



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **EN VÅRDANDE RELATION EFTER FYSISKA TVÅNGSÅTGÄRDER**

Sjuksköterskors erfarenheter

**Åse Millqvist och Linda Fogelqvist**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Lena Johansson

Titel svensk:	En vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder – sjuksköterskors erfarenheter
Titel engelsk:	A therapeutic relationship after physical coercive measures – nurses experiences
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Lena Johansson
Nyckelord:	Vårdande relation, sjuksköterska, psykiatrisk omvårdnad, tvångsåtgärd, fysiskt tvång

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Psykiatrisk tvångsvård är en av få situationer då grundlagsskyddade fri- och rättigheter är begränsade. Att blir tvångsvårdad innebär att patienten får sin autonomi begränsad, personen har inte längre rätt att bestämma över sig själv. Tvångsvården kan innebära att sjuksköterska behöver medverka vid fysiska tvångsåtgärder som kan medföra ytterligare begränsning av patientens autonomi eller kränkning av dennes integritet. Detta kan leda till bestående störningar i relationen mellan patient och sjuksköterska.

**Syfte:** Syftet med denna uppsats är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av hur fysiska tvångsåtgärder inverkar på den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska.

**Metod:** En fenomenologisk livsvärldsansats har använts. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes med allmän- och specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård. Datamaterialet har analyserats enligt beskrivande innebördsanalys.

**Resultat:** I resultatet beskrevs den essentiella innebörden som framträdde i datamaterialet. Detta beskrevs som att sjuksköterskan söker en balans i mötet med patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder. Att nå en balans mellan att vara den som stärker och stödjer patientens hälsoprocesser och samtidigt den som överträder patientens integritet och självbestämmande. Fysiska tvångsåtgärder kan äventyra den vårdande relationen, men den vårdande relationen kan också upprätthållas. Efter fysiska tvångsåtgärder är det betydande att sjuksköterskan reducerar maktutövandet, kommunicerar och samtalar för att skapa vårdande möten, vilket kan möjliggöra för en vårdande relation att skapas eller vidmakthållas. Vidare beskrevs sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap.

**Slutsats:** Sjuksköterskan strävar efter att uppnå en balans mellan att vara patientens förespråkare i processen mot hälsa och samtidigt överträda patientens integritet och självbestämmande. Då patienten blir föremål för fysiska tvångsåtgärder kan den vårdande relationen äventyras, men den kan också vidmakthållas av sjuksköterskan. Den vårdande relationen sätts på spel då förtroendet för sjuksköterskan brister. Fysiska tvångsåtgärder

beskrevs inte som ett verktyg för att upprätthålla säkerheten på vårdavdelningen, utan som ett redskap för att stärka patientens hälsoprocess på sikt.

**Nyckelord:** Vårdande relation, sjuksköterska, psykiatrisk omvårdnad, tvångsåtgärd, fysiskt tvång

## Abstract

**Background:** Compulsory psychiatric care is one of the few situations where constitutionally protected freedoms and rights are limited. Being in compulsory care means that the patient's autonomy is limited, the person no longer has the right to decide over himself. Compulsory care may mean that the nurse needs to participate in physical coercive measures that may entail further limitation of the patient's autonomy or violation of his integrity. This can lead to lasting disturbances in the relationship between patient and nurse.

**Aim:** The purpose of this essay is to describe nurses' experiences of how physical coercive measures affects the therapeutic relationship between patient and nurse.

**Method:** A phenomenological life-world approach has been used. Eight semi-structured interviews were conducted with general and specialist nurses within psychiatric inpatient care. The data material has been analysed according to descriptive meaning analysis.

**Results:** The results described the essential meaning that appeared in the data material. This was described as the nurse seeking a balance in the meeting with the patient who is subject to physical coercive measures. To reach a balance between being the one who strengthens and supports the patient's health processes and at the same time the one who violates the patient's integrity and self-determination. Physical coercive measures can threaten the therapeutic relationship, but the therapeutic relationship can also be maintained. After physical coercive measures, it is important that the nurse reduces the exercise of power, communicates and converses to create caring encounters, which can enable a therapeutic relationship to be created or maintained. Furthermore, the nurse's need for reflection, support and knowledge was described.

**Conclusion:** The nurse strives to achieve a balance between being the patient's advocate in the process towards health and at the same time violating the patient's integrity and self-determination. When the patient becomes subject to physical restraint, the therapeutic relationship can be put at risk, but it can also be maintained by the nurse. The therapeutic relationship is endangered when trust in the nurse is broken. Physical coercive measures were not described as a tool to maintain security in the care unit, but as a tool to strengthen the patient's health process in the long term.

**Key words:** Physical restraint, coercive measure, psychiatric nursing, nurse, therapeutic relationship

## **Förord**

Vi vill rikta ett stort tack till alla sjuksköterskor, som på ett fint och öppet sätt delat med sig av erfarenheter och berättelser, och på så vis gjort denna uppsats möjlig för oss. Vi vill även tacka vår handledare Helena Dahlberg för stöd och engagemang genom hela projektet. Ett sista tack riktas till våra familjer som uppmuntrat och uppburit oss på vägen.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Tvångsvård .....	1
Tvångsåtgärder .....	2
Fysiska tvångsåtgärder.....	2
Fastspänning.....	2
Läkemedelsbehandling under tvång.....	2
Avskiljning .....	3
Vårdpersonalens uppfattning om fysiska tvångsåtgärder .....	3
Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk slutenvård .....	3
Den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska.....	4
En vårdande relation inom tvångsvård .....	5
Kommunikation efter fysiska tvångsåtgärder .....	6
Den unika livsvärlden .....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	7
Metod .....	7
Metodansats .....	8
Fenomenologi .....	8
Livsvärldsperspektiv .....	8
Datainsamling.....	9
Urvalsprocess.....	9
Dataanalys .....	10
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Essens: Balansen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder.....	12
Upplevelsen av att kränka en annan människa .....	12
Att upprätthålla en vårdande relation.....	14
Att äventyra en vårdande relation .....	15

