

ATT VÅRDAS MOT SIN VILJA

Patientens upplevelse av tvångsvård

Sandra Enarson & Karin Mårtensson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Chatarina Löfqvist Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett stort tack till alla som hjälp och stöttat oss under arbetets gång. Ett extra tack till Lilas Ali, som handlett oss och funnits där som ett stöd genom hela processen. Vi vill även tacka varandra för ett gott samarbete och uppmuntran vid påträffade motgångar.

Titel (svensk)	Att vårdas mot sin vilja – patientens upplevelse av tvångsvård
Titel (engelsk)	To be involuntarily admitted - The patient's experience of involuntary commitment
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare	Sandra Enarson & Karin Mårtensson
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning:

Bakgrund: Psykisk ohälsa kan drabba personer i alla åldrar och har en påverkan på personens liv. Flera diagnoser, till exempel depression, psykosjukdomar samt bipolär sjukdom, inkluderas under begreppet psykisk ohälsa. Runt om i världen lider 431 miljoner människor av endast dessa tre diagnoser. I Sverige regleras sjukvården av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och ofrivillig vård i Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Tvångsvård innebär att personen vårdas mot sin vilja och vården ska syfta till att minska lidande samt sträva mot att patienten ska acceptera frivillig vård. *Syfte:* Syftet var att belysa patienters upplevelser av tvångsvård vid slutna psykiatrisk vård. *Metod:* Den metod som användes var en litteraturöversikt baserad på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Cinahl Headings och MeSH-termer användes i databaserna Cinahl och Scopus för att hitta relevanta artiklar. Två av artiklarna hittades genom manuell sökning. Artiklarna granskades utifrån en modifierad mall baserad på granskningsmallen av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Den teoretiska referensram som låg till grund för litteraturstudien var personcentrerad vård. *Resultat:* Vanligt förekommande upplevelser av ofrivillig vård var att patienterna kunde se den som nödvändig, att tvångsvård hade en stor påverkan på patientens integritet och autonomi samt att personalen hade stor inverkan på upplevelsen. Patienterna uttryckte att de fått bristfällig information och att de inte kände sig delaktiga i vården. *Slutsats:* Det framkom både positiva och negativa erfarenheter av tvångsvård. Personcentrerad omvårdnad ger patienten mer inflytande i sin vård vilket kan leda till att patientens integritet och autonomi bevaras i större utsträckning under den ofrivilliga vården.

Nyckelord: Psykiska störningar, tvångsvård, tvång, psykiatrisk vård, upplevelse

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykisk ohälsa	1
Lagar	1
Tvångsvård	2
Omvårdnad vid psykisk ohälsa	3
Autonomi	3
Integritet	4
Personcentrerad vård	4
Sjuksköterskan och personcentrering	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Studiedesign	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Resultat	9
Att behandlas under tvångsvård	9
Tvångsvård kan upplevas som nödvändigt	9
Möjligheter att förhindra tvångsvård	9
Tvångsvård påverkar patientens autonomi och integritet	10
Upplevelser av omvårdnad	11
Vikten av information	12
Delaktighet i vården	13
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
Referenslista	19
Bilaga 1	23
Bilaga 2	24

Inledning

Enligt Folkhälsorapporten 2009 (Socialstyrelsen, 2009) finns det indikationer på att den psykiska ohälsan i samhället ökar. I Sverige vårdas dagligen cirka 3000 personer under tvångsvård (Socialstyrelsen, u.å.-c). Vården av personer med psykisk ohälsa ska vara säker, jämlik, kunskapsbaserad och av bra kvalitet, vilket inte uppfylls idag (Socialstyrelsen, 2015).

Det finns få studier som undersöker patienters upplevelse av att få sin frihet berövad genom psykiatrisk tvångsvård (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä, & Välimäki, 2007). Patientens erfarenhet kan ge nya perspektiv och är en viktig grund i hur omvårdnaden ska planeras och genomföras (Kuosmanen et. al., 2007). Rädsla för eventuella tvångsåtgärder bidrar till att personer med psykisk ohälsa i viss mån undviker att söka vård (Swartz, Swanson, & Hannon, 2003). Kunskapen om patienters upplevelser är därför viktig för sjuksköterskans kompetens och förmåga att bidra till en god vård.

Psykisk ohälsa är utbredd i samhället och ungefär en tredjedel av populationen i Sverige lider av olika psykiska besvär (Pellmer, Wramner, & Wramner, 2012). Det innebär att sjuksköterskan kan komma att vårda personer med psykisk ohälsa även i den somatiska vården (Skärsäter, 2009). Sjuksköterskor som möter patienter utanför psykiatrin kan ta lärdom av de upplevda erfarenheterna av tvångsvård för att bättre bemöta och interagera med patienten. Det råder även brist på psykiatrisjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2013), vilket gör att flera grundutbildade sjuksköterskor arbetar inom psykiatrivården i Sverige. Denna kunskap är därför aktuell för alla sjuksköterskor.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Ordet psykiatri betyder ”vetenskapen om psykiska sjukdomar och deras behandlingar” och kommer av grekiskans psyche som betyder själ och iatreia som kan översättas till läkekonst (Allgulander, 2014). Psykisk ohälsa inkluderar många olika sjukdomar, så som depression, schizofreni och andra psykossjukdomar, samt bipolär sjukdom. I världen lider ungefär 350 miljoner människor av depression, 21 miljoner av schizofreni och andra psykossjukdomar samt 60 miljoner av bipolär sjukdom (World Health Organization, 2015). Psykisk ohälsa har en stor inverkan på personens liv och kan drabba personen när som helst i livet (Allgulander, 2014). Det är även den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro och sjukersättning (Pellmer et al., 2012).

Lagar

Sjukvården i Sverige styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763). Målet med HSL är att ge en jämställd och god vård till alla medborgare (Dunér & Blomqvist, 2009). Även frivillig psykiatrisk vård regleras enligt HSL (Pellmer et al., 2012). I situationer där frivillig vård inte är aktuell kan patienten vårdas under tvång. Enligt World Health Organization (2003) ska tvångsvård endast användas i undantagsfall. Målet med tvångsvården är att vårda i ett akut skede och att få

patienten att acceptera vården frivilligt (Ottosson & Ottosson, 2007; Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). De fall där tvångsvård får lov att användas ska vara tydligt dokumenterade och ha lagligt stöd. Merparten av alla länder i världen har någon form av lagstiftning som berör psykiatrisk tvångsvård (Arlebrink, 2010). Exempel på lagar är Mental Health Act 1983 som reglerar tvångsvården i England (The National Archives, u.å.) och Irish Mental Health Act 2001 i Irland (Irish Statute Book, 2001). I Sverige regleras den ofrivilliga vården framförallt i Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128). Enligt LPT måste patienten uppfylla tre kriterier för att kunna vårdas under tvång i slutenvård. Personen ska lida av en allvarlig psykisk störning, vara i behov av vård dygnet runt och motsätta sig vård (Socialstyrelsen, u.å.-a). För att användning av lagen ska bli aktuell krävs att en läkare upprättar ett vårdintyg. Senast 24 timmar efter att patienten inkommit till sjukhus ska en specialistutbildad läkare besluta om eventuell intagning. Anses patienten behöva tvångsvård under längre tid än 4 veckor måste det godkännas av länsrätten (Ottosson & Ottosson, 2007; Skårderud et al., 2010).

I Sverige regleras även patientens rättigheter vid tvångsvård i LPT. Patienten har bland annat rätt att få veta sina rättigheter, läsa lagtexten i LPT, överklaga intagningen till förvaltningsrätten och ha närstående med vid planeringen av behandlingen. En vårdplan ska upprättas tillsammans med patienten. Patienten har också rätt att begära en stödperson som utses av en nämnd, och ska få information om den rättigheten. Personen ska fungera som ett stöd under vårdtiden och bland annat bistå patienten i personliga frågor. Stödpersonens uppdrag kan kvarstå upp till fyra veckor efter utskrivningen (SFS 1991:1128).

