



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors erfarenheter av tvångsvårdsåtgärder på patienter med
psykisk ohälsa – en litteraturstudie

Johannes Edholm & Denise Fa

2014

Examensarbete på grundnivå, 15hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Randmaa

Examinator: Martin Salzman Ericson

Sammanfattning

Syfte: Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att utföra tvångsvårdsåtgärder av patienter med psykisk ohälsa samt att granska de valda artiklarnas urvalsmetod.

Metod: Föreliggande litteraturstudie har en deskriptiv design som inkluderar artiklar av både kvalitativ och kvantitativ ansats, litteraturstudien innefattar totalt tolv artiklar.

Resultat: Resultatet visade att sjuksköterskors erfarenheter av utförande av tvångsvårdsåtgärder inkluderar ett brett spektrum av känslor som engagerar bland annat en motstridighet av känslor då patientens autonomi fråntogs. Resultatet visade skilda erfarenheter hos sjuksköterskor gällande uppfattning om tvångsvårdsåtgärder gynnade patienten i fråga eller inte. Majoriteten av Sjuksköterskorna upplevde att utförandet av tvångsåtgärder används för lättvindigt samt att de äventyrar den terapeutiska alliansen med patienten. Sjuksköterskor gemensamma åsikt var att det fanns behov för att få möjlighet att ventilera åtgärdsförfarandet.

Slutsats: Resultatet visade att majoriteten av sjuksköterskor ansåg att tvångsvårdsåtgärder medförde negativa erfarenheter. Ett återkommande utslag i samband med tvångsvårdsåtgärder var motstridighet av känslor hos sjuksköterskorna till följd av det etiska dilemmat som uppstod. Gemensamma erfarenheter identifierades, att tvångsvårdsåtgärder användes för lättvindigt. Alternativa åtgärder bör få mer utrymme att implementeras i den kliniska praktiken. Det bör även utvecklas ett ventilationsforum för sjuksköterskor som kommer i kontakt med tvångsåtgärder för möjlighet till diskussion samt en förbättring av förfarandet.

Nyckelord: Sjuksköterskor, Erfarenhet, Tvångsvårdsåtgärder, Psykisk ohälsa

Abstract

Aim: The aim of the present study was to describe nurses' experiences of performing compulsory measures of patients with mental illness and review the selected articles sample method.

Method: The present literature study has a descriptive design that includes articles of both qualitative and quantitative approach; the literature review includes a total of twelve articles.

Result: The results showed that nurses' experiences of performing compulsory treatment measures include a wide range of emotions that involve, among other things, a conflict of emotions in conjunction with the exclusion of the patient's autonomy. Results showed differing experiences of nurses existing idea of compulsory measures favored the patient in question or not. The majority of nurses felt that the execution of coercive measures was used too casually as well as to undermine the therapeutic alliance with the patient. Nurses' common view was that there was need for the opportunity to vent action procedure.

Conclusion: The results showed that the majority of nurses felt that compulsory measures implied negative experiences. A recurring verdict associated with compulsory measures was a contradiction of emotions in nurses due to the ethical dilemma that arose. Common experiences were identified, that compulsory measures was used too lightly. Alternative measures should have more room to be implemented in clinical practice. It should also develop a forum for ventilation for the nurses that are in contact with the coercion, an opportunity for discussion and improvement of the procedure.

Keywords: Nurses, Experience, Seclusion, Physical restraint, Psychiatry

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Den etiska problematiken	2
1.3 Den terapeutiska alliansen	3
1.4 Sjuksköterskans roll	3
1.5 PROBLEMFÖRMULERING	3
1.6 SYFTE	4
1.7 FRÅGESTÄLLNING	4
2. METOD	4
2.1 DESIGN	4
2.2 DATABASER	4
2.3 SÖKORD/SÖKSTRATEGIER/URVALSKRITERIER	5
2.4 DATAANALYS	7
2.5 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
3 RESULTAT	8
3.1 SJUKSKÖTERSORS UPPFATTNING OM TVÅNGSÅTGÄRDER	8
3.1.1 Risker för sjuksköterskor	9
3.1.2 Miljö	10
3.1.3 Oberättigat användande av tvångsåtgärder	10
3.1.4 Sjuksköterskans uppfattning om patienten vid tvångsåtgärder	11
3.2 SISTA UTVÄGEN	11
3.2.1 Alternativa vägar	12
3.2.2 En nödvändighet	12
3.3 AVSKILJNINGSPROCESSENS TRE FASER	13
3.3.1 Fas 1 – Före	13
3.3.2 Fas 2 – Under	13
3.3.3 Fas 3 – Efter	14
4. DISKUSSION	16
4.1 HUVUDRESULTAT	16
4.2 RESULTATDISKUSSION	16
4.3 METODDISKUSSION	21
4.4 KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD	23
4.5 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	23
4.6 SLUTSATS	23
5. REFERENSLISTA	24

Appendix 1: Beskrivning över samtliga artiklars författare, årtal, titel, ansats, urval, undersökninggrupp, datainsamlingsmetod och dataanalys.

Appendix 2: Beskrivning av samtliga artiklars författare, årtal, titel, syfte och huvudresultat

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Ur historisk synpunkt har tvångsvårdsåtgärder varit vanligt förekommande inom psykiatri i syfte att hantera psykiskt sjuka personer (William & Myers 2001). Att använda tvång inom psykiatri är vanligt förekommande inom Europa, användandegraden varierar dock mellan länderna. Forskning visar på att det finns betydligt mer effektiva alternativ att behandla personer som lider av psykostillstånd än att nyttja tvång (Sapey, 2012). Enligt Nationalencyklopedin definieras psykos följande; svår psykisk störning med bristande verklighetskontakt och mer eller mindre fullständig avsaknad av sjukdomsinsikt, det vill säga förmåga att inse att personen är frisk (Nationalencyklopedin 2010). Vid psykos som är ett samlingsnamn för psykossjukdomar, där schizofreni är ett av de svårare tillstånden, drabbas personen i fråga av flertalet kognitiva hinder, där inkluderat en sänkning av den perceptuella förmågan. Rörande denna reduktion har personen i olika grad svårigheter att uppfatta given information samt svårigheter att tolka situationer vilket i sin tur kan leda till oklarheter och missförstånd, och dessa situationer kan vidare leda till att tvångsvårdsåtgärder blir nödvändiga (Skärsäter 2012).

Ur ett nationellt perspektiv rörande psykiatri och vårdandet av en patient under tvång genom till exempel inlåsning eller fysiskt tvång regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård. Inte förrän när en person uppfyller kraven att denne lider av en allvarlig psykisk störning, att heldygnsvård på sjukhus behövs och att patienten motsätter sig vården är det tillräckligt för att vårda under tvång (SFS 1991:1128 *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*).

Sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården kommer ofta i kontakt med patienter och situationer som kräver tvångsåtgärder (Raboch et al. 2010). Med tvångsåtgärder avser författarna av föreliggande studie inkludera avskiljning och fysiskt tvång. Fysiskt tvång avser i sin tur fasthållning med patient liggandes (horisontalt), patient ståendes (vertikalt), och patient sittandes (vertikalt) med eller utan fastspänning. Enligt etiska riktlinjer från Svenska Psykiatriska föreningen (2014) ska tvångsåtgärder vara det sista alternativet när andra åtgärder inte fungerar och patienten agerar suicidalt eller på ett självskadande sätt, attackerar andra personer, förstör föremål eller allvarligt hindrar vårdandet av andra patienter. Trots att dessa riktlinjer finns och är godtagna i västvärlden, har enskilda studier visat på att hänsyn

inte tas till dessa riktlinjer och avskiljning används för lättvindigt (Kontio et al 2010). Utförande av tvångsåtgärder och frihetberövning anses vara integritetskränkande och ett angrepp på de mänskliga fri- och rättigheterna, således enligt Socialstyrelsen är det högst angeläget att information delges patienten i syfte att förmedla en förståelse varför tvångsåtgärder vidtagits (SFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*).

1.2 Den etiska problematiken

Att tvångsvårda patienter medför komplexa situationer som inkluderar etisk problematik, framförallt vid åtgärder som avskiljning eller fysiskt tvång (Kontio et al. 2010).

Tvångsåtgärder anses i de flesta Europeiska länder vara kontroversiellt och målsättningen är också att reducera dessa åtgärder (Janssen et al. 2011). Åtgärderna anses kontroversiella på grund av deras etiskt problematiska natur. Åtgärder som begränsar patientens autonomi, såsom fasthållning och avskiljning, står i direkt kontrast till människans självbestämmanderätt (Mohr 2010). Det kan uppstå en konflikt mellan sjuksköterskans arbetsroll, lagen, etiska aspekter och sjuksköterskans känsla av personligt ansvar för patienten (Kontio, 2012).