Att reducera maktutövandet.....	15
Kommunikationens och samtalets betydelse .....	17
Sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap.....	18
Diskussion .....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion .....	21
Balansen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder .....	22
Upplevelsen av att kränka en annan människa .....	22
Att upprätthålla en vårdande relation.....	23
Att äventyra en vårdande relation .....	24
Att reducera maktutövandet.....	25
Kommunikationens och samtalets betydelse .....	26
Sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap.....	27
Slutsats och implikationer .....	27
Referenslista .....	29
Bilagor	
Intervjuguide	
Forskningspersonsinformation (FPI)	

## Inledning

Målet med hälso- och sjukvård i Sverige är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare ska vården ges med respekt för den enskilde människans värdighet och för alla människors lika värde (SFS 2017:30). Författarna till denna uppsats är sjuksköterskor som är yrkesverksamma inom den vuxenpsykiatriska slutenvården. Emellanåt under våra yrkesverksamma år har förhållanden inträtt som väckt känslor, tankar och funderingar. Situationer som vi tydligt bär med oss inbegriper att människor har vårdats mot sin vilja och erhållit tvångsåtgärder. Psykiatrisk tvångsvård är en av få situationer då grundlagsskyddade fri- och rättigheter är begränsade (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Att blir tvångsvårdad innebär att patienten får sin autonomi begränsad; personen har inte längre rätt att bestämma över sig själv. Att vårda en patient under tvång kan kräva mycket av sjuksköterskan. Tvångsvården kan innebära att sjuksköterska behöver medverka vid åtgärder som kan medföra ytterligare begränsning av patientens autonomi eller kränkning av dennes integritet (Arlebrink, 2019). Det finns indikationer om att tvångsvård och tvångsåtgärder kan leda till bestående störningar i relationen mellan patient och sjuksköterska (Hawsawi m.fl., 2020; Wilson m.fl., 2017). En god relation mellan patient och sjuksköterska beskrivs som väsentligt för att stödja patientens hälsoprocess och återhämtning (Ekman m.fl., 2020; Molin, 2019). Med denna uppsats eftersträvade vi att lyfta sjuksköterskors erfarenheter av vilka möjligheter som finns för att skapa eller vidmakthålla en vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder och därmed säkerställa att patienten erhåller en god kvalitativ omvårdnad.

## Bakgrund

För att förstå innebörden av att skapa eller vidmakthålla en vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder behövs kunskap om den lagstiftning som styr den psykiatriska tvångsvården, vad fysiska tvångsåtgärder innebär, vad sjuksköterskans roll är samt vad en vårdande relation betyder.

### Tvångsvård

De föreskrifter som föreligger i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och patientlagen (SFS 2014:821) gäller all psykiatrisk vård i Sverige. Det finns kompletterande föreskrifter som rör frihetsberövande och tvångsvård i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) samt i lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) (SFS 1991:1129). De grundläggande förutsättningarna för tvångsvård är att personen lider av en allvarlig psykisk störning, vilket innefattar psykiatriska tillstånd såsom psykos, svår personlighetsstörning, maniskt skov eller svår depression. När en människas psykiska tillstånd har blivit försämrat och bedöms utgöra en allvarlig psykisk störning kan det innebära en begränsning eller oförmåga för människan att förstå sitt eget bästa. Då lagens kriterier är uppfyllda kan läkaren besluta om tvångsvård och eventuella tvångsåtgärder, med hänvisning åt att det är till fördel för patienten (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Syftet med tvångsvården är att få den enskilde personen att



frivilligt medverka i vården och ta emot det stöd som han eller hon behöver (SFS 1991:1128). Under 2020 vårdades cirka 12 300 personer inom den psykiatriska slutenvården enligt LPT och cirka 1800 personer vårdades samma år i slutenvård enligt LRV (Socialstyrelsen, 2021a).

## **Tvångsåtgärder**

Vid tvångsvård kan chefsöverläkaren fatta beslut om olika former av tvångsåtgärder. Enligt lagtext ska tvångsåtgärder utövas skonsamt och stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Följande tvångsåtgärder kan bli aktuella inom ramen för tvångsvård; behandling utan samtycke, fastspänning, avskiljande, inskränkning av patientens rätt att använda elektronisk kommunikation och ta emot och skicka försändelser samt kroppsvisitering eller yttlig kroppsbesiktning (SFS 1991:1128).

### **Fysiska tvångsåtgärder**

I akuta situationer, exempelvis då en person bedöms vara i akut fara för sig själv och/eller andra, kraftigt försvårar vården av andra personer eller motsätter sig behandling som bedöms vara absolut nödvändig kan tvångsåtgärder användas som innebär fysiska ingripanden. Dessa tvångsåtgärder kan bli aktuella om en person exempelvis lider av förvrängd verklighetsuppfattning, stark ångest eller aggression (Uppdrag psykisk hälsa, u.å.). Enligt Stuart (2009) ska fysiska tvångsåtgärder endast användas när andra insatser har varit ineffektiva. Detta då sådana åtgärder kan orsaka förvirring, oro och rädsla när rörelsefriheten blir begränsad. Fastspänning är en integritetskränkande åtgärd, vilket ställer krav på den som fattar beslut om åtgärden och den som utför den. Det är viktigt att den som utför uppgiften har god kunskap om utförandet samt agerar med en respektfull attityd och så långt som möjligt beaktar patientens värdighet (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Nedan beskrivna tvångsåtgärder benämns i detta examensarbete såsom fysiska tvångsåtgärder.

### **Fastspänning**

Föreligger det en omedelbar fara för att patienten skadar sig själv och/eller någon annan kan beslut fattas om att patienten kortvarigt ska spännas fast med bälte eller liknande anordning (SFS 1991:1128). Fastspänning är en åtgärd som inte får fortskrida mer än vad som är absolut nödvändigt, vanligtvis inte mer än fyra timmar. Patienten ska alltid ha en vårdpersonal närvarande i samma rum då han eller hon är fastspänd. Denna vårdpersonal ska utgöra en trygghet för patienten, observera och säkerställa att andning och cirkulation inte är påverkad samt att tvångsåtgärden är så skonsam som möjligt (Uppdrag psykisk hälsa, u.å.). Enligt Socialstyrelsen genomfördes tvångsåtgärden fastspänning vid cirka 3200 tillfällen under år 2020 (Socialstyrelsen, 2021b).