Tvångsvård

Anledningen till att patienter vårdas under tvång är att utebliven vård väntas resultera i fortsatt lidande. Vårdandet har som mål att återbringa patienten hälsa och att skydda patienten samt andra i dess omgivning (Ottosson & Ottosson, 2007). Under tvångsvård har personalen rätt att utföra vissa tvångsåtgärder som exempelvis kroppsvisitering och omhändertagande av personliga ägodelar. Andra tvångsåtgärder som förekommer är avskiljning, fastspänning och tvångsmedicinering. Även patienter som inte vårdas under tvång kan utsättas för visst tvång, till exempel genom att vårdas på en låst avdelning och därmed inte kunna lämna avdelningen när man vill. Forskning har visat att patienter som vårdats frivilligt upplevt sig vara tvångsvårdade trots att de vårdats enligt HSL. Något som framkommit är att dessa patienter upplevt tvångsmedicinering då de mot sin vilja övertalats till medicinering (Arlebrink, 2010). Enligt en studie av Wallsten och Kjellin (2004) förekommer det missförstånd bland patienterna som vårdades inom psykiatri huruvida de vårdas under tvång eller inte. En femtedel av patienterna som vårdades under tvångsvård uppgav att de inte vårdades under tvång eller att de inte visste om att de gjorde det. Av de frivilligt vårdade patienterna trodde en lika stor andel att de var inlagda under tvång eller uppgav att de inte visste. Studien utfördes i Sverige men forskarna hävdar att samma förhållanden gäller internationellt.

De tvångsåtgärder som används inom vården har sammanställts av Tännjö (1995). Tvångsåtgärderna delas in i två olika grupper. Den första gruppen inkluderar åtgärder som utförs mot patientens vilja och den andra gruppen de åtgärder där patienten är positiv till tvångsåtgärden eller att man gör något utefter ett antagande om patientens bästa. De åtgärder som ryms inom åtgärder mot patientens vilja är (i) paternalistiskt

tvång, som innebär tvångsåtgärder mot en beslutskapabel patient för att skydda patienten, (ii) preventivt tvång, vilket utförs för att skydda andra människor från patienten och (iii) straffrättsligt tvång då tvångsåtgärden riktas mot en patient med stöd av kriminallagstiftning. Inom den andra gruppen ryms två olika typer av tvångsåtgärder. Det homeriska tvånget, där tvångsåtgärden utförs i skydd till patienten och då patienten gett medgivande i ett tidigare skede. Den andra typen utgör presumerat tvång där patienten inte är i stånd att ta ett beslut om åtgärden, men kan antas ställa sig positiv till vården. Inom svensk sjukvård är det åtgärder av presumerat och preventivt slag som används, då de patienter som vårdas under LPT ej kan anses beslutskapabla (Arlebrink, 2010).

Omvårdnad vid psykisk ohälsa

Sjuksköterskan har en viktig roll i patientens vård. Utifrån ett helhetsperspektiv ska sjuksköterskan planera patientens omvårdnad. Omvårdnaden bygger på två delar, dels handlingen som genomförs och relationen genom vilken denna genomförs. Detta ställer alltså krav på en relation mellan sjuksköterskan och patienten som bygger på kommunikation och interaktion. Faktorer som är viktiga för en god och givande relation är att sjuksköterskan visar medmänsklighet och empati (Skärsäter, 2009).

Målet med omvårdnaden är bland annat att lindra patientens psykiska lidande, inge hopp och trygghet, sträva mot återgång till en normal vardag samt att patienten får verktyg för att hantera sin psykiska ohälsa (Skärsäter, 2009). Det är väsentligt att sjuksköterskan försöker främja patientens hälsa samt arbetar för att patientens resurser ska tas i beaktande oavsett patientens psykiska ohälsa (Skärsäter, 2009). I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) står det att sjuksköterskan ska ha förmåga att se det friska och tillvarata patientens resurser.

Sjuksköterskor som jobbar med patienter som vårdas ofrivilligt ställs inför etiska dilemman då vården av dessa patienter skiljer sig åt från vården av de som är inlagda frivilligt. Arbetet kan innebära att man medverkar i situationer som kränker patientens autonomi och integritet (Arlebrink, 2010). Sjuksköterskan ansvarar för att göra patienten delaktig i sin vård och behandling, utefter patientens situation (Socialstyrelsen, 2005). Tvångsåtgärder innebär att man utför något med patientens bästa i åtanke, trots motsättningar från patienten. Studier visar att sjuksköterskor försöker förstå hur det upplevs av patienten att vara fastspänd, för att på så sätt kunna ge så bra omvårdnad som möjligt (Arlebrink, 2010).

Autonomi

Begreppet autonomi skildrades tidigt av omvårdnadsteoretikerna Florence Nightingale och Virginia Henderson. Autonomi handlar om rätten till självbestämmande och självständighet (Eldh, 2009). När man blir sjuk och behöver vård har vårdpersonalen stor påverkan på patientens autonomi. Det är viktigt att personalen försöker stärka patienten som individ och inte handla på ett sätt som stärker maktskillnaden. En patients autonomi blir begränsad vid tvångsvård då patienten själv motsätter sig de beslut som tas (Arlebrink, 2010). När en patient motsätter sig vård kan det uppstå en konflikt mellan personalens vilja att göra gott och patientens rätt till autonomi (World Medical Association, 2009). Vid ofrivillig vård är det därför extra viktigt att personalen arbetar med att stärka patientens autonomi i den mån det är möjligt (Arlebrink, 2010).

Integritet

Begreppet integritet innebär att varje person har ett eget värde och förtjänar att bli behandlad med respekt (Ottosson & Ottosson, 2007). Enligt HSL ska vården grundas på hänsyn för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763). Begreppet kan delas in i många olika aspekter, men två av dessa är den själsliga och kroppsliga integriteten (Arlebrink, 2010).

Den själsliga integriteten handlar bland annat om ens personliga åsikter och värderingar. Det inkluderar människans rätt att få behålla vissa ståndpunkter för sig själv. Den kroppsliga integriteten innebär att man själv styr och bestämmer över sin egen kropp (Arlebrink, 2010).

Vid tvångsvård blir det en etisk motsättning mellan patientens integritet och vårdens vilja att hjälpa. Enligt Arlebrink (2010) kränks den kroppsliga integriteten genom att patienten inte kan styra över den egna kroppen, till exempel vid fastspänning. Tvångsvård gör även intrång på den själsliga integriteten då patienten fräntas sin förmåga att besluta över sin egen vård. Intrång på integriteten skapar ett maktförhållande mellan patienten och vårdpersonal, där patienten är i underläge (Arlebrink, 2010).

Personcentrerad vård

Vården har länge grundats på det biomedicinska perspektivet i mötet med patienterna. Det biomedicinska perspektivet innebär ibland att patienten förminskas till sin sjukdom och sjukvårdens uppgift inom perspektivet är att bota det sjuka. Detta synsätt har med tiden kommit att kritiserats då man eftersträvat ett mer holistiskt synsätt (Edvardsson, 2010a). Ett annat perspektiv som växt fram är begreppet personcentrering, som förespråkar en vård där patienten står i centrum (McCormack & McCance, 2010). Personcentrerad vård kan inte likställas med individfokuserad vård då personcentrerad vård ser personen som en del i ett socialt sammanhang med närstående eller andra viktiga personer. Det sociala nätverket påverkar personens bild av sig själv samt upplevelsen av hälsa och ohälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Personcentrerad vård innebär en humanistisk och god vård, och ska syfta till att främja hälsa definierad av den enskilda patienten. Begreppet uppkom inom psykologin och spred sig sedan till äldreården där det fick stort genomslag. Idén infördes sedan även inom andra vårdinstanser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Grunden till personcentrering uppkom då psykologen Carl Rogers vid mitten av 1900-talet använde begreppet "Client-centred psychotherapy", som han senare utvecklade till "person-centered psychotherapy". Rogers hävdade att personen som behandlas är expert på sig själv (Edvardsson, 2010c). Begreppet fick genomslagskraft då det användes av Tom Kitwood inom demensvården. Han menade att vården skulle syfta till att se personen bakom demenssjukdomen och att fokus skulle vara att bibehålla patientens värdighet. Tom Kitwood var aktiv i Storbritannien och användandet av personcentrerad omvårdnad inom äldreården spred sig sedan därifrån till andra länder (Edvardsson, 2010c).

Sjuksköterskan och personcentrerad vård

Ordet patient betyder att vara lidande, tålmodig, uthållig samt att erhålla behandling. Termen har sitt ursprung i latinet (Graubæk, 2012). När en människa är i behov av vård skapas en beroendeställning där patienten är i underläge gentemot personalen. Underläget beror på maktförhållandet då personalen besitter kunskapen och patienten är i behov av vård. Personcentrerad vård kan användas för att utjämna förhållandet (Willman, 2010).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening är personcentrerad vård ett av de kompetensområden som legitimerade sjuksköterskor ska besitta djupare kunskap om och agera efter (Bergbom, 2013). Att jobba personcentrerat som sjuksköterska innebär att lägga stor vikt vid patientens expertis om den egna personen och därmed värdera personens behov i samma utsträckning som de behov som sjukvården identifierar. Sjuksköterskan ansvarar för att lyfta och föra fram personens perspektiv. För att detta ska vara möjligt krävs det att sjuksköterskan har god kunskap om patienten och dennes person (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Patienten ska få information om sitt tillstånd men även ges möjlighet att uttrycka sig och bli lyssnad på av personalen. Är personen svårt sjuk och inte själv kan uttala sina behov ställer det större krav på personalen (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014).