Vanligaste förekommande etiska problemet rör begränsandet av patientens autonomi. Vilket är extra viktigt i slutenvård. De etiska dilemman som sjuksköterskor stöter på i vårdandet av psykiskt sjuka patienter innebär att det i många fall blir komplicerade situationer att lösa och sjuksköterskor bör vara medvetna om att det spelar en nyckelroll rörande etikens komplicerade värld (Eren 2014).

Filosofen Emanuel Kants pliktetik beskriver hur handlingen att frånta patientens autonomi måste kunna motiveras. Kant menar att handlingsregeln ska kunna försvaras till den grad att den kan ses som en allmän lag. Det ska också finnas en konsekvens i handlandet där sjuksköterskan har samma förfarande vid liknande situationer. Det etiska problemet med tvångsåtgärder är konstant, men sjuksköterskan gör åtgärden på grund av den goda viljan och känslan för plikten. För sjuksköterskan som profession klargör Kants pliktetik att hon ska kunna stå för de handlingsregler hon har, för att handlingsreglerna är sådana som alla bör kunna utgå ifrån. Bästa sättet att göra ett bra jobb är alltså enligt Kant att handla på det sätt som sjuksköterskan räknar med att andra skulle handlat utifrån de handlingsregler som existerar för sjuksköterskan som profession. Detta innebär att handla med en moralisk

integritet som utgår ifrån det som sjuksköterskan själv anser det rätta, och som sjuksköterskan menar att alla andra bör följa utan undantag (Henriksen & Vetlesen, 2011).

1.3 Den terapeutiska alliansen

Vid tvångsåtgärder kan också den terapeutiska alliansen med patienten skadas. Med terapeutisk allians avser författarna till föreliggande studie sjuksköterskans relation med patienten. Flera studier har visat att utförandet av tvångsåtgärder kan underminera den terapeutiska alliansen (Kontio, 2012; Alty, 1997). För patienten är avskiljning och fasthållning starkt förknippat med negativa känslor, såsom skam, oföretelse och känslor av att bli övergiven (Holmes et al. 2004).

1.4 Sjuksköterskans roll

Beslutet om tvångsåtgärd baseras på sjuksköterskans subjektiva uppfattning som är den främsta observatören och riskbedömaren rörande patientens beteende (Mann-Poll et al. 2011). Författarna till föreliggande studie vill därför belysa erfarenheter hos sjuksköterskor av att utföra dessa åtgärder. Med erfarenheter menar författarna till föreliggande studie känslomässiga upplevelser, iakttagelser och förfarandet vid utförandet av tvångsåtgärder.

1.5 Problemformulering

Sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården kommer ofta i kontakt med patienter som kräver tvångsåtgärder (Raboch et al. 2010). Dessa patienter saknar ibland insikt i sitt sjukdomstillstånd (Skärsäter 2012) och detta leder till att tvångsåtgärder blir aktuella. Dessa tvångsåtgärder ska enligt Svenska Psykiatriska föreningens (2012) etiska riktlinjer användas restriktivt och vara sista alternativet när andra åtgärder inte är tillräckliga. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har patienten rätt till självbestämmande och bästa möjliga sjukvård (SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*). Detta självbestämmande hamnar i farozonen när patienter blir utsatta för tvångsåtgärder. Därmed uppstår en etiskt problematisk situation för sjuksköterskan (Mohr 2010). Sjuksköterskan har också det slutgiltiga ansvaret för patientens omvårdnad (Socialstyrelsen 2009, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*) och för att patienten ska få bästa möjliga sjukvård bör patienten ha förtroende för sjuksköterskan (Alty 1997). Detta förtroende mellan sjuksköterskan och patienten kan bli skadat när sjuksköterskan utsätter patienten för tvångsåtgärder (Kontio et al. 2012; Alty 1997).

Sjuksköterskans observationer av patienten är det som ligger till grund för beslut om tvångsåtgärd (Mann-Poll et al. 2011) och då tidigare forskning har visat att tvångsåtgärder har stor påverkan på känslolivet hos patienten (Holmes et al. 2004) vill författarna till föreliggande studie belysa och undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att utföra tvångsåtgärder på patienter med psykisk ohälsa. Genom att studera dessa problemområden inom den psykiatriska slutenvården ökar förståelsen för sjuksköterskans erfarenheter av att utföra tvångsåtgärder.

1.6 Syfte

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att utföra tvångsvårdsåtgärder av patienter med psykisk ohälsa samt att granska de valda artiklarnas urvalsmetod.

1.7 Frågeställning

- 1) Vilka erfarenheter har sjuksköterskor av tvångsåtgärder på patienter med psykisk hälsa i psykiatrisk slutenvård?
- 2) Vilken urvalsmetod har de granskade artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Föreliggande litteraturstudie har en deskriptiv design (Polit & Beck, 2012).

2.2 Databaser

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PsycInfo, Cinahl och Scopus.

2.3 Sökord/sökstrategier/urvalskriterier

Sökorden som användes var nurses experience, seclusion, physical, restraint, psychiatry, nurses attitudes, och coercion. Den booleanska söktermen AND användes för att smalna av sökningen.

Tabell 1. Utfall av databassökningar

Databas	Begränsningar	Sökord	Träffar	Antal granskade abstracts	Antal valda källor
PsycInfo	2004-2014 Peer reviewed Linked full text References available Human	Nurses experience AND seclusion	19	5	3
PsycInfo	2004-2014 Peer reviewed Linked full text References available Human	Nurses experience AND physical restraint	29	3	2
PsycInfo	2004-2014 Linked full text Peer reviewed References available Human	Psychiatry AND seclusion	228	17	1
Cinahl	2004-2014 Abstract available Linked full text Peer reviewed	Nurses experience AND seclusion	12	6	2
Cinahl	2004-2014 Abstract available Linked full text Peer reviewed	Nurses attitudes AND physical restraint	50	9	1
Scopus	2004-2014 Health sciences	Nurses experience AND coercion	24	4	2
Scopus	2004-2014 Health sciences	Psychiatry AND physical restraint	194	22	1

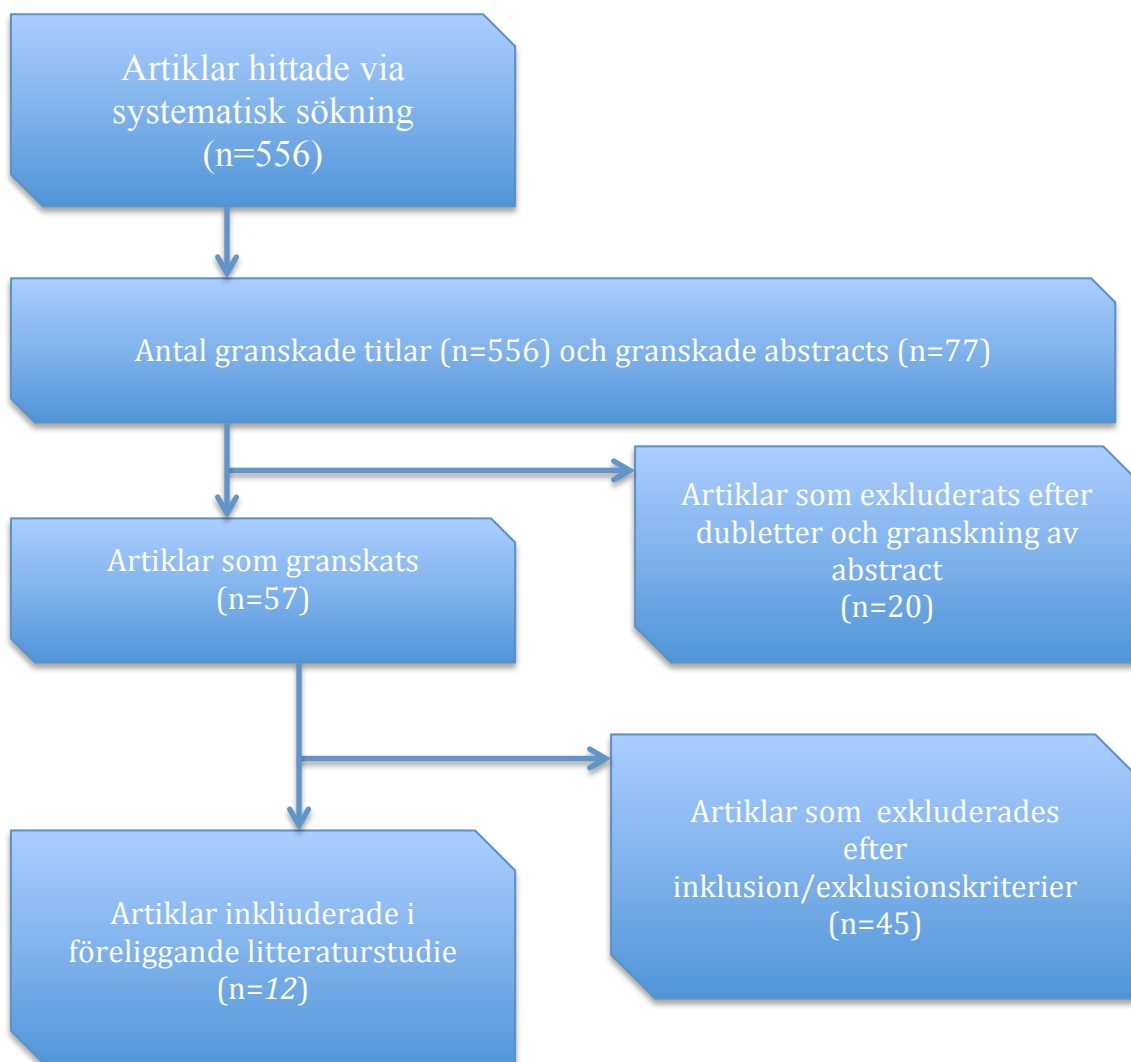
Inklusionskriterier: Fri tillgänglighet (abstract och full text) i databaserna för studenter vid Högskolan i Gävle. Inkluderade språk är engelska, svenska och norska. Artiklarna skall vara peer-reviewed, vara av kvalitativ och kvantitativ ansats samt att artiklarnas resultat ska vara ur sjuksköterskeperspektiv för att svara på föreliggande studies syfte och frågeställningar.