### **Läkemedelsbehandling under tvång**

Om det anses nödvändigt för att uppnå centrala syften med tvångsvården kan beslut fattas om läkemedelstillförsel utförd under fasthållning eller fastspänning (SFS 1991:1128). Denna tvångsåtgärd utfördes omkring 5500 gånger år 2020 (Socialstyrelsen, 2021b).

## **Avskiljning**

Beslut om avskiljning kan fattas då en person genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården för sina medpatienter (SFS 1991:1128). Denna åtgärd innebär att personen isoleras genom inlåsning eller på annat sätt hindras från att lämna ett rum. Personen ska under avskiljningen stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal och en sådan insats får pågå som längst under åtta timmar om det inte föreligger synnerliga skäl (Uppdrag psykisk hälsa, u.å.). Avskiljning genomfördes vid cirka 4200 tillfällen under år 2020 (Socialstyrelsen, 2021b).

## **Vårdpersonalens uppfattning om fysiska tvångsåtgärder**

Ett internationellt mål inom psykiatrisk vård är att minska användandet av fysiska tvångsåtgärder (World Health Organisation, 2019). Sjuksköterskor innehar en nyckelposition i beslutsprocessen som leder fram till användandet av dessa åtgärder och deras inställningar har under de senaste decennierna blivit alltmer negativa till dessa åtgärder (Laukkanen m.fl., 2019). Enligt Krieger m.fl. (2021) har vårdpersonal med längre arbetslivserfarenhet en mer kritisk syn på tvångsåtgärder än de med mindre erfarenhet. Majoriteten har dock en negativ syn på tvångsåtgärder och känslor såsom sorg, ångest, hjälplöshet och medkänsla för patienten beskrivs hos vårdpersonalen i samband med utförandet av fysiska tvångsåtgärder. Merparten av vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård anser ändå att tvångsåtgärder är legitimt under speciella omständigheter, då ett intrång i patientens autonomi är det enda tillvägagångssättet för att uppnå centrala syften med vården (Hem m.fl., 2018; Doedens m.fl., 2019; Bigwood & Crowe, 2008; Wilson m.fl., 2017; Perkins m.fl., 2012). Vidare finns indikationer om att vårdpersonal upplever utförandet av fysiska tvångsåtgärder som en svår del av arbetet och något som kan orsaka etiska dilemman (Hem m.fl., 2018).

## **Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk slutenvård**

Målet med vårdande är hälsa och det övergripande syftet med vårdande är att stödja och stärka människors hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten, 2010). Den psykiatriska omvårdnaden har sin grund i att alla människor med psykisk sjukdom har rätt till kvalitativ, god och säker personcentrerad vård, vilken stödjer personens oberoende och självständighet. Psykiatrisk omvårdnad utgörs bland annat av insatser som verkar för att stärka personens känsla av kontroll över sitt liv och förmågan att hantera känslor av meningslöshet. Vidare syftar psykiatrisk omvårdnad till att stödja personen i att utveckla strategier och lära sig hantera sjukdom och dess konsekvenser (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Att som sjuksköterska vårda en patient som inte vill bli vårdad är komplext och skiljer sig åt från att vårda en patient som frivilligt blivit inlagd i den psykiatriska slutenvården (Arlebrink, 2019). Patienten tvångsvårdas ofta på grund av att han eller hon är psykotisk eller djupt deprimerad och har förlorat kontakten med verkligheten. Sjukdomen i sig leder till begränsad autonomi och patienten kan inte fatta rationella beslut. Inom ramen för tvångsvården kan det sedermera vara nödvändigt med åtgärder som ytterligare begränsar patientens autonomi och

kränker patientens integritet (Arlebrink, 2019). Hörberg (2017) lyfter att vårdandet är komplext även inom den rättspsykiatriska vården. Patienten här lider av en allvarlig psykisk störning tillsammans med att de är dömda för brott, vilket utgör grunden för att de är överlämnade till vård. Det föreligger en stor säkerhetsaspekt inom denna vårdform, vilken är riktad mot patienter, personal och omgivande samhälle. Detta kan ses som en ytterligare utmaning för sjuksköterskan som samtidigt som han eller hon ska förhålla sig till säkerhetsaspekter ska närma sig och lära känna patienten.

## Den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska

Relationen mellan sjuksköterska och patient är fundamentet och avgörande för kvaliteten på den psykiatriska omvårdnaden (Lessard-Deschênes & Goulet, 2021; Zugai m.fl., 2015). Detta speglas av Molin (2019) som anför att goda möten och relationer är kärnan inom psykiatrisk omvårdnad och att det har en avgörande roll när det gäller patientens återhämtning. Dahlberg (2014) framför att det finns olika former av vårdande, men det som är gemensamt är att det bör vara öppet och följsamt i relation till den unika patienten. Det öppna och följsamma vårdandet inkluderar sådant som vårdande möten, vårdande samtal och vårdande närvaro. Som sjuksköterska inom den psykiatriska slutenvården gäller det att ha insikt i vilken vård som är vårdande och icke-vårdande, vilken som stärker hälsan och vilken som inte gör så samt vad olika former av vårdande innebär för patienten.