För att kunna arbeta personcentrerat krävs vilja till flexibilitet på arbetsplatsen, tillgång till valmöjligheter samt en bra arbetsmiljö (Edvardsson, 2010c). Det krävs också en värdegrund på arbetsplatsen som ger förutsättningar för förändring på både personligt och organisatoriskt plan (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Det bedrivs idag forskning för att hitta lösningar som gör det möjligt att bedriva personcentrerad vård i praktiken (Centrum för personcentrerad vård, 2015). Till exempel arbetar Centrum för personcentrerad vård (GPCC) med utbildningsprogram för vårdpersonal som baseras på evidensbaserad forskning. Ett område inom psykiatrin där personcentrerad vård är en del av ett utvecklingsarbete är inom psykosvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som har ett samarbete med GPCC (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2015).

Enligt Florence Nightingale är hälsa något som äger rum inuti personen och vårdens syfte ska vara att åstadkomma förutsättningar för att skapa hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Detta utgör en bra förklaring för vad personcentrerad vård handlar om idag. Inom personcentrerad vård ska hälsa identifieras av den enskilda individen och vårdens uppgift är att hjälpa personen att åstadkomma hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Problemformulering

Psykisk ohälsa är utbredd i samhället, och i Sverige vårdas 3000 personer dagligen under tvång (Socialstyrelsen, u.å.-c), och vården uppnår idag inte de kvalitetsmål som finns (Socialstyrelsen, 2015). Patienternas upplevelser av denna typ av vård kan bidra till att utveckla en bättre omvårdnad av patienter med psykisk ohälsa (Kuosmanen et al., 2007).

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa patienters upplevelser av tvångsvård vid slutna psykiatrisk vård.

Metod

Studiedesign

Det tillvägagångssätt som användes för uppsatsen var en litteraturöversikt. Metoden går ut på att sammanställa befintlig forskning inom ett avgränsat område och målet är att få en överblick över den kunskap som finns (Friberg, 2006c). Då målet var att sammanfatta patienters upplevelser passade denna metod för syftet.

Litteraturöversikten baserades på ett antal vetenskapliga artiklar, där samtliga är publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Datainsamling

Först gjordes en inledande sökning för att få en överblick inom forskningsområdet och för att avgränsa området (Östlundh, 2006). Den inriktning som valdes var patienters upplevelse av psykiatrisk tvångsvård.

Innan litteratursökningen påbörjades bestämdes att endast studier rörande vuxna (18-65 år) skulle inkluderas för att avgränsa åldersspannet. De studier som inkluderades var de där patienterna varit inläggande ofrivilligt eller upplevt tvångsåtgärder under tiden de varit inläggande. Studier som berörde öppenvården exkluderas därmed.

De databaser som användes i litteratursökningen var Cinahl, PubMed och Scopus. Majoriteten av sökningarna gjordes i databasen Cinahl då fokus skulle vara omvårdnad, vilket är databasens huvudområde. Dessa sökningarna kompletterades med sökningarna i PubMed och Scopus för att generera bredare resultat. För att få relevanta sökord så användes svensk MeSH och Cinahl Headings. De termer som användes var: "mental disorders", "involuntary commitment", "coercion", "psychiatric care", "patient admission" och "commitment of mentally ill". Sökorden användes i olika kombinationer för att få bäst resultat. Även ordet "experience", som inte är en MeSH-term eller Cinahl headings, användes för att fokusera sökningarna på upplevelser. För att hitta artiklar som var vetenskapligt trovärdiga och relevanta för syftet användes begränsningar i sökningarna. I Cinahl användes alltid "peer-reviewed" som begränsning. Ett annat krav som ställdes på artiklarna var att de skulle vara publicerade under eller efter år 2000. En förutsättning för att artiklarna skulle inkluderas var att de hade ett etiskt godkännande och ställningstagande. I Scopus begränsades sökningarna till att endast inkludera artiklar inom nursing och psychology.

Efter den egentliga litteratursökningen som är nästa steg i sökprocessen (Östlundh, 2006) valdes tolv artiklar. Alla artiklar som valdes använde en kvalitativ forskningsansats. Enligt Friberg (2006a) så används kvalitativ forskning när syftet är att få en djupare förståelse för exempelvis upplevelser. Då syftet var att undersöka patienternas upplevelser så svarade kvalitativa studier bäst mot syftet, och därför valdes endast denna typ av studier. Två av de valda artiklarna hittades genom en manuell sökning via referenslistan i andra artiklar. Artiklarna lästes först var för sig i

sin helhet, för att bedöma deras relevans utifrån syftet. De artiklar som inte svarade mot syftet exkluderades. Studier genomförda i länder där vården uppfattades skilja sig mycket från vården i Sverige exkluderades, då patienternas upplevelser värderades bli svåra att jämföra om vården skiljer sig åt för mycket. Se söktabell nedan för fullständig information om hur respektive artikel söktes fram i de olika databaserna.

Cinahl:

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
151009	Mental disorders AND involuntary commitment AND experience	”peer-reviewed”, ”2000-2015”	28	13	3	McGuinness et.al. (2013)
151012	Mental disorders AND coercion AND experience	”peer-reviewed”, ”2000-2015”	24	11	5	Lorem et.al. (2015) Wyder et.al. (2015)
151013	Psychiatric care AND patient admission AND experience	”peer-reviewed”, ”2000-2015”	22	4	2	Johansson et.al. (2002) Olofsson et.al. (2001)

Scopus:

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
151013	Mental disorders AND commitment of mentally ill AND experience	”nursing”, ”psychology”, ”2000-2015”	43	20	5	Katsakou et.al. (2012) Andreasson et.al. (2012) Muir- Cochrane et.al. (2013)

Manuell sökning:

Koivisto et. al. (2004). Hittad i referenslista till Muir-Cochrane et.al. (2013). Olofsson et. al. (2001). Hittad i referenslista till Lorem et. al. (2015).

Dataanalys

De valda artiklarna granskades utifrån en mall av Willman et al. (2006). Mallen modifierades för att ge extra fokus på de punkter som ansågs viktigast, se bilaga 1.

Artiklarna tilldelades poäng, där varje JA-svar gav ett poäng och varje NEJ-svar noll poäng. Då etiskt ställningstagande ansågs viktigt inom problemområdet kunde artiklarna få två poäng på denna fråga. Även datainsamling ansågs viktigt för att verifiera studiens vetenskapliga värde och kunde därför ge två poäng. Övriga punkter kunde ge ett poäng. Poängen räknades därefter om till procent och artiklarna delades in i tre olika kvalitetsgrader enligt Willman et al. (2006), se nedan. I granskningen översattes grad I till hög kvalitet, grad II till medelhög kvalitet och grad III till låg kvalitet.

Kvalitetsgrader	
Grad I	80-100 %
Grad II	70-79 %
Grad III	60-69 %

Exempelgranskning av Johansson & Lundman (2002):

Antal JA-svar: 13. Antal NEJ-svar: 2.

Poäng: 13/15

13/15 poäng ger efter omräkning 86 procent, vilket motsvarar hög kvalitet.

Vid granskningen lästes alla artiklar av båda författarna som gjorde varsin individuell bedömning. Bedömningarna jämfördes sedan och resulterade i en gemensam slutgiltig bedömning. Granskningen resulterade i fem artiklar med hög kvalitet och fem med medelhög kvalitet. Resultatet av granskningen redovisas i artikelmatrisen, se bilaga 2. Av de tolv granskade artiklarna valdes två stycken bort. En av dem fick vid granskningen mindre än 60 procent och värderades därför ha bristande kvalitet. Då etiskt ställningstagande ansågs avgörande för problemområdet exkluderades den andra artikeln då den saknade detta. De kvarvarande tio artiklarna analyserades sedan.