Exklusionskriterier: Systematiska litteraturstudier samt artiklar som berör områden utanför psykiatrivård exkluderades på grund av att de inte kunde svara på föreliggande studies syfte och frågeställningar.

PsycInfo; Fritext, kriterierna linked full text, referenser tillgängliga, publicerade mellan 2004 och 2014 för att valda artiklar ska vara aktuella. Sökord; se Tabell 1.

Cinahl; Fritext, kriterierna linked full text, referenser tillgängliga, publicerade mellan 2004 till 2014 för att valda artiklar ska vara aktuella, och peer reviewed. Sökord; se Tabell 1.

Scopus; Fritext, publicerade mellan 2004 till 2014 för att valda artiklar ska vara aktuella. Sökord; se Tabell 1.



Figur 1. Flödesdiagram över

2.4 Dataanalys

Totalt 12 artiklar inkluderades i föreliggande litteraturstudies resultat utifrån de inklusion- och exklusionskriterier som författarna för föreliggande litteraturstudie haft som kriterier. Varje artikel lästes grundligt igenom upprepade gånger av båda författarna för att bilda en helhetsuppfattning av artikelns resultat. Författarna granskade och analyserade artiklarna gemensamt med den ståndpunkten att artiklarnas resultat svarar på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställning. Varje enskild artikels resultat sammanfattades. Gemensamt av författarna för föreliggande litteraturstudie formades mönster som yttrade sig i form av likheter och skillnader. Det underlag som visade sig relevant för föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställning färgmarkerades för att få struktur för föreliggande litteraturstudies resultat. Fortsättningsvis formades kategorier som skapats ur de likheter och olikheter som identifierats i de kvalificerade artiklarna. Totalt 3 kategorier utformades som i sin tur inkluderade subkategorier (totalt 9 stycken). Dessa huvudkategorier valdes att rubriceras i litteraturstudies resultat med tillhörande subkategorier (Polit & Beck, 2012). I föreliggande litteraturstudie granskades också artiklarnas urvalsmetod. Varje metodavsnitt i de valda artiklarna lästes för att granska vald urvalsmetod i de 12 artiklar som valdes ut. Även urvalsmetod färgmarkerades, sammanställdes och redovisas i Appendix 1 som ger en tydlig struktur för artiklarnas metoddel (Polit & Beck, 2012).

2.5 Forskningsetiska överväganden

Enligt Polit & Beck (2012) ska resultatet i en litteraturstudie inte förvrängas, fabriceras eller plagieras. Författarna till föreliggande studie har därför presenterat resultatet objektivt, sanningsenligt och utan att förvränga resultatet eller plagiera andra författare. Artiklarna i resultatet söktes systematiskt, vilket bidrog till objektivitet. Artiklarna valdes för att svara på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställning oberoende av författarnas åsikt. Författarna tog hänsyn till att noggrant redogöra för alla artiklar som ingick i föreliggande litteraturstudie. Författarna bearbetade artiklarna för att få en så korrekt översättning som möjligt. Författarnas förståelse i ämnet har medvetet lagts åt sidan för att stärka objektiviteten i resultatet och författarna har haft ett kritiskt förhållningssätt i granskningen av resultaten.

3 Resultat

Resultatet i föreliggande litteraturstudie sammanställdes från 12 vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i löpande text och har delats in i 3 huvudrubriker; Sjuksköterskans uppfattning om tvångsåtgärder, Den sista utvägen och Avskiljningsprocessens tre faser som sedan delats in i 9 underrubriker. För att få en översikt över samtliga artiklar, se Appendix 1 och 2.

3.1 Sjuksköterskors uppfattning om tvångsåtgärder

I studierna av Happell & Koehn (2010), Bigwood & Crowe (2008), Perkins et al. (2012) och Happel & Koehn (2011), framgick ett tydligt mönster i vad som utlöser beslut att använda tvångsåtgärder. De vanligaste anledningarna var när patienter överföll sjuksköterskor eller patienter, patientens självskadebeteende eskalerade och fysiskt våld mot ting.

Tvångsåtgärderna ansågs vara en viktig åtgärd att ha tillgång till, ett slags nödvändigt ont, för sjuksköterskor att skydda både sig själva, kollegor och patienter (Perkins et al., 2012), ge sjuksköterskor en trygghet (El-Badri & Mellsop, 2008) och bibehålla kontroll på vårdavdelningen (Bigwood & Crowe, 2008). Kontrollen över vårdavdelningen behövdes för att sjuksköterskorna skulle kunna utföra sitt jobb på ett adekvat sätt. Om kontrollen inte kunde bibehållas genom att endast prata och försöka samarbeta med patienten kunde avskiljningsåtgärd bli aktuellt. (Bigwood & Crowe, 2008). Avskiljning användes även för att reducera stimuli för att lugna ner agiterade patienter. I sällsynta fall användes avskiljning också för att avlasta stressade och utmattade sjuksköterskor (Larue et al. 2010) och vid ett fåtal tillfällen hade sjuksköterskor också använt fysisk tvång som hot mot patienter eller som bestraffningsmetod (Perkins et al. 2012; Gelkopf et al. 2009).

I Happel & Koehns studie (2010) ansåg nästan hälften av de tillfrågade att avskiljningsåtgärd inte var en gynnsam metod för patienten, till och med att det inte fanns någon fördelaktig aspekt över huvud taget. Samtidigt antydde majoriteten av sjuksköterskorna att avskiljning som metod var användbart för att uppnå en mer rofylld patient.

3.1.1 Risker för sjuksköterskor

Sjuksköterskor ansåg att vårdavdelningen skulle vara mindre säker om avskiljningsåtgärd ej fanns att tillgå (El-Badri & Mellsoy, 2008). Manliga sjuksköterskor upplevdes ha svårare att prata om, och bejaka tvångsvårdsåtgärdens händelseförlopp (Moran et al. 2009). Deltagarna beskrev också att män förväntades ta fler risker än kvinnor när tvångsåtgärder blev aktuella. En manlig sjuksköterska beskrev att han fick prestationsångest för att det förväntades att han skulle hålla fast en patient själv. Detta uppfattades som orättvist och att det finns en förutfattad mening om att kvinnor ska ta ett steg bakåt och männen rycka in vid riskfyllda, våldsamma situationer (Bigwood & Crowe, 2008). Beteenden som ansågs vara högriskbeteende för våld identifierades direkt som en risk för sjuksköterskor och vid dessa tillfällen ansågs fysiskt tvång vara en situationsbetingad nödvändighet (Perkins et al. 2012). Om sjuksköterskor tidigare blivit överfallna och skadade av en patient togs beslutet om avskiljning mer presumtivt (Perkins et al. 2012; Moran et al. 2009).