Relationen mellan patient och personal utmärks av ömsesidighet och den byggs inte enbart av ord utan också med icke-verbal kommunikation; vad vi gör tillsammans, hur vi tittar och rör vid varandra, tonfall, gester och kroppshållning (Ekman m.fl. 2020). Även Wiklund Gustin (2020) betonar vikten av ett bra samspel mellan sjuksköterska och patient, då det kan göra avtryck i patientens mående, inte bara i stunden utan också efter mötet. Javinger (2017) betonar, genom sin erfarenhet från psykiatri som patient, att det krävs en stor lyhördhet från vårdpersonalen då de möter människor i sjukdom och kris. Sjukdomen kan medföra svårigheter i kommunikationen, vilket kräver att den som lyssnar visar intresse och engagemang. Javinger (2017) framhåller vidare att om en patient ska känna tillit och våga ta emot hjälp krävs en vårdpersonal som visar omtanke i ord och handling och verkligt försöker förstå patientens situation. En auktoritär eller icke-lyssnande hållning från vårdpersonalen beskrivs i stället utgöra hinder för patienten att känna förtroende i mötet. Molin (2019) beskriver att en interaktion kan vara vårdande eller icke-vårdande och beroende på vilket kan det öka eller minska patientens hälsa och känsla av välmående. Utöver att goda interaktioner har betydelse för patientens välmående så utgör de också en förutsättning för att goda relationer ska kunna utvecklas.

En vårdande relation är enligt Zugai m.fl. (2015) förenad med högre grad av välbefinnande och ett förbättrat hälsoutfall hos patienterna. Jormfeldt (2019) skriver att om en patient på ett genuint och bestående sätt ska våga arbeta med sina hälsohinder krävs en tillitsfull relation mellan patient och vårdare. Molin (2019) skriver att det som karaktäriserar en vårdande relation kan sammanfattas i medmänsklighet. Vidare beskriver hon att det innebär att vårdpersonal inom

psykiatrisk slutenvård i mötet med patienten bör förmedla förståelse och empati, acceptera patientens individualitet, ge stöd, vara närvarande och tillgänglig, främja jämlikhet, visa respekt och bibehålla tydliga gränser.

### **En vårdande relation inom tvångsvård**

Zugai m.fl. (2015) lyfter att det inom psykiatrisk slutenvård, och framförallt då patienten vårdas under tvång, kan vara svårt att uppfylla de kriterier som en vårdande relation baseras på. De skriver att patienterna inom ramen för tvångsvård upplever mindre tillit gentemot vårdpersonalen. Lessard-Deschênes och Goulet (2021) presenterar att sjuksköterskor och patienter är oense kring möjligheten att utveckla en vårdande relation inom ramen för tvångsvård. Sjuksköterskorna har en mer positiv hållning än patienterna och anser att det finns möjligheter att få till stånd en vårdande relation trots hindren som tvångsvården kan innebära. Svenska Psykiatriska Föreningen (2013) skriver att psykiatrisk tvångsvård kan innebära maktutövning i olika former genom att patienten har ett beroendeförhållande till vårdpersonalen. Detta beskrivs bland annat genom en formell makt, vilken uppstår genom att läkaren beslutar om frihetsberövande och tvångsåtgärder. Även fysisk makt kan utövas inom ramen för tvångsvård i samband att fysiska tvångsåtgärder utförs. Vidare anförs att det finns en fortlöpande maktutövning i och med att patienten är medveten om att vårdpersonalen kan tillgripa tvångsåtgärder. Det presenteras att vårdens utövande av makt är särskilt viktigt att reflektera över vid tvångsvård för att viktiga humanistiska grundstenar i vården och behandlingen ska kunna medvetandegöras. Även Hörberg (2017) lyfter att det inom den rättspsykiatriska vården föreligger ett maktutövande. Hörberg (2017) anför att rättspsykiatrisk vård kan ha en prägel av beteendemodifiering och disciplinering, vilket beskrivs riskera utveckla destruktiva maktrelationer i stället för vårdande relationer. Vidare framkommer att det krävs en tydliggjord värdegrund och teoretiska utgångspunkter för vårdande inom denna vårdform som kan stödja vårdpersonal i att skapa och vidmakthålla vårdande relationer. Zugai m.fl. (2015) speglar att en relation mellan patient och sjuksköterska som kännetecknas av makt är något som undergräver en vårdande relation.

Gustafsson och Salzman-Erikson (2016) betonar komplexiteten kring att skapa en vårdande relation inom ramen för rättspsykiatrisk vård. De beskriver att en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska är en viktig faktor för att avvärja våldsamma situationer, vilket ofta orsakar att tvångsåtgärder genomförs. Att en god relation mellan patient och sjuksköterska är en väsentlig del för att förebygga och hantera våldsamma situationer presenteras även av Hylén m.fl. (2019). Det speglas även av Wilson m.fl. (2018) som skriver att genom en förbättrad kommunikation och relation mellan patient och sjuksköterska kan antalet fysiska tvångsåtgärder reduceras. Gustafsson och Salzman-Erikson (2016) framför att komplexiteten med den vårdande relation inom ramen för tvångsvård uppstår i att sjuksköterskan besitter dubbla roller, genom att dels vara den som vårdar, dels den som utför tvångsåtgärder. Hawsawi m.fl. (2020) redogör för att sjuksköterskor uppfattar sitt åtagande att ge patienten god och säker vård som ett etiskt ansvar. Fysiska tvångsåtgärder beskrivs därför kunna orsaka motstridiga känslor inom sjuksköterskan genom att det strider mot den vårdande naturen av yrkesrollen.

Detta speglas även av Wilson m.fl. (2017) och Bigwood och Crowe (2008) som framför att fysiska tvångsåtgärder kan orsaka slitningar hos sjuksköterskan till följd av behovet av att vara terapeutisk och samtidigt bevara säkerheten på avdelningen för patienter och personal. Hawsawi, m.fl. (2020) lyfter att patienter och sjuksköterskor delar negativa erfarenheter och konsekvenser av fysiska tvångsåtgärder. Detta genom upplevelsen av att dessa åtgärder leder till ett avbrott i vården och bestående störningar i relationen mellan patient och sjuksköterska. Detta speglas även av Wilson m.fl. (2017) som hävdar att fysiska tvångsåtgärder stör relationen på lång sikt mellan patient och sjuksköterska genom att den känslomässiga kopplingen mellan parterna brister vid sådana incidenter.