Analysen fortskred genom att artiklarna genomlästes ytterligare en gång för att identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat, som är ett viktigt steg i analysprocessen (Friberg, 2006c). Vid tredje genomläsningen av artiklarna sorterades det innehåll som inte ansågs relevant bort, exempelvis exkluderades åsikter om medpatienters påverkan. En av de valda artiklarna hade inte bara undersökt patientens perspektiv utan även vårdpersonalens. Vid analys av denna artikel användes bara den information där det framgick att det var ur patientens perspektiv, upplevelser från vårdpersonalen exkluderades således. Aktuellt innehåll i artiklarna färgkodades sedan utefter positiva och negativa erfarenheter av vården, samt sjuksköterskans påverkan. Färgkodningen skedde individuellt av båda författarna, jämfördes och vägdes sedan samman under grupper i en tankekarta. Enligt Friberg (2006c) ska studier med kvalitativ metod vidare analyseras genom att innehållet sorteras i exempelvis teman. Teman valdes genom att alla färgkodade erfarenheter grupperades utefter likheter.

De huvudteman som valdes utifrån artiklarna var ”Att behandlas under tvångsvård”, ”Upplevelser av omvårdnad”, ”Vikten av information” och ”Delaktighet i vården”.

Resultat

Att behandlas under tvångsvård

I artiklarna framkom flera olika åsikter angående tvång och tvångsvård, exempelvis i studien av Katsakou et al. (2012) där patienterna delades in i tre grupper utefter helhetsåsikten av vården: positiva, negativa och ambivalenta. I studien av Lorem, Hem och Molewijk (2015) värderades tvång alltid som positivt eller negativt.

Tvångsvård kan upplevas som nödvändigt

I flera fall kunde tvångsvården uppfattas som nödvändig av patienterna (Andreasson & Skärsäter, 2012; Katsakou et al., 2012; Lorem et al., 2015; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Vissa upplevde att tvångsvården var för deras eget bästa då det skyddade dem från negativa impulser såsom självskadebeteende (Lorem et al., 2015; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Att tvångsvården och tvångsåtgärder sågs som en slags säkerhet återkom i många av artiklarna, till exempel i studierna av Katsakou et al. (2012) samt Olofsson och Jacobsson (2001) där vissa av deltagarna ansåg sig utgöra en fara för sig själv och andra. Även om patienterna tyckte att tvångsvården var nödvändig var det viktigt att ge patienten tillfälle att diskutera upplevelsen efteråt när patienten var mottaglig för det. En sådan diskussion skulle kunna förhindra framtida tvångsinläggningar eller göra dem lättare för patienten (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Tvångsvården ansågs också befogad av den anledningen att patienterna på grund av sin sjukdom inte förstod att de var i behov av hjälp, vilket patienterna själva insåg i efterhand (Katsakou et al., 2012). Vården uppfattades utgöra en säker miljö där patienterna kunde vila upp sig och känna sig trygga (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Lorem et al., 2015; Muir-Cochrane, Oster, Grotto, Gerace, & Jones, 2013). Sjuksköterskornas övervakning kunde även inge trygghet då det skyddade patienterna från att skada sig själva (Koivisto, Janhonen, & Väisänen, 2004). Extra övervakning sågs även av vissa patienter som en möjlighet att få mer uppmärksamhet och kontakt med personalen (Johansson & Lundman, 2002).

Möjligheter att förhindra tvångsvård

Delar av den negativa kritiken mot tvångsvård som framfördes av patienterna var att de ansåg att de behövde hjälp men inte nödvändigtvis tvångsvård eller så allvarliga åtgärder (Katsakou et al., 2012; Muir-Cochrane et al., 2013). Vissa av patienterna ansåg att tvångsvården kunde undvikas om de fått bättre information vilket hade kunnat leda till att de accepterat en frivillig inläggning (Olofsson & Jacobsson, 2001). Några av patienterna hävdade att de hade gått med på frivillig inläggning om de hade fått en möjlighet att välja det innan de blev tvångsinlagda (Olofsson & Jacobsson, 2001). Även tvångsåtgärder som tvångsmedicinering hade enligt en patient kunnat undvikas genom information om patientens olika möjligheter att ta läkemedel samt behovet av läkemedlet (McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013). Vidare hävdade andra patienter att tvångsåtgärder inte hade behövts om de istället mötts av kompetent personal som kunnat förklara vad konsekvensen av patientens ovilja till vård kunnat leda till (Andreasson & Skärsäter, 2012). Några patienter i studien av Katsakou et al.

(2012) ansåg att tvångsvård hade kunnat förhindras om de hade fått tid att lugna ner sig först.

Tvångsvård påverkar patientens autonomi och integritet

Att vårdas under tvång innebär att individen inte får bestämma över sin vardag, till exempel vart man ska befinna sig eller vad man ska göra (Johansson & Lundman, 2002). För patienter inlagda under tvångsvård är det viktigt att få uppleva att de har en del av sin autonomi och kontroll bevarad, samt att personalen inte bestämmer mer än vad som krävs (Andreasson & Skärsäter, 2012). Förlust av autonomi gjorde att patienterna inte kände sig tagna seriöst av personalen (Lorem et al., 2015).

Tvångsvård skapar ett maktförhållande mellan personalen och patienten (Katsakou et al., 2012). Maktpositionen som personalen hade ledde till att patienterna kände sig utnyttjade och förolämpade då de upplevde att personalen använde sin makt på ett felaktigt sätt (Andreasson & Skärsäter, 2012). Hierarkin visade sig exempelvis genom att patienterna upplevde att de var tvungna att följa rutiner de inte kände sig bekväma med. En patient upplevde att hen förlorade sin autonomi genom att inte få lov att bestämma över basala rutiner så som sovtider. Patienten upplevde att avdelningens regler bara var till för att underlätta för sjuksköterskan (Katsakou et al., 2012). Åsikten delades även av patienter i studien av Johansson och Lundman (2002) som upplevde reglerna som oflexibla. I studien av Olofsson och Jacobsson (2001) uttrycktes dock en respekt för personalens handlande då de gjorde det som de var tillsagda att göra.

Bristen på autonomi gjorde att tvångsvården ibland gav en känsla av att vara fängslad (Muir-Cochrane et al., 2013). Tvångsåtgärder inom vården ledde till att patienten kände sig instängd och saknade inflytande över situationen (Lorem et al., 2015). En önskan att få lämna avdelningen och gå ut när man ville var något som lyftes fram i studierna av Andreasson och Skärsäter (2012) samt Johansson och Lundman (2002), då det hade återgett patienten en del av den förlorade autonomin.

Att inte få sin integritet respekterad kan leda till att patienten inte känner sig bemött som en enskild individ, samt ge en känsla av att vara mindre värd än en person utan psykisk ohälsa (Johansson & Lundman, 2002). Något som patienterna poängterade var vikten av att inte bara bli sedd som sin sjukdom utan som en vanlig människa (McGuinness et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Wyder et al., 2015). Intrång på integriteten kan skapa en upplevelse av att inte ha något mänskligt värde (Johansson & Lundman, 2002), och det var viktigt för patientens självbild att få sitt självförtroende bevarat (Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienterna upplevde det besvärande när personalen inte accepterade dem och när de inte fick ta ansvar för sig själva (Olofsson & Norberg, 2001). Tvångsvården gjorde att patienterna upplevde sig underlägsna som människor då de inte blev tilltalade och deras åsikter inte räknades. Patienterna upplevde att personalen inte kunde se den friska delen av dem (Andreasson & Skärsäter, 2012), och kände sig tvungna att själva försöka upprätthålla sitt människovärde (Olofsson & Jacobsson, 2001).

Några av patienterna i studien av Koivisto et al. (2004) beskrev integritet som att få möjlighet att fatta egna beslut, ha den personliga sfären intakt samt att undvika tvång. Fastspänning var förnedrande och skapade en känsla av hjälplöshet och rädsla.

Tvångsåtgärderna sågs också som ett straff i flera av studierna (Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). I studien av Wyder et al. (2015) upplevde ett dussin patienter att den ofrivilliga vården kränkt deras fysiska integritet och deras frihet.

Upplevelser av omvårdnad

Något som nämndes i många av studierna var att patienterna upplevde att sjuksköterskorna var stressade (Muir-Cochrane et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Wyder et al., 2015). Patienterna kände sig avfärdade och hade svårt att få kontakt med sjuksköterskorna vid behov. De visste inte heller vem som var deras ansvariga sjuksköterska (Wyder et al., 2015), eller upplevde att deras ansvarige sjuksköterska aldrig jobbade på avdelningen under deras vistelse (Olofsson & Jacobsson, 2001). Vissa av personalen upplevdes som för upptagna och inte intresserade av att ta sig tid för patienterna (Johansson & Lundman, 2002; Muir-Cochrane et al., 2013).