I studien av Perkins et al. (2012) beskrev sjuksköterskorna en komplex problematik baserad på den terapeutiska alliansen med patienten. Sjuksköterskor upplevde att om patienten var okänd och de inte kände till dennes beteende och inte kunde identifiera allvaret med exempelvis patientens hot om våld, ökade det risken att patienten utsattes för fysiskt tvång. Följden av detta blev ett förhastat beslut om insättande av tvångsåtgärd. Det var således enklare för sjuksköterskorna att bedöma risken för att en patient kunde bli aggressiv och våldsam om sjuksköterskorna tidigare kommit i kontakt och hade etablerat en relation till patienten. Sjuksköterskors riskbedömning hade alltså stor inverkan för beslutet att använda avskiljning och/eller fysiskt tvång (Perkins et al. 2012). Sjuksköterskor ansåg att tvångsåtgärder var ett svar på den fysiska aggressivitet som patienten uttrycker (Rose et al 2013).

Attityden hos sjuksköterskorna genomsyrades av att risken att utsättas för aggressiva hot och fysisk våld var en del av jobbet och en naturlig del arbetet. På grund av patienternas komplexa och många gånger oförutsägbara problematik (Perkins et al. 2012; Bigwood & Crowe), såg sjuksköterskorna våld och hot som en självklarhet när man jobbade inom psykiatri (Moylean & Cullinan, 2011).

3.1.2 Miljö

En del av de deltagande sjuksköterskorna ansåg att tvångsvårdsåtgärder hade en negativ påverkan på vårdmiljön i stort och försämrade hela atmosfären på vårdavdelningen (Moran et al. 2009). Andra rapporterade att stämningen, miljön och säkerheten förändrades beroende på vilka patienter som var inskrivna (Perkins et al. 2012). Sjuksköterskor som inte fann att arbetsmiljön var tillfredställande eller var emotionellt utmattade, använde i större utsträckning tvångsåtgärder (Happel & Koehn, 2011).

3.1.3 Oberättigat användande av tvångsåtgärder

Enligt El-Badri & Mellso (2008), Perkins et al. (2012) och Happell & Koehn (2010), fanns det hos sjuksköterskorna en gemensam uppfattning om att avskiljning och fysiskt tvång skedde för ofta, detta trots att majoriteten ansåg att dessa tvångsåtgärder bör vara sista utvägen (Bigwood & Crowe, 2008; Moran et al. 2009; Happell & Koehn, 2010). Flertalet sjuksköterskor ansåg att det var av stor vikt att utforska alternativa metoder innan avskiljning och att försöka avdramatisera situationen genom att diskutera med patienten. Detta ansågs felaktigt gynna sjuksköterskorna mer än patienten. Att andra metoder inte utforskades ordentligt bidrog till att efter tvångsvårdsåtgärder uppstod samvetsqual hos sjuksköterskorna (Perkins et al. 2012; El-Badri & Mellso, 2008) och känslor av att de var hemska människor och att de utnyttjat sin position (Bigwood & Crowe, 2008). Dessa negativa känslor minskades om sköterskorna kände att åtgärden var berättigad. Sköterskorna ansåg att det var berättigat när alla alternativ var utforskade och den sista utvägen var fysiskt tvång. ”Det kändes kanske inte bra, men det kändes berättigat” (Bigwood & Crowe, 2008).

Sjuksköterskorna ansåg att de skulle gynnas av mera utbildning i alternativa tillvägagångssätt (El-Badri & Mellso, 2008).

Vid åtgärder som en del sjuksköterskor tyckte var förhastade ansågs individuella bedömningar spela stor roll för när sjuksköterskorna valde att använda fysiskt tvång, och vissa sköterskor tillskrev detta en kombination av rädsla, brist på självförtroende och inte ha tilltro till sina egna förmågor att kunna desarmera situationen. Uppfattningen var att sjuksköterskorna läste situationer olika och har olika färdigheter att förutse eventuella

våldsamheter vilket ledde till att vissa sköterskor ansågs använda dessa åtgärder förhastat (Perkins et al. 2012).

3.1.4 Sjuksköterskans uppfattning om patienten vid tvångsåtgärder

Sköterskorna kunde se att tvångsåtgärderna utgjorde ökad stress för patienten (Bigwood & Crowe, 2008) och ilska mot sjuksköterskan och frustration hos patienten var vanligt (Gelkopf et al, 2009; Happell & Koehn, 2010). Patienten kände sig ibland enligt sjuksköterskorna förorättad av tvångsåtgärden (Happell & Koehn, 2010). Sjuksköterskorna identifierade hos patienten känslor av värdelöshet och känslor av försummelse (El-Badri & Mellsop, 2008). Vetskapen om dessa känslor ökade också sjuksköterskans krav på sig själv, att undvika tvångsåtgärder i största möjliga mån på grund av patientens känslor (Gelkopf et al. 2009). Sjuksköterskan skuldbelade inte heller patienten på grund av kunskapen om patientens psykiatriska problematik (Perkins et al. 2012), utan kände snarare medömkan för patienten (Happel & Koehn, 2010).

Enligt Bigwood & Crowe (2008) kan tvångsåtgärder dock stärka den terapeutiska alliansen med patienten och några sjuksköterskor identifierade tacksamhet hos patienter. En del sjuksköterskor rapporterade nämligen att patienter tackat dem efter avskiljningen (El-Badri & Mellsop 2008).

3.2 Sista utvägen

I studier gjorda gällande fysiskt tvång och avskiljning som åtgärdsformer inom psykiatri ansåg samtliga deltagande sjuksköterskor att dessa åtgärder alltid bör vara det sista alternativet (Moran et al. 2009). Vid beslut om tvångsåtgärder skulle vidtas borde alla alternativ testats och misslyckats. Sjuksköterskor beskrev att deras handlande kändes oriktigt att utföra och att avskiljningsåtgärder i många fall användes på grund av att det inte ansågs finnas något annat alternativ (VanDerNagel et al. 2009). Enligt Moran et al. (2009) förekom det sjuksköterskor som ansåg att placera någon i ett avskiljningsrum var absolut värsta möjliga scenario och sjuksköterskor ansåg att tvångsvårdsåtgärder hade en negativ påverkan på vårdavdelningen.

3.2.1 Alternativa vägar

Sjuksköterskor ansåg att fysiskt tvång som ibland användes förhastat och att alternativen inte utforskat tillräckligt innan (Perkins et al. 2012). Sjuksköterskor uppfattade att avskiljning var allt för vanligt förekommande åtgärd och att det istället bör användas sig av alternativa metoder exempelvis time-out, högre övervakningsnivå och avdramatisering av situationen. Anledningen till att dessa metoder inte användes i större utsträckning var att sjuksköterskorna ansåg att det inte fanns tillräckligt med resurser och kompetenta sjuksköterskor, vilket kompensades med att använda avskiljning (El-Badri & Mellso, 2008).

Om sjuksköterskor missbedömde en situation och senare ansåg att avskiljning inte var berättigad kände de sig som kamratförtryckare och att de varit för auktoritära. De motstridiga känslorna reducerades dock om sjuksköterskan upplevde att den terapeutiska alliansen med patienten var intakt efter åtgärden (Bigwood & Crowe, 2008).

I El-Badri & Mellso (2008) studie visade det sig att användningen av avskiljning var förknippad med negativa känslor hos sjuksköterskor och ansågs användas för mycket.

3.2.2 En nödvändighet

Ofta kände sjuksköterskan motstridiga känslor mellan åtgärdens terapeutiska roll och kulturen på arbetsplatsen. Dessa motstridiga känslor minskades om sköterskorna kände att åtgärden var berättigad. Detta kände sköterskorna när alla alternativ var utforskade och den sista utvägen var fysiskt tvång. "Det kändes kanske inte bra, men berättigat" (Bigwood & Crowe, 2008). Individuella bedömningar spelade stor roll för när sjuksköterskorna valde att använda fysiskt tvång, och vissa sjuksköterskor tillskrev detta en kombination av rädsla, brist på självförtroende och inte tilltro att kunna avdramatisera situationen (Perkins et al. 2012).