### ***Kommunikation efter fysiska tvångsåtgärder***

Enligt lag ska patienten erbjudas ett uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd. Syftet med ett sådant samtal är att fånga upp patientens reaktioner och ge patienten möjlighet att delge sina upplevelser av händelsen (Uppdrag psykisk hälsa, u.å.). Enligt Socialstyrelsen (2021b) finns uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd ej registrerat i samma utsträckning som antalet registrerade tvångsåtgärder. Enligt Inspektionen för vård och omsorg (2020) erbjuds inte alla patienter ett sådant samtal och det råder brister i dokumentationen kring åtgärden. Gustafsson och Salzman-Erikson (2016) presenterar i sin studie att sjuksköterskor förespråkade debriefing (bearbetande samtal) mellan patient och sjuksköterska där båda parter kan dela sin syn på den aktuella situationen efter tvångsåtgärder. Denna typ av debriefing kan användas i ett led att bevara en god relation efter tvångsåtgärder. Wilson m.fl. (2017) presenterar att såväl patienter som vårdpersonal är i behov av stöd, debriefing och samtalsterapi, för att kunna hantera både de emotionella och de relationella effekterna av fysiska tvångsåtgärder.

### **Den unika livsvärlden**

Dahlberg och Segesten (2010) betonar att målet med vårdande är hälsa och för att nå dit är det betydande att vårdandet berör patientens värld. Det framförs väsentligt att sjuksköterskan i vårdandet intar ett patientfokus genom att vårda med livsvärlden som grund. Livsvärlden är uttryck för det sätt vi förstår oss själva, andra människor och allt annat i världen och det är också en beteckning för den hållning med vilken vi närmar oss andra människor, oss själva och allt annat i världen. Samtidigt som livsvärlden utgör en värld som delas med andra, så är den också personlig och unik för varje människa. Att sjuksköterskan bejakar livsvärlden innebär att en djupare förståelse för patienten kan inbringas. Genom ett fokus på patientens värld kan sjuksköterskan erhålla förståelse för hur hälsa, sjukdom, lidande och vårdande erfars av den unika patienten och hur detta sedermera påverkar patientens livssammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010). Wiklund Gustin (2012) skriver att lidande gör en människa avskuren från andra människor. Hon framför att det är vårdarens ansvar att ta sig till patienten är, vilket kräver närvaro och förmågan att bära svåra känslor. Medlidande möjliggör detta genom att dela patientens känslor, att själv bli berörd och att handla för att lindra lidande. Fokus för medlidande är inte att bota sjukdom eller avlägsna problem utan att giltiggöra och upprätta den utsatta människan. Att förhålla sig till en annan människas livsvärld beskrivs av Dahlberg (2014) som en komplicerad uppgift. Genom öppenhet och följsamhet mot likheter och skillnader kan möjligheten för att uppfatta nyanserna i den andres förståelse av sin livsvärld. Ett öppet

förhållningssätt innebär också en medvetenhet om att sjuksköterskan inte är helt fördomsfri i mötet med den unika patienten. Dahlberg (2014) skriver att det vanligtvis finns en förförståelse inför det vi upplever. Denna förförståelse kan utgöra ett hinder i mötet med patienten om den får utrymme att undanskymma patientens unika erfarenhet. Genom att reflektera över och försöka tygla sin förförståelse i mötet med patienten, så kan hindret minimeras (Dahlberg, 2014). Vidare skriver Dahlberg och Segesten (2010) att ett vårdande som inte förstår eller förmår att möta patientens livsvärld inte är ett verkligt vårdande. Vårdande som har en ambition av att stärka patientens hälsoprocesser och lindra lidande är beroende av det utvecklas vårdande relationer och vårdande möten mellan patient och sjuksköterska.

## **Problemformulering**

Sjuksköterskan ansvarar för att ombesörja god kvalitativ omvårdnad, där vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska är en grundval, samt att ge patienten en trygg och säker personcentrerad vård. Fysiska tvångsåtgärder kan orsaka slitningar hos sjuksköterskan mellan den vårdande yrkesrollen och behovet av att upprätthålla säkerhet och trygghet för patienter och personal. Det finns tidigare studier som visar att vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska påverkas negativt av tvångsvård och fysiska tvångsåtgärder. Mycket av tidigare forskning fokuserar på hur en god relation mellan vårdpersonal och patient och andra förebyggande insatser kan minska användandet av fysiska tvångsåtgärder. Trots att målsättningen internationellt är att reducera tillämpningen av fysiska tvångsåtgärder så är de fortfarande enligt svensk lag acceptabla att använda under speciella förhållanden. Tidigare studier belyser att majoriteten av vårdpersonal anser att fysiska tvångsåtgärder är legitimt under förhållanden där patienten riskerar skada sig själv eller andra, eller då det är nödvändigt för att uppnå centrala syften med tvångsvården. Kunskap som belyser hur sjuksköterskan kan påverka möjligheten att skapa eller bevara en vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder saknas. Denna uppsats hyser förhoppningen om att bidra med en ökad förståelse kring vad som kan främja en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska efter fysiska tvångsåtgärder och därigenom kvalitetssäkra den psykiatriska omvårdnaden.

## **Syfte**

Syftet med denna uppsats är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av hur fysiska tvångsåtgärder inverkar på den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska.

## **Metod**

Då det centrala i uppsatsen var beskrivningen och förståelsen för det studerade fenomenet valdes en kvalitativ metod. Den kvalitativa metoden avser att studera människors levda erfarenheter av ett fenomen. Data samlas in genom sagda ord och formuleringar, vilka sedermera blir föremål för analys (Henricson & Billhult, 2017).

## Metodansats

Då syftet med uppsatsen var att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter krävdes en metodansats där erfarenhetsperspektivet är centralt. Om vi vill veta något om ett mänskligt fenomen, det vill säga vad sjuksköterskor har för erfarenheter av hur fysiska tvångsåtgärder inverkar på den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska, måste vi vända oss till dem som erfar och lever det vi önskar studera (Dahlberg, 2014). Mot bakgrund av detta valdes en teoretisk referensram inom fenomenologin med livsvärldsperspektivet som utgångspunkt.