Patienterna ansåg att samtal med personal var viktigt för tillfrisknandet, för att lindra rädsla och ångest samt för att i viss mån undvika tvångsvård (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Norberg, 2001). Mer samtal med personalen hade enligt patienterna lett till att man hade kunnat lösa situationer på annat sätt än med tvångsåtgärder (Olofsson & Norberg, 2001). Samtal med sjuksköterskan sågs av patienterna i studien av Koivisto et al. (2004) som den viktigaste omvårdnadsåtgärden, och fler samtal efterfrågades (Koivisto et al., 2004; Olofsson & Jacobsson, 2001). Vardagliga konversationer bidrog till att patienterna kände sig friskare och gjorde att de kunde fokusera på annat än sin sjukdom (Andreasson & Skärsäter, 2012). Även strukturerade samtal vid bestämda tidpunkter önskades då det gav patienten möjlighet att uttrycka sina åsikter (Koivisto et al., 2004).

Dåligt bemötande från vårdpersonalen var något som det rapporterades om i flera av artiklarna (McGuinness et al., 2013; Muir-Cochrane et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienterna kände att de blev behandlade som barn (McGuinness et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001), och att deras problem inte blev tagna på allvar (Muir-Cochrane et al., 2013). En annan vanlig upplevelse var att patienterna kände sig ignorerade av vårdpersonalen (Johansson & Lundman, 2002; McGuinness et al., 2013; Muir-Cochrane et al., 2013). I studien av Olofsson och Jacobsson (2001) beskrev patienterna att de hade svårt att starta en konversation med vårdpersonalen och att de inte fick något svar när de ställde frågor. Vidare uppfattades sjuksköterskorna som inkompetenta.

I majoriteten av artiklarna framkom det att en bra relation med vårdpersonalen ansågs viktigt för patienterna (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002; Lorem et al., 2015; Muir-Cochrane et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Wyder et al., 2015). Relationen med vårdpersonalen påverkade patienternas möjlighet att uppleva avdelningen som säker och terapeutisk (Muir-Cochrane et al., 2013). Oavsett om patientens upplevelse av tvångsvården var positiv eller negativ var patienterna i studien av Wyder et al. (2015) eniga om att upplevelsen påverkades av relationen med vårdpersonalen. En deltagare i studien berättade att hennes negativa bild av tvångsvården förändrades till det positiva tack vare goda relationer med sjuksköterskorna. Tvärtom kan bristen på en terapeutisk

relation leda till rädsla (Muir-Cochrane et al., 2013). I studien av Olofsson och Norberg (2001) uttrycktes en önskan om kontinuitet bland vårdpersonalen då det ledde till en bättre relation som minskade risken för att problem uppstod. Samma önskan uttrycktes i studien av Andreasson och Skärsäter (2012) där patienterna uttryckte sin uppskattning över att ha en kontinuerlig kontaktperson att vända sig till. En bra relation kan leda till förtroende för vårdpersonalen, vilket kan göra att tvångsåtgärder inte upplevs som lika skrämmande (Lorem et al., 2015), och även i viss mån bidra till att tvång kan undvikas (Andreasson & Skärsäter, 2012). Att känna trygghet för personalen krävs för att patienterna ska våga berätta om sina upplevelser (Wyder et al., 2015).

Patienterna uppskattade att vårdas av sjuksköterskor som var intresserad och visade engagemang för patientens situation (Andreasson & Skärsäter, 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Sjuksköterskan skapade en trygghet genom att vara vårdande och sätta tydliga gränser (Andreasson & Skärsäter, 2012; Koivisto et al., 2004). En egenskap hos personalen som uppskattades och bidrog till att patienterna kände sig bemötta som vanliga människor var när personalen var vänskaplig och kunde skämta med dem (Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienterna ville känna att personalen förstod dem och hade förtroende för dem (Koivisto et al., 2004).

Vikten av information

En kärna i alla artiklar var en stark önskan om mer information. Bristen på information gjorde att många av patienterna inte förstod varför de var ofrivilligt inlagda eller tvingades uppleva tvångsåtgärder (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Koivisto et al., 2004; Lorem et al., 2015; McGuinness et al., 2013; Muir-Cochrane et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Wyder et al., 2015). Känslan av att inte förstå vad som hände och varför man blev inlagd kunde i vissa fall leda till aggression och våldsamt beteende (Wyder et al., 2015). Upplevelsen av att vara inlåst blev värre vid otillräcklig information, då det ledde till förvirring och osäkerhet (Lorem et al., 2015).

Enligt studien av Wyder et al. (2015) var det viktigt för patienterna att få kunskap om avdelningens rutiner, då bristen på information angående detta ledde till ökad förvirring i ett redan utsatt läge. Att veta avdelningens rutiner, till exempel när det är mat eller rond, skapade en känsla av trygghet på avdelningen (Muir-Cochrane et al., 2013).

Att bli informerad om sina rättigheter var något som ansågs väsentligt. Informationen om patienternas rättigheter var dock något som ofta brast (Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Att känna till sina rättigheter upplevdes som stärkande för personen (Olofsson & Jacobsson, 2001). När patienterna fick tillräckligt med information kände de sig respekterade av personalen (Wyder et al., 2015).

Den psykiska ohälsan kunde bidra till att informationen inte nådde fram till patienterna, då den var svår att ta till sig när patienten var som sjukast. Patienterna efterfrågade upprepad och lättförstådd information (McGuinness et al., 2013). En viktig aspekt för att kunna ta till sig information var även att patienterna kände att de

kunde lita på personalen som förmedlade den (Andreasson & Skärsäter, 2012). Vissa ansåg även att för mycket information för snabbt kunde leda till oro och ångest. För ingående fakta om exempelvis läkemedelsbiverkningar ledde till att patienten inte tog medicinen, vilket i sin tur ledde till tvångsåtgärder (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Delaktighet i vården

Något som framkom i många av artiklarna var att patienterna inte kände sig delaktiga i vården (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001). En önskan från patienterna var att de ville bli inkluderade i planeringen av vården i den mån det var möjligt (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001; Wyder et al., 2015). I studien av Wyder et al. (2015) påtalade patienterna vikten av att få ha ett samarbete med vårdpersonalen och att få sina åsikter hörda. Att inte få vara med och bestämma över sin vård skapade ett utanförskap och en känsla av att inte bli sedd (Johansson & Lundman, 2002). I studien av Katsakou et al. (2012) framkom liknade resultat där patienterna uppgav att de kände att de inte hade kontroll då de inte var involverade i vårdbeslut. Att inte känna sig delaktig i vården gör även att tvångsåtgärderna upplevs som mer negativa (Lorem et al., 2015).

För vissa av patienterna var det svårt att förstå allvaret i situationen och därmed svårt att ta beslut om vården (Andreasson & Skärsäter, 2012). För dem sågs det som en lättnad att inte behöva delta i vårdbesluten när de inte mätte bra (Johansson & Lundman, 2002; Lorem et al., 2015).

En annan känsla som uppkom till följd av tvångsvården var en känsla av hopplöshet (Katsakou et al., 2012; Lorem et al., 2015; Muir-Cochrane et al., 2013). Vården sågs av några av patienterna som en förvaringsplats utan effektiv hjälp (Olofsson & Jacobsson, 2001). Känslan av att inte bli hjälpt och att inte ha någon tro på förbättring ledde till att patienterna upplevde situationen som hopplös (Muir-Cochrane et al., 2013). Att inte inkluderas och inte ha någon kontroll över sitt liv eller sin vård gav en känsla av hjälplöshet och utanförskap (Katsakou et al., 2012). Vissa av patienterna kände sig så åsidosatta att de upplevde att det inte var någon mening med att kämpa emot tvångsåtgärderna (Lorem et al., 2015).

Bristen på frihet vid tvångsvård kunde leda till att patienterna kände sig ensamma och uttråkade. Att inte ha möjlighet att sysselsätta sig med någonting ledde till att patienterna inte trivdes på avdelningen (Muir-Cochrane et al., 2013). Meningsfulla aktiviteter och dagliga rutiner upplevdes som läkande (Andreasson & Skärsäter, 2012), och var något patienterna önskade mer av (Olofsson & Jacobsson, 2001).

Diskussion

Metoddiskussion

Inom omvårdnadsforskning finns en risk att resultatet påverkas av den personliga förförståelsen. Förförståelse handlar om att en person alltid har tidigare kunskaper, värderingar och erfarenheter som inte helt går att bortse från (Priebe & Landström, 2012). Författarna till denna litteraturoversikt har erfarenheter av att vårda patienter under tvång och är medvetna om sin förförståelse samt dess effekt. Medvetenheten

om detta har gjort att författarna försökt minska förförståelsens påverkan under hela arbetets gång.

