskorna upplevde det nödvändigt för en del patienter att tvångsmedicineras, att det vore inhumant att avböja tvångsmedicineringen till dessa personer. Att försöka övertala de patienter som sjuksköterskorna ansåg vara mindre sjuka, betonar en sjuksköterska som en dygd. Samtidigt medger en sjuksköterska att hen spenderar mindre tid med patienter som är motvilligt inställda till vården, och att hen ibland undviker dem. Ont om tid anges som en orsak. En del sjuksköterskor upplevde att förmedling av verklighetsförankring var avgörande för patienten, andra upplevde det viktigare att ta sig in i patientens situation, och utifrån denna fråga patienten vad hen ville få ut av sjukhusvistelsen. Sjuksköterskorna var ense om att det var viktigt att ge patienten tid och utrymme, samtidigt som att spendera tid med dem, genom att prata, förklara, vara tysta, upplevde sjuksköterskorna hjälpte patienterna. En sjuksköterska beskrev hur hen skulle reagerat om hen var i patientens situation, och att hen skulle bli arg om hen tvingades få medicin för någon som hen inte ansåg sig behöva. Sjuksköterskorna trodde mer på samarbete än maktkamp. Sjuksköterskorna ogillade starkt att delta i tvångsmedicinering av en patient, eftersom det innebar en sådan förnedring av patienten. Sjuksköterskorna upplevde det viktigt att efter tvångsmedicinering återkomma till patienten och förklara rådande förhållanden och anledningar till varför det blev som det blev. Sjuksköterskorna tydliggör att de agerar gärna som patientens advokat. Det vill säga att de är måna om att patienten får sin röst hörd av hela organisationen
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad III

## Artikel 15

<b>Referens</b>	Wittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval rating of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. <i>Psychiatric service</i> , 60(6), 792-798.
<b>Land Databas</b>	England PsycInfo
<b>Syfte</b>	Att systematiskt fastställa synpunkter från psykisk hälsa brukare och personal i England om användningen av tvångsåtgärder vid akuta psykiatriska sjukhusinläggningar
<b>Metod: Design</b>	En kvantitativ tvärsnittsstudie. Med frågeformuläret ACMQ (attitudes to containment measures questionnaire).
<b>Urval</b>	Deltagarna var personal och brukare som valdes ut genom en tidigare studie Frågeformulären skickades hem till deltagarna, kunde fyllas i anonymt. Studien pågick mellan 2004-2005.
<b>Datainsamling Dataanalys</b>	Svarsprofilen ifrån patienter och vårdpersonal jämfördes, med "t-test" (hypotesprövning), "chi analys", eller "Spearman's rho" (överensstämmelse). Detta gjordes för att fastställa lika resultat i de olika analysformerna.
<b>Bortfall</b>	Inget rapporterat
<b>Slutsats</b>	Tvångsåtgärderna visade sig dock vara något mer accepterade bland manlig personal än kvinnlig. Bland sjuksköterskorna som hade utövat viss typ av tvångsåtgärd fanns en viss acceptans av just denna slags åtgärd. När nya tvångsåtgärder introduceras i verksamheten hade personalen en överensstämmande benägenhet för att anamma åtgärden i den kliniska verksamheten som i sin tur fick dem att tolerera tillvägagångssättet, behandlingsformen. Personalen tenderade att rättfärdiga åtgärderna för att undvika möjligheten av kommande skuld känslor.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad: I

## Artikel 16

<b>Referens</b>	Wynn, R., Kvalvik, A-M.& Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. <i>Nord J psychiatry</i> , 65, 133-137. doi: 10.3109/08039488.2010.513068
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Norge Svemed
<b>Syfte</b>	Att undersöka attityder till tvång inom två Norska psykiatrienheter, med utgångspunkter i hypotes om homogenitet i det norska samhället och hälsovård, samt kliniska intryck.
<b>Metod:</b> <b>Design</b> <b>Urval</b> <b>Datainsamling</b> <b>Dataanalys</b> <b>Bortfall</b>	(kvantitativ) 285 stycken vårdarbetare inom psykiatri, bland annat sjuksköterskor. Alla inom de två psykiatrienheterna. Helt oberoende ålder, kön, profession, anställningstid enhet eller typ av enhet. Enkätundersökning baserat på två patientfall. "Vad skulle du föreslå för agerande utifrån denna situation?" Alternativen som följde var tre olika grader av ingripande. SPSS-analys ( <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> ) samt en stegvis multipel regressionsanalys med bakåt eliminering. 105 deltagare.
<b>Slutsats</b>	Sjuksköterskorna föredrog att använda sig av minsta möjliga tvångsåtgärd. Om det krävdes ett större tvångs-ingripande skulle det ske med största möjliga försiktighet. Resultatet visade att männen var mer restriktiva till tvångsåtgärder än kvinnor. Antalet vårdpersonal per patient ansågs vara av betydelse för att kunna minska antalet utförda tvångsåtgärder (genom t. ex on-to-one care).
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II



Kristin Gísladóttir

Camilla Bengtsson



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