## Fenomenologi

Fenomenologi är ett begrepp inom filosofin, vilket har som utgångspunkt att få insikter om människans levda erfarenhet och finna meningen/essensen i det aktuella fenomenet, så som det upplevs av människan (Polit & Beck, 2020). Enligt Dahlberg (2019) avser man inom fenomenologisk forskning att jämföra variationer av ett fenomen för att på så vis undersöka det essentiella för just detta fenomen. Det är relationen mellan det essentiella och variationerna som bör intressera undersökaren. Genom att studera människors erfarenhet av fenomenets olika variationer kan undersökaren erhålla förståelse för och beskriva fenomenets kärna eller verkliga natur (Dahlberg, 2019).

Ett centralt förhållningssätt inom fenomenologin är öppenhet, vilket kan förklaras som att undersökaren bör låta fenomenet få visa sig i all sin mångfald och göra full rättvisa åt fenomenet. Undersökaren måste förhålla sig öppet och följsamt mot fenomenet som studeras. Att inta en fenomenologisk ansats innebär att tygla sin förförståelse genom att undvika att på förhand bestämma det fenomen man studerar. Undersökaren kan inte frigöra sig från förförståelsen, men dess inverkan på förståelseprocessen bör tyglas. Detta tyglande innebär att undersökaren intar en hållning där egna föreställningar, kunskaper och tankar om det studerade fenomenet hålls tillbaka med hjälp av reflektion (Dahlberg, 2019).

## *Livsvärldsperspektiv*

Livsvärldsteorin är en vetenskaplig modell för att beskriva den existentiella värld som alla människor har. Att inta ett livsvärldsperspektiv innebär i undersökningssammanhang en viktig kunskapsteoretisk grund, vilket lämpar sig vid undersökningar som syftar till att förstå, exempelvis sjuksköterskor; hur de tänker, erfar, förhåller sig till ett fenomen. Det handlar vidare om att uppfatta, analysera, klargöra och beskriva ett fenomen såsom det erfars av deltagarna (Dahlberg, 2014). Återigen poängteras det öppna och följsamma förhållningssättet till det undersökta fenomenet. Att söka efter förståelse på ett sådant sätt att man når fram till deltagarnas livsvärld kräver öppenhet och följsamhet genom alla delar av examensarbetet. Det handlar bland annat om att vara öppen och följsam för likheter och olikheter, att se gemensamma drag och nyanser i deltagarnas erfarenhet av fenomenet. Att vara öppen handlar också om att undersökaren är verkligt intresserad, vill förstå fenomenet och förstå det på ett nytt sätt (Dahlberg, 2014).

## Datainsamling

Då syftet med uppsatsen var att beskriva erfarenheter av det aktuella fenomenet valdes intervjuer som datainsamlingsmetod. Datainsamlingen grundades på semistrukturerade intervjuer, vilket innebar en intervjumetod med öppna frågeställningar. Frågorna formulerades i en viss struktur, men anpassades efter vad som kom upp i intervjun och för att rättas mot syftet med projektet. Intervjuguiden (bilaga 1) innehöll sex huvudfrågor och utefter intervjupersonens svar ställdes följdfrågor.

Ett strategiskt urval tillämpades i uppsatsen, vilket syftade till att insamlat material skulle innehålla adekvat data, både vad gäller djup och variationsrikedom. Målsättningen var att erhålla en variation i ålder, kön, yrkeserfarenhet och utbildningsnivå hos deltagarna för att nå en variationsrik beskrivning av fenomenet.

Totalt intervjuades åtta sjuksköterskor, varav två män och sex kvinnor. Intervjupersonerna hade arbetat som sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården mellan fem månader och 36 år. Två av sjuksköterskorna hade specialistutbildning inom psykiatrisk vård och en hade påbörjat en sådan utbildning. Intervjuerna ägde rum på intervjupersonernas arbetsplats, under arbetstid, i ett avskilt rum. De båda ansvariga för projektet närvarade vid de två första intervjuerna, men endast en av de ansvariga höll i samtalet. Resterande sex intervjuer genomfördes enskilt med en av de ansvariga och intervjupersonen. Intervjuerna spelades in i sin helhet med diktafon som lånades via Göteborgs Universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Intervjuerna varade mellan 7,44 och 30,45 minuter.

## Urvalsprocess

Inklusionskriterier för denna uppsats bestod av sjuksköterskor som arbetar inom vuxenpsykiatrisk slutenvård, som har erfarenhet av att vårda patienter i samband med och efter fysiska tvångsåtgärder. De psykiatriska slutenvårdsavdelningarna valdes utifrån geografisk närhet. Tillstånd att göra en datainsamling skall ges av berörd enhet (Kjellström, 2017). Verksamhetschefen för de psykiatriska slutenvårdsavdelningarna på Skaraborgs Sjukhus gav tillstånd att rekrytera deltagare. Urvalsprocessen initierades med hjälp av enhetscheferna på aktuella slutenvårdsavdelningar, vilka var rättspsykiatrisk och psykiatriska slutenvårdsavdelningar med olika inriktningar på Skaraborgs Sjukhus. Enhetscheferna erhöll informationsbrev till deltagare (bilaga 2) som innehöll en orientering i projektet och syftet med uppsatsen. Informationsbrevet vidarebefordrades sedermera av enhetscheferna till tänkbara deltagare, vilka ombads kontakta de ansvariga för magisteruppsatsen vid intresse av att delta. Till en början tedde sig intresset för deltagande svagt då endast ett fåtal tog kontakt med de ansvariga denna väg. Därför tillfrågades några av de potentiella deltagarna personligen av de ansvariga om intresse av att medverka och samtliga var positiva till att delta. Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) och Etikprövningsmyndigheten (u.å.) skall godkännande ges av deltagarna och i detta projekt gavs godkännande av intervjupersonerna muntligen vid första kontakten och en andra gång precis innan intervjun startade.