Metoden som valdes var en litteraturöversikt. Metoden utgör en styrka då syftet med studien var att belysa patienters upplevelser av att vårdas under tvång. Ramarna för studien var begränsade och en litteraturöversikt ger mycket kunskap inom valt område vilket gjorde att denna metod ansågs som den mest relevanta.

Informationssökningen delades in i den inledande och egentliga sökningen, som beskrivs av Östlundh (2006). Vid den egentliga sökningen uppmärksammades en svårighet i att specificera sökorden för att hitta relevanta artiklar. Målet var att artiklarna skulle beröra patienternas upplevelse och erfarenheter av vården. Vid sökningen användes en ordlista av Karolinska Institutets Universitetsbibliotek (2013) med termer inom området, vilket underlättade arbetet. MeSH-termer och Cinahl-Headings användes vilket bidrog till att sökresultatet inkluderade alla relevanta artiklar inom området (Karlsson, 2012).

De flesta artiklarna valdes vid sökningar i databasen Cinahl. Sökningar gjorde också i Scopus och PubMed. För att bredda sökresultaten hade kompletterande sökningar i PsycINFO kunnat genomföras. Det är dock oklart om ytterligare sökningar hade utvecklat resultatet då de valda artiklarna i stor utsträckning redogjorde för liknande upplevelser, vilket kan tyda på att datamättnad var uppnådd.

Tidigt i sökprocessen uppmärksammades en svårighet i datainsamlingen då forskningen om patientens perspektiv var begränsad, och sökningar resulterade i stor del i studier utförda med fokus på vårdpersonalens perspektiv. Detta resulterade i att syftet fick breddas för att hitta trovärdigt vetenskapligt underlag att basera litteraturstudien på. Kunskapsgapet påvisades även i flera studier, bland annat i studien av Johansson och Lundman (2002).

Bristen på forskning inom området visas genom att de valda studierna i stor grad hänvisar till varandra. Att forskningsområdet inte är så utbrett gjorde att det i sökningarna användes ett tidsspänn från år 2000 till år 2015. En svaghet som kan ses med litteraturstudien är att den är baserad på 15 års forskning, de äldsta artiklarnas relevans stärks dock av att de är citerade under 2015. Studierna har liknande resultat som nyligen publicerade studier, vilket tyder på att patientens upplevelse inte har förändrats avsevärt under de senaste åren.

En faktor som eventuellt skulle kunna ses som en svaghet i metoden är att endast kvalitativa artiklar valdes. Litteraturstudiens syfte resulterade i att sökningarna till stor del genererade kvalitativa artiklar. De kvantitativa studierna som lästes exkluderades då de inte stämde överens med litteraturstudiens syfte eller gav någon djupare förståelse för patienternas upplevelser. Det kan även anses svårt att undersöka djupare subjektiva upplevelser med hjälp av kvantitativ forskning.

De valda studierna är genomförda i norra Europa och Australien. Studiernas ursprungsland resulterar inte i så stor geografisk spridning, vilket kan vara en svaghet i litteraturstudien. Syftet var dock inte att undersöka skillnader mellan vården i olika länder och därför gjordes ett medvetet val att endast inkludera studier där vården upplevdes som likvärdig för att skapa mer stringens i litteraturstudien. Exempelvis

exkluderades studier där religion eller kultur hade en stor inverkan på vårdens utformning.

Vid granskning av artiklarna användes granskningsmallen för kvalitativ studie av Willman et al. (2006). Anledningen till att denna mall valdes var att den ansågs ge en god övergripande bild av viktiga komponenter i studierna. När artiklarna granskades lades stor vikt på etiskt resonemang i studierna. Patienter inom psykiatri kan anses vara en utsatt grupp vilket leder till att etiskt resonemang är väsentligt inom detta forskningsområde. I flera av studierna inkluderar det etiska ställningstagandet även studiernas påverkan på patienterna, sådana resonemang uppfattades som positivt i granskningen. I studien av Olofsson och Jacobsson (2001) säkerställdes det till exempel att patienterna mår tillräckligt bra för att kunna delta och att de inte blev lämnade ensamma efter deras deltagande. Fördelen med att modifiera en granskningsmall är att det ger möjlighet att belysa de faktorer som anses viktiga för en specifik studie. Nackdelen kan dock vara att resultatet av granskningen blir subjektiv och förlorar sitt vetenskapliga värde (Willman et al., 2006).

Vi granskning av artiklar finns alltid en risk att vissa punkter undervärderas eller övervärderas (Willman et al., 2006). En stor styrka i litteraturstudien är därför att artiklarna granskades separat av båda författarna och därefter jämfördes granskningarna. Denna metod ger ett mer pålitligt resultat då risken för personlig påverkan minskar. Även analysen gick till på liknande sätt då artiklarna lästes separat av båda författarna.

Kvalitativa artiklar har ofta färre antal deltagare än kvantitativa artiklar. Ett färre antal deltagare med djupare beskrivningar och svar är viktigare i kvalitativa studier än ett stort antal deltagare (Henricson & Billhult, 2012). Då alla valda studier använde en kvalitativ metod resulterade det i att det totala antalet deltagare i alla studier var relativt lågt. Det låga antalet deltagare i vissa av artiklarna skulle kunna påverka resultatet men då syftet inte varit att nå generella slutsatser så behöver inte detta ses som negativt. Trots det låga antalet deltagare i vissa studier så fanns det många likheter i den beskrivna upplevelsen vilket gör att resultatet ändå sammanfattar patienternas erfarenheter av tvångsvården.

Den sammanlagda genusfördelningen i de valda artiklarna utgör en styrka då 52 procent var kvinnor och 48 procent män, vilket ger en relativt jämn fördelning mellan könen. I artikeln av Koivisto et al. (2004) framgår dock inte patienternas kön. En jämn fördelning mellan könen kan bidra till att resultatet ger en jämnare bild av verkligheten. En annan faktor som ger en jämnare bild av upplevelsen av tvångsvård är att deltagarna i studierna har blivit intervjuade under olika tidpunkter i olika studier. Intervjuerna har ägt rum under tvångsvården, direkt efter utskrivningen samt en tid efter vårdtiden.

Resultatet i litteraturstudien redogör endast för patientens subjektiva upplevelse. I studierna har patienternas berättelser inte verifierats genom att jämföras med journalanteckningar eller personalens upplevelse av situationerna. Enligt Wallsten och Kjellin (2004) upplevde patienter ibland att de utsattes för tvång trots att de juridiskt sett inte gjorde det, vilket även skulle kunna skett i de analyserade studierna. Det finns en risk att patientens upplevelse av omvårdnaden påverkas mer negativt då personen vårdas mot sin vilja jämfört med någon som vårdas frivilligt. Syftet med

litteraturstudien var att belysa patienternas upplevelser och ovanstående faktorer ansågs därför inte ha så stor påverkan, då fokus låg på den subjektiva upplevelsen.

En brist i litteraturstudien är att Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska under arbetets gång tagits bort från Socialstyrelsens hemsida. Anledningen till detta var att myndigheten inte längre har befogenhet att ge ut denna typ av handlingar enligt Socialstyrelsen (personlig kommunikation, 10 november 2015). Det finns i nuläget ingen aktuell kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor och innehållet i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning värderades vid tidpunkten aktuellt till den grad att det ansågs utgöra en godkänd referens i litteraturstudien.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att de faktorer som patienterna ansåg påverka deras upplevelse av tvångsvården i stor utsträckning var bristen på information, möjligheten till delaktighet i vården samt personalens bemötande och omvårdnad. Tvångsvård hade en stor påverkan på patientens autonomi och integritet, men ansågs av många patienter som nödvändig. Patienterna ville bli sedda av personalen samt att deras upplevelser och åsikter skulle bli hörda. Att bli inkluderad i sin vård upplevdes som en viktig faktor, vilket enligt Ekman et al. (2014) har en stark anknytning till personcentrering.

Många av patienterna upplevde tvångsvården som nödvändig då den skyddade dem från att skada sig själv och andra (Lorem et al., 2015; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Patienternas upplevelse av behovet av tvångsvård överensstämmer med målet med tvångsvården som enligt Ottosson och Ottosson (2007) bland annat är att skydda patienterna och andra i deras omgivning. En del av patienterna ansåg dock att tvångsåtgärder användes i för stor utsträckning och att vissa åtgärder hade kunnat undvikas genom bättre stöd från personalen (Olofsson & Jacobsson, 2001). Detta överensstämmer med kravet från World Health Organization (2003), som poängterar vikten av att personalen ska arbeta för att begränsa tvångsvård i den mån det är möjligt. Inom tvångsvård uppstår en konflikt mellan säkerhet och autonomi som är svår att frångå. Ökad kunskap om den enskilda patienten hade kunnat ge möjlighet till andra omvårdnadsåtgärder med mindre intrång på patientens integritet och autonomi. I resultatet framkom att patienterna upplevde en stark känsla av underlägsenhet gentemot personalen och att tvångsåtgärderna utgjorde ett straff (Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001), vilket kan ses som ett intrång på både den själsliga och kroppsliga integriteten.