Om sköterskorna uppfattade att kollegorna tog beslutet att använda fysiskt tvång innan dessa alternativ hade provats så kände sköterskorna känslor av obehag och att åtgärden inte gått rätt till. Detta obehag ledde till att sjuksköterskorna senare reflekterade efter händelserna om vad som hade kunnat göras annorlunda. De motstridiga känslorna var som minst när sjuksköterskorna upplevde att alla alternativ hade utforskats, det fysiska tvånget hade skett på ett bra sätt och om de efter det fysiska tvånget kunde återupprätta den terapeutiska alliansen med patienten (Bigwood & Crowe, 2008).

3.3 Avskiljningsprocessens tre faser

Sjuksköterskor beskrev att det uppstod en påtaglig känslomässig oro i samband med en avskiljningsprocess. En konstellation av ångest, rädsla och skuld som gav sig uttryck hos sjuksköterskorna (Moran et al. 2009). I en kartläggning av sjuksköterskors emotionella erfarenheter i samband med avskiljningsåtgärder av personer som lider av psykisk ohälsa blottade sjuksköterskor det känslspektrum som uppkommer vid dessa åtgärder.. Denna process inkluderar avsnitt före, under och efter en avskiljningsaktion. Dessa tre faser beskrivs av VanDerNagel et al. (2009) som en anspänningshöjning som övergår i en platåfas som avslutas i en avslappningsfas (VanDerNagel et al. 2009).

3.3.1 Fas 1 – Före

Första fasen innefattar både ett tydligt psykiskt och fysiskt deltagande då sjuksköterskor beskriver att det successivt sker en upptrappning som framför allt byggs upp av rädslan för hot från patienten i fråga. Sjuksköterskor beskrev även fysisk påverkan då de förklarade hur de upplevde en påtaglig adrenalinrusning inför beslutet att avskilja patienten (VanDerNagel et al. 2009).

Enligt Bigwood & Crowe (2008) studie upplevde flertalet sjuksköterskor rädsla och oro inför utförande av tvångsåtgärd, på grund av rädslan att bli skadad eller motstridiga känslor på grund av den professionella rollen ("det måste göras"). Sjuksköterskor beskrev det som påtagliga flytkänslorna men att de parallellt med dessa upplevelser hade förväntningar på sig att hantera situationen på ett adekvat sätt. Sjuksköterskor upplevde ofta oro på grund av vetskapen att någon kan fara illa och att patienten ofta var i hög grad aggressiv. Sköterskorna berättade att trots att de försökte förbereda sig både mentalt och fysiskt inför situationer som inkluderar tvångsvårdsåtgärder ibland ändå inte var tillräckligt (Bigwood & Crowe (2008).

3.3.2 Fas 2 – Under

När beslutet väl var taget att avskiljningsåtgärd skulle ske beskrev sjuksköterskor att det uppstod en form av bedövande känsla som förklarades genom att processen skedde mekaniskt utan någon egentlig medveten tankeverksamhet (VanDerNagel et al. 2009). Sjuksköterskor berättade om den överlevnadsinstinkt som övertog det rationella beslutsfattandet då en patient utsatt en vårdgivare för överfall. När sjuksköterskor konfronterades med våld skedde ibland

fasthållningen osystematiskt och på ett okontrollerat sätt, då de instinktivt snabbt ville avlägsna hotet (Perkins et al. 2012). De beskrev att det inte existerade utrymme för att tänka efter inte heller att beröra känslolivet under en avskiljningsaktion. I Perkins et al (2012) studie beskrevs det att det ibland inte heller fanns utrymme att tänka på att utföra tvångsvårdsåtgärder som fysiskt tvång på ett etiskt sätt. Det nämndes även ett känslöengagemang hos sjuksköterskor då en avskiljning skedde som berörde känslan av misstro för hela handlingsprocessen (VanDerNagel et al. 2009; Perkins et al.2012) Enligt VanDerNagel et al. (2009) studie identifierades även känslan av välbehag relaterat till auktoritet och makt i anslutning till ett avskiljningsförlopp. Sjuksköterskor beskrev erfarenheter om hur de än handlade så var situationen omöjlig att sätta sig in i om den inte själv upplevts och när de kände att adrenalinet pumpade hann de inte utföra åtgärden i fråga på det sätt de var utbildade att göra (Perkins et al. 2012).

Sjuksköterskor redogjorde även för hur de uppfattade avskiljningsprocessen ur ett humanistiskt perspektiv. De ansåg tvångsåtgärder som avskiljning och fysisk tvång var förnedrande och en omänsklig handlingsåtgärd. De förklarade att det uppstod känslor som medömkan och skam för den patient som utattes för en avskiljningsprocess. Dessa känslor hade en tydlig koppling till fysiskt tvång som sjuksköterskorna måste tillämpa under en avskiljningsprocess för att förmå sig att placera patienten i avskiljningsrummet. Sjuksköterskorna beskrev att de uppfattade det som särskilt förnedrande för patienter som var betydligt äldre än sjuksköterskorna att utsättas för tvångsåtgärder och tillrättavisningar av någon som åldersmässigt kunnat vara deras barn (VanDerNagel et al. 2009).

Enligt Perkins et al. (2012) studie ansåg sjuksköterskor att horisontal fasthållning var berättigad då de ville skydda sig själva och andra. Den mest förekommande anledningen för fasthållning var våldsamma överfall på sjuksköterskor. Sjuksköterskorna tyckte att möjligheten att kunna göra genomtänkta beslut inte hanns med när situationen eskalerade och de måste få kontroll över situationen.

3.3.3 Fas 3 – Efter

En känsla av lättnad var tydligt sammankopplad med den tredje och sista fasen i en avskiljningsprocess. Sjuksköterskor beskrev en känsla av lättnad över att lyckats med att placera patienten i avskiljningsrummet. En del av sjuksköterskorna förklarade att de var

medvetna om att deras egen sinnesstämning var oprofessionell. De berättade även att det förekommit tillfällen då de skrattat högt efter avslutad process men förklarade att detta skedde till följd av det extrema anspänningstillstånd som de befunnit sig i under avskiljningsprocessens eskalationstopp (VanDerNagel et al. 2009).

Trots tidigare upplevda känslor som skuld, skam och frustration under avskiljningsprocessen nämnde många av sjuksköterskorna att avskiljning också hade positiva effekter. Den vanligaste upplevelsen var lättnad över att patienten fick adekvat hjälp men också att det skapade en säkrare miljö för sjuksköterskorna och övriga patienter på avdelningen (El Badri & Mellsop, 2008).

Åtgärderna när patienten var avskild var många. Basala behov möttes med att patientens önsningar förutsågs eller tillmötesgick. Övervakning skedde genom fönstret i dörren var femtonde minut för att iakttä humör, det fysiska tillståndet och bältena om de använts. Det rådde delade meningar kring om sjuksköterskor borde gå in i rummet var trettionde minut. En minoritet av sjuksköterskor ansåg att det var bäst att inte gå in i rummet, då majoriteten uppfattade det som fördelaktigt relaterat till möjligheten att utföra den kliniska bedömningen av patientens tillstånd (Larue et al. 2010).

Enligt Perkins et al. (2012) delgav sjuksköterskor att patienter som utsattes för tvångsvårdsåtgärd aldrig fick någon förklaring till åtgärden efteråt. Inte heller erbjöds patienten möjlighet att ventilera eller diskutera händelsen. De flesta sjuksköterskorna i Larue et al. (2010) studie uppfattade att det bästa för patienten och för bevarandet av en god relation mellan vårdgivare och vårdtagare var att förklara anledningen till varför patienten i fråga blev avskild och förloppet gestaltade sig. Vissa sjuksköterskor ansåg att det var bättre att fokusera på patientens upplevelse (Larue et al. 2010). Sjuksköterskor ansåg att behovet fanns för ventilationsmöjlighet hos patienten som utsatts för åtgärder då fysisk tvång varit inblandat (Perkins et al 2012). En del av sjuksköterskorna avslutade avskiljningen med att sätta upp gemensamma krav med patienten för att patienten ska kunna återvända till avdelningen. Dessa kriterier baseras ofta på anledningarna till avskiljningen från början (Larue et al. 2010). Stöd från kollegor ansågs vara av största vikt för klara av den emotionella stressen som tvångsvårdsåtgärder medförde. Jonker et al. (2008) visade att sjuksköterskor upplevde ett betydande stöd från kollegor när de utsattes för aggressivitet från patienterna, detta främst om sjuksköterskan hade lång erfarenhet. Trots att det ansågs som ett oprofessionellt beteende av

sjuusköterskorna så använde sig sjuusköterskorna av humor för att släppta spänningarna efter utförd åtgärd (Bigwood & Crowe, 2008).