## Dataanalys

Data utifrån de åtta intervjuerna analyserades efter beskrivande innebördsanalys enligt Dahlberg (2014). Dataanalysen beskrivs som ett förlopp mellan helhet, delar och helhet. Samtliga intervjuer transkriberades i sin helhet, med pauser, harklingar och skratt. Materialet har analyserats först enskilt och sedan tillsammans av de ansvariga för arbetet. De transkriberade intervjuerna, vilket blev totalt 55 sidor textmaterial, lästes igenom upprepade gånger tills materialet kändes välbekant och en uppfattning om helheten framträdde. Intresset för analysen var att fånga intervjupersonernas uppfattning kring sin livsvärld i relation till det aktuella fenomenet. Efter att författarna besatt ett grepp om helheten påbörjades det faktiska analyserandet i den andra delen av analysen. Här eftersträvades en ingående förståelse av datamaterialet, vilket initierades genom att materialet delades in i mindre delar. I marginalen gjordes noteringar om vilken innebörd som framträdde. Fokus lades även på det som inte uttrycktes bokstavligen för att ge en vägledning om innebörden. När olika meningar eller stycken i materialet hade samma innebörd förenades dessa till en meningsenhet. Dessa meningsenheter med preliminära innebörder har sedermera bearbetats, genom reflektioner och diskussioner, enskilt och tillsammans, för att åter gå mot helheten och kunna beskriva den essentiella innebörden och bestämda innebörder i datamaterialet. Då datamaterialet hade en stor innebördsvariation beskrevs den essentiella innebörden av datamaterialet, vilket är det som förenar alla bestämda innebörder och karaktäriserar det fenomen som studeras.

## Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen är en inflytelserik internationell forskningsetisk riktlinje, som delvis innehåller grundsatsen att trots syftet med forskning är att generera ny kunskap får denna målsättning inte ges företräde för forskningspersonens intresse och rättigheter. Undersökaren har enligt deklarationen en plikt att väga risker, olägenheter och positiva effekter med forskningen mot varandra (Helsingforsdeklarationen, 2013). I Sverige regleras forskningsetik framför allt i lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt delvis även i personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Etikprövningslagen ställer krav på att viss sorts forskning måste prövas av en regional etikprövningsnämnd. Generellt kräver dock studier, som genomförs inom ramen för universitetsstudier på avancerad nivå, inte någon etikprövning. Innan denna uppsats påbörjades krävdes en ansökan om etisk prövning av empirisk studie, vilken godkändes av etikgruppen på Göteborgs universitet. Kärnan i de etiska aspekterna i detta projekt är att värna de berörda människornas lika värde, integritet och självbestämmande. De etiska aspekterna var något som genomsyrade hela uppsatsens process och aktivt och fortlöpande reflekterades kring. Forskningsetik finns för att värna och skydda de som deltar i studien samt värna forskningens anseende och allmänhetens förtroende för universitetet (Kjellström, 2017; Cöster, 2014). För att en studie ska kallas etisk ska den vara av god kvalitet, forskningsfrågan ska ha ett väsentligt värde och den ska vara genomförd på ett etiskt sätt (Kjellström, 2017).

Förhoppningen med denna uppsats var att den har ett värde för den som deltar. Att delta dock kan innebära en påfrestning eller risk till följd av deltagarens roll som informant eller då deras personliga information hanteras (Kjellström, 2017). Deltagandet i detta projektet baserades på frivillighet. Det var av stor vikt att den som tillfrågas att delta i denna uppsats fick tillräckligt med underlag för att kunna lämna ett informerat samtycke. Väsentligt var därför att informationen till deltagarna innehöll all den information som kan behövas för att han eller hon ska kunna ta ställning till deltagandet (Kjellström, 2017). För att säkerställa att ingen deltagare i detta projekt kommer till skada har hänsyn tagits till att ingen information ska leda till att deltagarnas identitet avslöjas. Demografiska data och intervjudata har inte förvarats tillsammans och ingen obehörig person har tillgång till insamlade data. Vidare har författarna till denna uppsats tagit hänsyn till att en intervjustudie kräver särskilda överväganden. Vid en intervjustudie kommer undersökaren nära deltagaren på ett annat sätt än vid jämförelsevis en enkätstudie. Detta kan skapa en risk för att undersökaren påverkar deltagaren, exempelvis genom att han eller hon anpassar sina svar mot vad som antas att undersökaren vill höra. Som undersökare bör man således förhålla sig neutral under intervjusituationen och inte bekräfta eller bestrida informantens berättelse för att undvika att påverka (Kjellström, 2017). Det kan också uppstå situationer då deltagaren reagerar negativt på frågeställningen eller att deltagandet orsakar negativa reflektioner kring tidigare arbetsupplevelser, vilket undersökaren måste ha känslighet för och beredskap att hantera (Kjellström, 2017). Det har därför tydligt framgått i såväl den skriftliga informationen till deltagare och muntligt i samband med intervjun att frågor inte behöver besvaras och att deltagandet när som helst kan avbrytas utan förklaring. Det har också förmedlats information till deltagarna om att författarna kan vara behjälpliga i kontakten med företagshälsovård om reaktioner väcks i samband med intervjun som behöver bearbetas med stöd.

Risker och fördelar med denna uppsats är något som författarna har reflekterat och tagit ställning kring. Trots att grundsatsen med detta projekt är förhoppningen om att utveckla och förbättra den psykiatriska omvårdnaden på lokal nivå samt utveckla den enskilde sjuksköterskans reflektion över arbetet så får denna målsättning inte ges företräde för deltagarens intresse och rättigheter.

## Resultat

Vid bearbetning av datamaterialet framträdde den essentiella innebörden och underliggande innebörder. Dessa förstärks genom olika beskrivningar från sjuksköterskorna vilka introduceras i kursiv stil. Essensen är det som i analysen av datamaterialet framträdde som det som förenar alla variationer och karakteriserar fenomenet. Innebördteman presenteras för att ytterligare skildra de variationer och nyanser som blev synliga genom analysen av datamaterialet (se tabell 1.)