Av resultatet framkom det att patienterna fick bristande eller ingen information om anledningen till inläggningen, vården samt sina rättigheter (Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Sjuksköterskan bör i enlighet med International Council of Nurses (2014) etiska kod för sjuksköterskor ge tydlig, adekvat och individanpassad information till patienterna. I Sverige har patienten även lagstadgad rätt till information om inläggning och sina rättigheter under tvångsvård (SFS 1991:1128). Att vårdas ineliggande under tvång utan att veta varför samt inte veta vilka rättigheter man har upplevs som problematiskt, vilket även framkom i resultatet (Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Resultatet visade också att tvångsvården kan upplevas som skrämmande och som en begränsning av friheten,

vilket ytterligare förstärks av att personen undanhålls information som hen har rätt till (Lorem et al., 2015). Detta handlande innebär inte bara en kränkning för personen utan utgör även ett lagbrott (SFS 1991:1128).

Patienterna kände sig i stor utsträckning inte delaktiga i sin vård. De var medvetna om att de var inlagda under tvångsvård men upplevde att de hade kunnat inkluderas i vissa beslut (Johansson & Lundman, 2002; Katsakou et al., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001). När en person blir inlagd skapas ett maktförhållande där patienten hamnar i underläge gentemot personalen (Willman, 2010). Detta maktförhållande visades även i resultatet, och bristen på delaktigheten bidrog ytterligare till att stärka maktförhållandet mellan personal och patient (Katsakou et al., 2012). Denna upplevelse är liknande den som Enarsson (2012) beskriver i sin avhandling. I avhandlingen diskuteras det förhållningssätt som Enarsson kallar ”det personalgemensamma förhållningssättet” inom psykiatrisk omvårdnad. Förhållningssättet beskrivs som en process som involverar patient och personal som syftar till att bibehålla en ordning definierad av personalen. Majoriteten av patienterna i Enarssons (2012) studier ställer sig negativa till det personalgemensamma förhållningssättet som sätter personalens behov framför patientens och stärker makthierarkin mellan dem. I resultatet visade sig det personalgemensamma förhållningssättet genom att patienterna kände att sjuksköterskorna endast följde avdelningens rutiner utan hänsyn till patienternas vilja (Katsakou et al., 2012). Personcentrerad vård kan sägas utgöra motsatsen till det personalgemensamma förhållningssättet då personen står i centrum och vårdens syfte är att stärka personens inflytande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Genom att ge patienten inflytande kan det bidra till att patientens autonomi bevaras, vilket upplevdes som viktigt av patienterna (Johansson & Lundman, 2002).

Att vårdas ineliggande mot sin vilja innebär en kränkning av individens integritet som är svår att undvika. En stark önskan som redovisades i resultatet var att patienterna inte ville bli sedda som sin sjukdom utan bli behandlade som vanliga människor (McGuinness et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Wyder et al., 2015). Sjuksköterskan kan bidra till att bevara patientens integritet genom att möta dem som enskilda individer. Inom personcentrerad vård kan detta ses som en kärnfråga (Edvardsson, 2010) och lyfts även fram i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). En av sjuksköterskans uppgifter inom personcentrerad vård är att fokusera på patienten och se personen bakom sjukdomen (Edvardsson, 2010) vilket är motsatsen till vad många av patienterna upplevde.

Att bli sedd och respekterad av personalen upplevdes som stärkande för personen, vilket även ansågs viktigt för tillfrisknandet (McGuinness et al., 2013; Wyder et al., 2015). Brist på tid och motstånd till förändring på arbetsplatsen är två faktorer som motverkar arbetet med personcentrerad omvårdnad (Edvardsson, 2010c). I resultatet kom det fram att patienterna upplevde sjuksköterskorna som stressade, att de hade ont om tid och att de var ointresserade (Muir-Cochrane et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Wyder et al., 2015). Detta skulle kunna ses som en förklaring till att vården inte hade ett personcentrerat fokus vilket visade sig i dåligt bemötande. För att förändra dessa faktorer samt förbättra möjligheten att arbeta personcentrerat skulle förändring på ledningsnivå och en ökad kunskap hos sjuksköterskorna vara ett sätt att bidra till en bättre vård.

Inom ofrivillig psykiatrisk vård kan svårigheter uppstå vid implementering av personcentrerad vård då patientens delaktighet är begränsad. Personcentrerad vård strävar efter att uppmuntra delaktighet och inkludera patienten i beslutsfattandet (Edvardsson, 2010c). Vid vården av ofrivilligt inlagda patienter kan det uppstå ett etiskt dilemma då viljan att ge bästa möjliga vård kolliderar med patientens rätt till delaktighet (World Medical Association, 2009). Inom psykiatrisk tvångsvård ställs det således större krav på sjuksköterskan att få patienten att känna sig delaktig trots att patienten motsätter sig vård.

Slutsats

En slutsats av resultatet är att omvårdnaden av patienter som vårdas inom psykiatrin har många brister som hade kunnat åtgärdas genom att vården bedrivits med ett mer personcentrerat fokus. Många av de faktorer som upplevdes som negativa, till exempel bristen på delaktighet och information, är situationer som även kan uppstå i den somatiska vården. Kunskapen om patienters erfarenheter av att vårdas, både positiva som negativa, kan därmed användas för att förbättra omvårdnaden oavsett vart den bedrivs. Det finns ett stort utrymme för vidare forskning ur patientens perspektiv för att förstå upplevelsen av att vårdas under tvång. Det är viktigt att även fortsatt forskning bedrivs med stor hänsyn till etiska ställningstaganden.

Referenslista

- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
- Arlebrink, J. (2010). Etiska aspekter på tvångsvård. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (ss. 401-423). Lund: Studentlitteratur.
- Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (ss. 111-138). Stockholm: Liber.
- Centrum för personcentrerad vård. (2015). *GPCC – Centrum för personcentrerad vård*. Hämtad 2015-12-09, från http://gpcc.gu.se/digitalAssets/1477/1477725_gpcc-broschyr_151016_final.pdf
- Dunér, A., & Blomqvist, K. (2009). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (ss. 181-210). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010a). Inledning. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (ss. 15-18). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010c). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (ss. 29-38). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (ss. 69-96). Stockholm: Liber.
- Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa* (ss. 45-62). Lund: Studentlitteratur.
- Enarsson, P. (2012). *Mellan frihet och trygghet: personalgemensamt förhållningssätt i psykiatrisk omvårdnad*. (Doktorsavhandling, Umeå University medical dissertations), Umeå, Umeå Universitet. Tillgänglig: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:524270/FULLTEXT01.pdf>
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006c). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Graubæk, A.-M. (2012). Inledning. I A.-M. Graubæk (Red.), *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik* (ss. 19). Stockholm: Natur & Kultur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. utg). Hämtad 2015-11-17, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- Irish Statute Book. (2001). *Mental Health Act 2001*. Hämtad 2015-11-11, från <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2001/act/25/enacted/en/pdf>
- Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(6), 639-647 639p. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 95-114). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutets Universitetsbibliotek. (2013). *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former*. Hämtad 2015-11-11, från http://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., . . . Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169-1179. doi: 10.1007/s00127-011-0427-z
- Koivisto, K., Janhonen, S., & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3), 268-275. doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., & Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597-607 511p. doi: 10.1177/0969733007080205
- Lorem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231-240. doi: 10.1111/inm.12106
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- McGuinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 726-734. doi: 10.1111/jpm.12007
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., & Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(4), 304-312. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(4), 357-366 310p. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 31-52). Lund: Studentlitteratur.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2015). *Personcentrerad psykosvård*. Hämtad 2015-12-09, från

<https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/Kompetenscentrum/Forskning-2/GPCC/>