Ett sätt att identifiera problem som uppstod under en avskiljning var att arbetslaget gick igenom redan utförd åtgärd och diskuterade möjligheter som kunde förbättra förfarandet till nästa gång. Det fanns även behov för en plattform för sjuusköterskorna att ventilerade sina egna känslor (La rue et al. 2010).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Huvudresultatet i föreliggande litteraturstudie visade att det råder en gemensam uppfattning om när tvångsåtgärder bör användas. Dock visade också artiklar i föreliggande studie att det råder en tvetydighet huruvida dessa åtgärder används korrekt och enligt lokalt vedertagna riktlinjer. Vidare visade resultatet att majoriteten av sjuusköterskorna förknippade tvångsåtgärder med negativa känslor och erfarenheter. Resultatet visade också på en motstridighet gällande sjuusköterskans känsloliv. Dessa motstridiga känslor visade sig på grund av etiska dilemman som uppstod bland annat när patienten fråntogs sin autonomi i syfte att desarmera en hotfull situation. Sjuusköterskornas erfarenheter gällande tvångsvårdsåtgärder tydde också på att de ibland användes för lättvindigt och utan en berättigad grund.

4.2 Resultatdiskussion

Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att utförandet av tvångsåtgärder och det känslospänn som visar sig före, under och efter en tvångsåtgärd är tämligen unik inom vården. Dessa åtgärder förekommer oftast i psykiatrin, men också sparsamt i somatiken, och då främst inom äldre- och demensvård (Goethals et al. 2013). De inkluderade artiklarna visade att utförandet av tvångsåtgärder medförde både fysiskt och psykiskt engagemang. Det fysiska engagemanget speglades av en okontrollerbar adrenalinrusning (Van Der Nagel et al. 2009) och det psykiska engagemanget speglades av flytkänslor, rädsla, stress och oro inför konflikten att utföra åtgärderna (Bigwood & Crowe 2009). Enligt Bigwood & Crowe ansåg

sjuksköterskor att det var en omöjlighet att förbereda sig inför utförandet av en tvångsåtgärd. Detta tror författarna till föreliggande studie grundar sig i att sjuksköterskor tyckte det var svårt att utföra åtgärden som man lärt sig och att situationerna ofta är väldigt olika varandra. När tvångsåtgärden väl utfördes skedde det mekaniskt och utan eftertanke. Sjuksköterskorna beskrev att det rationella tänkandet lades åt sidan och överlevnadsinstinkten tog över istället för att hålla sig till riktlinjer och utbildning (Perkins et al. 2012). Detta förklarade också skuld känslorna som uppstod hos sjuksköterskan och ökar förståelsen för dessa. Författarna av föreliggande studie identifierade att sjuksköterskorna utsätts för ett emotionellt kaos och en psykisk påfrestning när tvångsåtgärder utförs.

Tvångsåtgärder framkallade känslor av skuld och skam hos sjuksköterskan gentemot patienten (Van Der Nagel et al. 2009). När en patient var psykotisk hade hon/han sällan någon sjukdomsinsikt och ansåg att tvångsåtgärden var orättfärdigad. Patienten hade ingen insikt i situationen vilket bidrog till konflikt och stress hos sjuksköterskan. Enligt Socialstyrelsen är det av stor vikt att informera patienten efter utförd tvångsåtgärd om varför tvångsåtgärden vidtogs (SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*). Psykotiska patienter hade ibland också svårt att minnas vad som hänt efter deras psykotiska tillstånd behandlats (Hoekstra et al. 2004) och hade ofta svårt att minnas vad som hänt efter episoder av tvångsåtgärder (Mattson, 2010).

Sjuksköterskor ansåg att det fanns stora svårigheter i att kommunicera med psykotiska patienter (Alty 1997), och därför kan Socialstyrelsens riktlinjer (2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*) om patientinformation vara svåra att uppfylla. Patienter rapporterade känslor av förnedring och att de blev orättvist behandlade när de blev utsatta för tvångsåtgärder (Holmes et al. 2004). Detta kan bero på en grav problematik för sjuksköterskan att kommunicera med psykotiska patienter, och när anledningen för åtgärden var oklar för patienten uppstod känslor hos patienten av att vara oförrettad. Sammantaget orsakade detta skam- och skuld känslor hos sjuksköterskan. Författarna till föreliggande studie har identifierat att det fanns ett behov av att ventilerade känslor efter en tvångsåtgärd och sjuksköterskor upplevde att de inte kunde prata med andra på grund av den unika karaktären av tvångsåtgärder. Det tycks finnas ett behov av debriefing efter dessa åtgärder, ett behov som för tillfället inte tillgodoses.

Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna ansåg att patienten hade negativa känslor förknippade med tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna identifierade känslor hos patienten som värdelöshet, försumning (El-Badri & Mellsoy 2008), frustration och ilska mot

sjuusköterskor (Gelkopf et al. 2009; Happel & Koehn 2010). Sjuusköterskorna uppfattade det också som att dessa åtgärder var förnedrande för patienten (Van Der Nagel et al. 2009). Detta stämde väl överens med vad Hoekstra et al. (2004) och LaRue et al. (2013) kom fram till i sina studier ur patientperspektiv, där patienterna identifierade känslor av förnedring, ensamhet och en känsla av att vara frihetsberövade. I båda dessa studier identifierades liknande teman som i föreliggande studie. Då båda dessa studier sträcker sig över föreliggande studies tidsperiod såg författarna av föreliggande studie ett oförändrat resultat. Detta tydde på en etiskt problematiskt situation då det inte går att frånga att patienten fråntas sin autonomi i samband med tvångsåtgärder och så länge dessa tvångsåtgärder används kommer de vara förenliga med en etisk problematik.

Trots att majoriteten av sjuusköterskorna rapporterade negativa känslor i anslutning till utförandet av tvångsåtgärder identifierade VanDerNagel et al. (2009) känslor av välbehag relaterat till makt i sitt resultat. Detta strider mot Emanuel Kants pliktetikteori, då handlingen ska motiveras av den goda viljan. Författarna till föreliggande studie tror, baserat på personliga erfarenheter, att det också finns ett stort mörkertal som känner välbehag av att utföra tvångsåtgärder men att det är ett tabu att erkänna att sådana känslor existerar eftersom det strider mot etik och moral. Resultatet i föreliggande studie visade att personliga karaktärsdrag spelar roll för beslutet att använda tvångsåtgärder (Perkins et al. 2012;). Detta kan i förlängningen ses som en indikation på att liknande känslor förekommer.

Sjuusköterskorna såg våld och hot som något självklart i arbetsmiljön, och att det var naturligt inom psykiatri (Bigwood & Crowe, 2010; Perkins et al., 2012; Moylan & Cullinan, 2011). Sjuusköterskor som utsattes för våld på arbetsplatsen löpte större risk att bli psykiskt påverkad (Atan et al, 2012; Moylan & Cullinan 2011). Förutom att vara traumatiskt för stunden kan detta få långvariga konsekvenser och kan orsaka en högre frekvens i användandet av tvångsåtgärder i linje med Happell & Koehn (2011), där man såg att ett samband mellan bristande trivsel på arbetsplatsen, emotionell utbrändhet och en högre frekvens av tvångsåtgärder. I kontrast till detta visade Moylan & Cullinan (2011) att sköterskor som utsatts för våld och blivit skadade tog beslutet att avskilja och använda fysiskt tvång senare i patientens aggressionsförlopp.

Enligt Kontio et al. (2012) och Alty (1997) kunde den terapeutiska alliansen ta skada av att patienten utsattes för tvångsåtgärder. Den terapeutiska alliansen kunde dock bibehållas (Larue

et al. 2010) och ibland även stärkas (Bigwood & Crowe, 2008) efter utförd tvångsåtgärd. Resultatet i föreliggande studie tyder på att det kritiska momentet för att den terapeutiska alliansen ska förbli intakt var att gå igenom händelsen med patienten och låta patienten ventilera sina upplevelser efter utförd tvångsåtgärd. Detta styrks också av Hoekstra et al. (2004), vars studie visade att debriefing var en viktig del av patientens coping efter en tvångsåtgärd, och Kontio et al. (2012) ansåg att det var ett absolut krav för en god, patientcentrerad vård inom psykiatri. Detta står i kontrast till Perkins et al. (2012) resultat där patienterna aldrig ens erbjöds att samtala efteråt, eller fick en förklaring till varför åtgärden vidtogs. Kontio et al. (2012) bekräftade också en brist på information till patienten rörande vad som hänt och varför. Detta är också ett problem i relation till Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*) som säger att en patient måste bli informerad om varför åtgärden vidtogs, och samma riktlinjer betonar också vikten av att patienten blir erbjuden samtal efter åtgärden. Detta representerade en problematik där sjuksköterskorna inte erbjöd debriefing för patienten, vilket kan leda till att patienten tappar förtroende för sjuksköterskan. Detta kan leda till en ovilja från patienten att delta i sin vård, eller en ovilja att ta emot vård, vilket i sin tur kan mynna ut i att patienten inte får bästa möjliga vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2014:822 *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen*). Det blir också en nackdel för sjuksköterskan, en nackdel som yttrar sig i onödiga svårigheter i patientkontakten i yrkesutövandet.

Den terapeutiska alliansen kan också ha betydelse när det kommer till sjuksköterskans beslut att använda en tvångsåtgärd. Om sjuksköterskan var bekant med patienten och dess beteende var det lättare att avgöra om en tvångsåtgärd var nödvändig (Perkins et al. 2012). Enligt författarna till föreliggande studie bidrar god kännedom om patienten också till att ge sjuksköterskan en trygghet och en bredare kunskap för att kunna avdramatisera situationen på ett effektivt sätt.

Enligt El-Badri & Mellso (2008), Perkins et al. (2012) och Happell & Koehn (2010) skedde tvångsåtgärder ofta förhastat, vilket är ett problem då riktlinjerna hade tydligt beskrivna indikationer för när tvångsåtgärder skulle vidtas. Dessa riktlinjer finns för att patienten inte oberättigat ska bli utsatt för en tvångsåtgärd. Detta speglas också i Emanuel Kants pliktetikteori som säger att handlingsregeln, i detta fall riktlinjerna, ska kunna fungera som en allmän lag. Kant menar också att handlingsregeln ska utföras på samma sätt vid varje

liknande situation, vilket kan bidra till att tvångsåtgärder inte används oerättigt och med tydliga indikationer enligt riktlinjerna. Trots detta var det inte ovanligt att patienter blev utsatta för tvångsåtgärder oerättigt och förhastat, enligt sjuksköterskorna i de granskade studierna. Enligt Perkins et al. (2012) berodde detta till stor del på rädsla, otillräckligt självförtroende och bristande tilltro till att själv kunna avdramatisera situationen. Författarna till föreliggande studie anser att sjuksköterskornas känsloliv relaterat till en pressad situation, stress och rädsla påverkar beslutet till tvångsåtgärd och i vilket skede beslutet tas.

Bristen på alternativ tycks också vara ett problem vad gäller förhastade beslut. Enligt El-Badri & Mellsop (2008) ansåg sjuksköterskorna att de skulle gynnas av mera utbildning i alternativa tillvägagångssätt innan tvångsåtgärd blir aktuell. Patienter har också rapporterat att de i egenskap av patient saknar alternativ till avskiljning (Kontio et al 2012). Mera utbildning skulle också skapa en tryggare grund för att ta beslut om tvångsåtgärd, då en del sjuksköterskor enligt Perkins et al. (2012) ansåg att en stabil grund saknades och därför togs beslut baserat på känslomässiga faktorer istället för riktlinjer och utbildning. Då en bidragande faktor till skuld och skamkänslor var att sjuksköterskorna inte kände att alla alternativ var utforskade (Perkins et al. 2012; Bigwood & Crowe 2008) innan åtgärden vidtogs skulle mer utbildning i alternativa tillvägagångssätt kunna bidra till en minskning av dessa negativa känslor.

Bigwood & Crowe (2008), El-Badri & Mellsop (2008), Gelkopf et al. (2009), Happell & Koehn (2011), Happel & Koehn (2010), Jonker et al. (2010) och Moylan & Cullinan 2010 använde sig alla av ett bekvämlighetsurval. Enligt Polit & Beck (2012) är denna typ av urvalsmetod enkel och effektiv, men skänker studierna låg trovärdighet. För just dessa typer av studier fungerar det dock bra, då det krävs att urvalet kommer från en speciell klinisk miljö (Polit & Beck 2012), i detta fall psykiatrisk slutenvård. Vidare anser Polit & Beck (2012) att forskare som väljer att använda bekvämlighetsurval bör anstränga sig för att variera populationen för att öka generaliserbarheten.

Strategiskt urval användes av Larue et al. (2010), Moran et al. (2004) och Rose et al. (2013). Med denna typ av urval kan forskarna strategiskt välja inklusionskriterier för deltagarna vilket gör att forskarna kan välja specifikt vilken population som representeras. Således ökar generaliserbarheten hos den population som forskarna valt ut (Polit & Beck 2012).

I Perkins et al. (2012) och VanDerNagel et al. (2009) beskrevs urvalsmetoden ot tydligt eller inte alls. Detta gör att studierna får en lägre validitet (Polit & Beck 2012).

4.3 Metoddiskussion

I föreliggande litteraturstudie identifierade författarna ett antal svagheter. Vid sökningarnas början fanns inklusionskriterierna att studierna skulle vara kvalitativa och publicerade 2009-2014. Efter svårigheter att få en tillfredsställande kvantitet av studier som svarade på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställningar utökades sökningen till artiklar publicerade mellan år 2004-2014. Då önskad kvantitet fortfarande inte uppnåddes utökades inklusionskriterierna att också inkludera kvantitativa artiklar. Detta frångick författarnas grundtanke om att endast inkludera kvalitativa studier. Att publiceringsår utökades sänker studiens aktualitet vilket leder till att informationen i inkluderade studier kanske inte är uppdaterad. Detta får ses som en svaghet i föreliggande studie.

Författarna till föreliggande studie har valt att ha en deskriptiv design. Denna design passar enligt Polit & Beck (2012) bra vid kvalitativ ansats som syftar till att skapa förståelse och tolkning av den subjektiva upplevelsen av ett fenomen. Författarna till föreliggande studie valde att också inkludera kvantitativa studier. Dessa studier representerar i större utsträckning sjuksköterskors uppfattning än deras subjektiva upplevelser. Författarna till föreliggande studie justerade därför syftet under arbetsprocessen till att studera erfarenheter istället för upplevelser.

Författarna till föreliggande studies önskemål var att sökningarna skulle utgå från MeSH-termer. Under de preliminära sökningarna framgick att MeSH-termer inte existerade för ämnet författarna ville studera. Därför skedde sökningarna i fritext, vilket författarna anser är en metodologisk svaghet. Booleanska söktermer AND användes för att precisera sökandet. I söktabellen (se Appendix 1) ses också att två söktermer resulterade i närmare 200 träffar var, varav endast 1 studie vardera valdes. Detta får ses som en svaghet i författarnas metod, men det var nödvändigt för att nå en tillfredsställande kvantitet av studier.

Studierna som inkluderats är genomförda i västvärlden och därför ökar generaliserbarheten för dessa länder. Författarna till föreliggande studie ställer sig dock frågande till hur

riktlinjerna angående tvångsåtgärder är utformade i de länder där studierna utfördes. Anledningen till att författarna inte har undersökt riktlinjerna för tvångsåtgärder för de individuella länderna beror främst på den begränsade tiden som avsatts för studien. Författarna har dock tolkat det utvalda materialet som att de etiska riktlinjerna är snarlika i alla länder som studierna inkluderat. Inte heller lagarna kring tvångsvård och tvångsåtgärder i dessa länder har studerats närmare av författarna till föreliggande studie.

Innan sökningen utökades fanns en otillräcklig kvantitet av studier som svarade på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställningar. Detta kan enligt författarna av föreliggande studie ses som både en styrka och en svaghet. Studien ges relevans då det inte finns en mängd forskning kring ämnet, men svagheten blir att författarna av föreliggande studie tvingades frångå sitt ursprungliga syfte och frågeställningar. En annan styrka i föreliggande studie är att mycket av den tidigare forskningen kring samma ämne är ur ett patientperspektiv, vilket gör det relevant att sammanställa vad forskningen uttrönat kring sjuksköterskornas erfarenheter.

En annan aspekt som författarna till föreliggande studie anser problematisk är att i de granskade artiklarna är det ibland oklart om erfarenheten verkligen gäller sjuksköterskor. Flera artiklar sorterades bort då de tydligt behandlade både sjuksköterskor och annan personal. I de inkluderade artiklarna gjorde rubriker och urval gällande att resultatet gällde sjuksköterskor, men i resultatet har författarna använt termer som personal och vårdpersonal. Detta gör att författarna av föreliggande studie anser det något oklart om det är sjuksköterskor eller undersköterskor en del resultat gäller. Detta är en svaghet i föreliggande studie och sänker trovärdigheten för studien.