- Schröder, A. (2010). Kvalitetsutveckling inom psykiatrisk vård - vad tycker patienter och närstående. I I. Skärsäter (Red.), *Psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (ss. 427-447). Lund: Studentlitteratur AB
- Schröder, A., Larsson, B. W., & Ahlström, G. (2007). Quality in psychiatric care: An instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2), 141-160. doi: 10.1108/09526860710731834
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skårderud, Finn, Haugsgjerd, Svein, & Stänicke, Erik. (2010). *Psykiatri: själ - kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (ss. 711-746). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-11-02, från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Specialistsjuksköterskorna blir färre och äldre*. Hämtad 2015-10-20, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013januari/specialistsjukskoterskornab-lirfarreochaldre>
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa*. Hämtad 2015-10-20, från <https://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa>
- Socialstyrelsen. (u.å.-a). *Psykiatrisk tvångsvård enligt LPT*. Hämtad 2015-10-20, från [https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard\(lpt\)](https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard(lpt))
- Socialstyrelsen. (u.å.-c). *Tvångsvård*. Hämtad 2015-10-20, från <https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., & Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences and the Law*, 21(4), 459-472. doi: 10.1002/bsl.539
- The National Archives. (u.å.). *Mental Health Act 1983*. Hämtad 2015-10-19, från <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>
- Tännsjö, T. (1995). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales.
- Wallsten, T., & Kjellin, L. (2004). Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment: a comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry*, 19(8), 464-468. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.029
- Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (ss. 101-112). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2015). *Mental disorders*. Hämtad 2015-10-20, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

- World Health Organization. (2003). *Mental Health Legislation & Human Rights*. Hämtad 2015-10-17, från http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf
- World Medical Association. (2009). *Medical Ethics Manual*. Hämtad 2015-11-05, från http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *Int J Ment Health Nurs*, 24(2), 181-189. doi: 10.1111/inm.12121
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Modifierad granskningsmall för kvalitativ studie utifrån Willman et. al. 2006

Beskrivning av studien

- | | | |
|--|----|-----|
| - Tydlig avgränsning/problemformulering? | Ja | Nej |
| - Är kontexten presenterad? | Ja | Nej |

Etik

- | | | |
|-----------------------|----|-----|
| - Etiskt godkännande? | Ja | Nej |
| - Etiskt resonemang? | Ja | Nej |

Urval

- | | | |
|----------------|----|-----|
| - Relevant? | Ja | Nej |
| - Strategiskt? | Ja | Nej |

Metod

- | | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| - Urvalsförordet tydligt beskrivet? | Ja | Nej |
| - Datainsamling beskriven? | Ja | Nej |
| - Datainsamling utförligt beskriven? | Ja | Nej |
| - Analys tydligt beskriven? | Ja | Nej |

Giltighet

- | | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| - Är resultatet logiskt, begripligt? | Ja | Nej |
| - Råder datamättnad? | Ja | Nej |
| - Råder analysmättnad | Ja | Nej |

Kommunicerbarhet

- | | | |
|---|----|-----|
| - Redovisas resultatet klart och tydligt? | Ja | Nej |
| - Används en teoretisk referensram? | Ja | Nej |

Huvudfynd

Viket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Maxpoäng: 15

Hög 80-100 %

Medelhög 70-79 %

Låg 60-69 %

Kommentar

.....

Bilaga 2

Artikel	Författare (år), land, tidsskrift	Syfte	Metod	Etiskt resonemang	Resultat	Citeringar	Granskning
Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan	Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012) Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att beskriva patienters upplevelse av att vårdas under tvång i en akut psykotisk fas	Kvalitativ metod med fenomenografisk ansats. Intervjuer med sju män och fem kvinnor, mellan 18-65 år. Genomförda på två psykiatriavdelningar. <i>n = 12</i>	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	Patienterna upplevde att tvångsåtgärder kunde vara positiva om de fick god vård, trygghet och information.	9	Hög kvalitet
Patients' experiences of being helped in an inpatient setting	Koivisto, K., Janhonen, S., & Väisänen, L. (2004) Finland, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att undersöka patienters erfarenheter av att bli hjälpta inom psykiatrisk vård	Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats. Intervjuer med nio deltagare, genomförda på en psykiatrisk avdelning. <i>n = 9</i>	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	Patienterna upplevde vården som hjälpsam men ostrukturerad. Patienterna tyckte att vården borde skydda dem och stärka dem.	27	Medelhög kvalitet
A plea for respect: involuntary hospitalized	Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001) Sverige,	Att beskriva ofrivilligt inlagda psykiatripatienters berättade	Kvalitativ metod med narrativ ansats. Intervjuer med tolv kvinnor och sex män,	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick	Patienternas erfarenheter delades in i två teman, att inte	55	Hög kvalitet

psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	upplevelser av tvång och deras tankar kring hur tvång kan förhindras.	mellan 19-52 år. Intervjuade på psykiatriavdelning. <i>n</i> = 18	information om studien.	bli respekterad och att bli respekterad som människa.		
Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses	Johansson, M., & Lundman, B. (2002) Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att skapa en djupare förståelse av patienternas erfarenheter av att vårdas mot sin vilja.	Kvalitativ metod med fenomenologisk hermeneutisk ansats. Intervjuer med 3 kvinnor och 2 män, mellan 27-49 år. Deltagarna fick välja mellan att intervjuas hemma eller på psykiatrisk mottagning. <i>n</i> = 5	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om studien.	Patienterna hade negativa upplevelser, så som att inte bli sedd och positiva, exempelvis att bli respekterad.	39	Hög kvalitet
Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre	McGuinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013) Irland, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att skapa en förståelse för vad det innebär att vårdas ofrivilligt inlagd på sjukhus.	Kvalitativ metod med en tolkande fenomenologisk ansats. Intervjuer med fyra män och två kvinnor, över 18 år. Intervjuerna utfördes på en psykiatrimottagning. <i>n</i> = 6	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	Patienternas upplevelser delades in i "de första dagarna", "upplevelse av vården" och "att gå vidare".	1	Medelhög kvalitet
Therapeutic	Wyder, M.,	Att undersöka	Kvalitativ metod	Har etiskt	Tre av temana	0	Medelhög

relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward	Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015) Australien, International Journal of Mental Health Nursing	patienters upplevelse av vårdrelationen under tvångsvård.	induktiv ansats. Intervjuer med 14 kvinnor och elva män. Intervjuerna utfördes på psykiatriavdelning. <i>n</i> = 25	godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	som patienterna beskrev var att tvångsvården upplevdes som skrämmande. Personalens attityd påverkade upplevelsen och det var viktigt att personalen lyssnade på dem.		kvalitet
Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study	Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2012) England, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol	Att undersöka patienters retrospektiva åsikter om varför deras ofrivilliga vård var rätt eller fel.	Kvalitativ metod med Grounded theory och tematisk analys. Intervjuer med 34 män och 25 kvinnor. Intervjuerna utfördes på 22 olika sjukhus. <i>n</i> = 59	Har etiskt godkännande.	Bland deltagarna fanns både patienter som upplevde att deras ofrivilliga inläggning var rätt eller fel.	25	Hög kvalitet
The inpatient psychiatric unit	Muir-Cochrane,	Att undersöka erfarenheter av	Kvalitativ metod med tematisk analys.	Har etiskt godkännande.	Sjukhuset kan ses som en	12	Hög kvalitet

as both a safe and unsafe place: Implications for absconding	E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., & Jones, J. (2013) Australien, International Journal of Mental Health Nursing	patienter som blivit tvångsvårdade och rymt eller försökt att rymma från en psykiatrisk avdelning.	Intervjuer med åtta kvinnor och fyra män, över 18 år. <i>n = 12</i>	Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	säker eller osäker plats. En bra relation med personalen kan bidra till en säkrare omgivning.		
Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care	Lorem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2015) Norge, International Journal of Mental Health Nursing	Att diskutera patienters moraliska värdering av tvång för att få mer förståelse för hur tvång kan värderas.	Kvalitativ metod med induktiv ansats. 213 h observationer, intervjuer med fem patienter (tre kvinnor, två män) och fokusgrupp med sex sjuksköterskor. <i>n = 11</i>	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och gav skriftligt medgivande.	Det finns tre olika reaktioner på tvång, ”acceptans”, ”motstånd” och ”att ge upp”.	0	Medelhög kvalitet
Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians	Olofsson, B., & Norberg, A. (2001) Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att öka förståelsen för psykiatripatienters, sjuksköterskors och psykiatrikers upplevelse av tvång i relation till sina	Kvalitativ studie med deskriptiv-explorativ och narrativ ansats. Intervjuer med sju patienter (fem kvinnor och två män, 19-38 år), sju sjuksköterskor	Har etiskt godkännande. Deltagarna fick information om sina rättigheter och	Sjuksköterskorna och psykiatrikerna ansåg det svårt att få kontakt med patienterna,	48	Medelhög kvalitet

		egna och andras upplevelser.	och sju psykiatriker. <i>n = 21</i>	gav medgivande.	medan patienterna önskade mer kontakt.		
--	--	---------------------------------	--	--------------------	---	--	--