För att bedöma generaliserbarheten för föreliggande studie granskade författarna studiernas urvalsmetod. Två av de granskade artiklarna beskrev urvalsmetoden otydligt och därför är det omöjligt att bedöma generaliserbarheten. Sju av tolv inkluderade artiklar använde sig av bekvämlighetsurval vilket är den svagaste metoden för generaliserbarhet och trovärdighet (Polit & Beck 2012). Tre artiklar använde sig av strategiskt urval, vilket ger en hög generaliserbarhet och trovärdighet på en liten, smalt definierad population (Polit & Beck 2012).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Författarna av föreliggande studie vill att studien ska bidra till en förståelse för den emotionella stressen för sjuksköterskan och den etiska problematiken som tvångsåtgärder innebär. Om sjuksköterskan är medveten om de negativa känslor som genomsyrar både sjuksköterskans och patientens upplevelser och erfarenheter i anslutning till tvångsåtgärder, kan sjuksköterskan bejaka och applicera dessa kunskaper vilket kan leda till en ökad vårdkvalitet och en tryggare sjuksköterska.

4.5 Förslag på vidare forskning

Roten till sjuksköterskornas illabefinnande i anslutning till tvångsåtgärder tycks vara en kombination av etiska dilemman, ett värnande om patientens välmående och att det inte finns tillräckliga alternativ till åtgärden. Detta skulle i stort sett kunna undvikas om det fanns tillgång till alternativ eller om sjuksköterskan kunde desarmera situationen på ett bra sätt. Sjuksköterskor efterfrågade utbildning i alternativa metoder vid konflikt. Eftersom resultatet i de granskade artiklarna visade att i stort sett alla inblandade vid avskiljning och fysiskt tvång har negativa upplevelser, och att sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns något rimligt alternativ till avskiljning och fysiskt tvång kan forskning behövas inom området alternativa behandlingsåtgärder till tvångsåtgärder. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser också att forskning skulle behövas inom den konkreta konflikthantering som involverar sjuksköterskor och patient, och hur man med hjälp av verbal kommunikation kan avvärja och undvika de situationer som kräver tvångsåtgärder.

4.6 Slutsats

Resultatet visade att majoriteten av sjuksköterskor ansåg att tvångsvårdsåtgärder medförde negativa erfarenheter. Ett återkommande tema i samband med tvångsvårdsåtgärder var en motstridighet av känslor hos sjuksköterskorna till följd av det etiska dilemman som uppstod. Gemensamma erfarenheter identifierade att tvångsvårdsåtgärder användes för lättvindigt. Alternativa åtgärder bör få mer utrymme att implementeras i den kliniska praktiken. Det bör även utvecklas ett ventilationsforum för sjuksköterskor som kommer i kontakt med tvångsåtgärder för möjlighet till diskussion samt en förbättring av förfarandet.

5. Referenslista

- Alty, A. 1997, "Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust", *Journal of advanced nursing*, vol. 25, no. 4, pp. 786-793.
- Atan, S.Ü., Arabaci, L.B., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Guler, M.U., Oflaz, U., Ozdemir, G.Y. & Tasbasi, F.Y. 2013, "Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 20, no. 10, pp. 882-889.
- Bigwood, S. & Crowe, M. 2008, "'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint", *International journal of mental health nursing*, vol. 17, no. 3, pp. 215-222.
- El-Badri, S. & Mellsoy, G. 2008, "Patient and staff perspectives on the use of seclusion", *Australasian Psychiatry*, vol. 16, no. 4, pp. 248.
- Eren, N. 2014, "Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings", *Nursing ethics*, vol. 21, no. 3, pp. 359-373.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbluff, N. & Bleich, A. 2009, "Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 12, pp. 758-763.
- Goethals, S., Dierckx de Casterle, B. & Gastmans, C. 2013, "Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study", *International journal of nursing studies*, vol. 50, no. 5, pp. 603-612.
- Happell, B. & Koehn, S. 2011, "Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion", *Journal of advanced nursing*, vol. 67, no. 6, pp. 1222-1231.
- Happell, B. & Koehn, S. 2010, "Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference?", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 21-22, pp. 3208-3217.
- Happell, B. & Koehn, S. 2011, "Impacts of Seclusion and the Seclusion Room: Exploring the Perceptions of Mental Health Nurses in Australia", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 25, no. 2, pp. 109-119.
- Henriksen, J. & Vetlesen, A.J. 2011, *Etik i arbete med människor*, 2:15 edn, Studentlitteratur AB, Lund.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H. & Jansen, M.G. 2004, "Seclusion: the inside story", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 11, no. 3, pp. 276-283.
- Holmes, D., Kennedy, S.L. & Perron, A. 2004, "The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25, no. 6, pp. 559-578.
- Janssen, W.A., van de Sande, R., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L., Bowers, L., Mulder, C.L., Smit, A., Widdershoven, G.A. & Steinert, T. 2011, "Methodological issues in monitoring the use of coercive measures", *International journal of law and psychiatry*, vol. 34, no. 6, pp. 429-438.
- Jonker, E.J., Goossens, P.J., Steenhuis, I.H. & Oud, N.E. 2008, "Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 15, no. 6, pp. 492-499.

- Kontio, R., Valimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010, "Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint?", *Nursing ethics*, vol. 17, no. 1, pp. 65-76.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012, "Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives", *Perspectives in psychiatric care*, vol. 48, no. 1, pp. 16-24.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012, "Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives", *Perspectives in psychiatric care*, vol. 48, no. 1, pp. 16-24.
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.H., Bonin, J.P. & Baba, N. 2013, "The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 34, no. 5, pp. 317-324.
- Larue, C., Dumais, A., Drapeau, A., Menard, G. & Goulet, M.H. 2010, "Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, no. 12, pp. 785-792.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Menard, G. & Goulet, M.H. 2010, "The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, no. 3, pp. 208-215.
- Mattson, M. 2010, "Psykosser" in *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*, ed. I. Skärsäter, pp. 95.
- Mohr, W.K. 2010, "Restraints and the code of ethics: An uneasy fit", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 24, no. 1, pp. 3-14.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniuliene, V. & Valimäki, M. 2009, "Restraint and seclusion: a distressing treatment option?", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 16, no. 7, pp. 599-605.
- Moylan, L.B. & Cullinan, M. 2011, "Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 18, no. 6, pp. 526-534.
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D. & Whittington, R. 2012, "Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?", *International journal of law and psychiatry*, vol. 35, no. 1, pp. 43-49.
- Polit, D.F. & Tatano Beck, C. 2012, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn, Lippincott & Williams.
- Raboch, J., Kalisova, L., Nawka, A., Kitzlerova, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S. & Kallert, T.W. 2010, "Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries", *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, vol. 61, no. 10, pp. 1012-1017.
- Rose, , Evans, J., Laker, C. & Wykes, t. 2013, "Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses.", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, , pp. doi: 10.1017/S2045796013000693.
- Sapey, B. 2013, "Compounding the trauma: the coercive treatment of voice hearers", *European Journal of Social Work*, vol. 16, no. 3, pp. 375-390.

- Socialdepartementet 1982, *Hälso- och sjukvårdslag*, 1982:763 edn, Regeringskansliet, Stock.
- Socialstyrelsen 2009, *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*, 1st edn, Edita Västra Aros AB, Västerås.
- Socialstyrelsen 2008, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*, 2008:18 edn, Stockholm, Stockholm.
- Socialstyrelsen Stockholm 2012, 2012-04-23-last update, *Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)*. [Homepage of Socialstyrelsen], [Online]. Available: [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard\(lrv\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard(lrv)) [2014, 04/18].
- Socialstyrelsen Stockholm 2012, 2012-04-23-last update, *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* [Homepage of Socialstyrelsen], [Online]. Available: [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard\(lpt\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard(lpt)) [2014, 04/18].
- Socialstyrelsen 2009, 06/09-last update, Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Homepage of Socialstyrelsen], [Online]. Available: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2014, 10/13]
- VanDerNagel, J.E., Tuts, K.P., Hoekstra, T. & Noorthoorn, E.O. 2009, "Seclusion: the perspective of nurses", *International journal of law and psychiatry*, vol. 32, no. 6, pp. 408-412.