<i>Balansen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder</i>					
Upplevelsen av att kränka en annan människa	Att upprätthålla en vårdande relation	Att äventyra en vårdande relation	Att reducera maktutövandet	Kommunikationens och samtalets betydelse	Sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap

Tabell 1

## Essens: Balansen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder

Sjuksköterskan beskrev hur hens uppgift är att *upprätthålla en balans i mötet med patienten, och att sjuksköterskan är patientens förespråkare i processen mot hälsa men att hen kan vara nödgad att förorsaka ytterligare lidande hos patienten för att uppnå hälsa i slutändan*. Att utföra fysiska tvångsåtgärder beskrevs av sjuksköterskorna som en nödvändighet i den givna situationen och det är goda intentioner som ligger till grund för tvångsåtgärden. I situationen, då fysiska tvångsåtgärder kan vara aktuellt, beskrev sjuksköterskorna att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, saknar sjukdomsinsikt och kan utgöra en fara för sig själv eller andra människor. Tvångsåtgärder skildrades då vara nödvändigt och effektivt för att föra en behandling framåt. Målsättningen med fysiska tvångsåtgärder beskrevs vara att uppnå en bättre psykisk balans hos patienten och därigenom underlätta för patienten att vara delaktig i sin vård och i slutändan stärka patientens hälsoprocesser. Fysiska tvångsåtgärder beskrevs genomgående av sjuksköterskorna som en handling, vilken kan kränka en annans autonomi och integritet, men samtidigt måste göras för patientens skull.

### Upplevelsen av att kränka en annan människa

Många sjuksköterskor beskrev att situationer som resulterar i fysiska tvångsåtgärder eller på annat sätt går emot patientens självbestämmande eller kränker integriteten kan upplevas frustrerande och kan väcka emotionella reaktioner hos sjuksköterskan. Ett flertal sjuksköterskor ifrågasatte om de någonsin kommer att vänja sig vid uppgiften, trots att det för vissa av dem är en del av det dagliga arbetet.

*”Man gör någonting som är bra, fast det inte känns bra ändå” (Intervjuperson A)*

*”Det är klart det är lite jobbigt, det är som ett övergrepp, samtidigt som det måste göras för patientens skull” (Intervjuperson H)*

En sjuksköterska skildrade dock inte alls att fysiska tvångsåtgärder var påfrestande att genomföra eller att det väckte någon känslomässig respons. Fysiska tvångsåtgärder beskrevs av intervjupersonen som en uppgift sjuksköterskan är förpliktigad att utföra efter läkarens ordination och att det är för patientens bästa.

Sjuksköterskorna beskrev att den känslomässiga responsen hos sjuksköterskan främst är förenad med patientens reaktion på den fysiska tvångsåtgärden. Då patienten stretar emot, ger uttryck för att vara rädd och tydligt visar att situationen är påfrestande kan känslor av frustration, stress, dåligt samvete och medkänsla för patienten frambringas hos sjuksköterskan. Några av intervjupersonerna skildrade att de kan känna sig obekväma och osäkra i samband med utförandet av fysiska tvångsåtgärder. En av sjuksköterskorna skildrade att det är mer påfrestande att utföra en tvångsåtgärd då en patient uppvisar medvetenhet än då patienten har en uppenbart förvrängd verklighetsuppfattning. I den akuta situationen beskrev sjuksköterskorna att de stänger av de emotionella reaktionerna och ikläder sig rollen som verkställare av läkarens ordination samt riktar fokus mot uppgiften. Att dölja sina känslor beskrevs också som ett sätt för sjuksköterskan att lugna situationen.

*”Det känns lite jobbigt, men ändå att det sker ju för att det verkligen behövs och då får man väl försöka stoppa undan de känslorna, att det känns jobbigt, för att det är något som behöver göras” (Intervjuperson E)*

Sjuksköterskorna beskrev att vissa fysiska tvångsåtgärder är svårare än andra att utföra. En av deltagarna beskrev att situationen runt fastspänning brukar vara det mest dramatiska och att det är en stor kontrast till avskiljning. Samtidigt beskrev informanten att steget är längre till att avskilja en patient än att utsätta en patient för fastspänning.

*”Jag upplever nog själv att det är mer dramatiskt att bli bältad och fastspänd...För jag menar, våra avskiljningsrum nu som vi har, de är ju fina. Vi har ju visserligen inget rökrum, men de är ju fina liksom...Så hellre att vara instängd på sitt rum än att faktiskt bli fastsatt i bälte” (Intervjuperson G)*

Majoriteten av sjuksköterskorna skildrade att de känner med patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder. I de situationer då fysiska tvångsåtgärder är nödvändigt söker sjuksköterskan förklaringar och försvar för sitt handlande och lyfter fram den professionella plikten. Att det är någon annan än sjuksköterskan som äger det yttersta ansvaret för tvångsåtgärden beskrevs underlätta för sjuksköterskan att utföra och hantera uppgiften. Då fysiska tvångsåtgärder utförs korrekt och noga styrt och då åtgärden fungerar konstruktivt och medför positiva resultat för patienten kan sjuksköterskan lättare acceptera handlingen. Att patientens autonomi och integritet har överskridits men på sikt resulterat i stärkta hälsoprocesser kan ingjuta en känsla av förståelse hos sjuksköterskan.

*”Patienten säger sig själv vara mycket mer välmående, då känns det som att det...Det känns ju bra då” (Intervjuperson G)*

En sjuksköterska skildrade att känslan av samvetsqual och att ha handlat felaktigt gentemot patienten kunde frambringas om situationen runt tvångsåtgärden inte utfördes på ett varsamt sätt eller då situationen var ostrukturerad.

### **Att upprätthålla en vårdande relation**

Många av sjuksköterskorna beskrev att det var betydande att etablera en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska för att stärka och stödja patienten i processen mot hälsa. Sjuksköterskorna skildrade att tillit, trygghet och partnerskap är väsentligheter för att möjliggöra en sådan relation.

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev att patienten i många fall inte ger uttryck för att ha upplevt den fysiska tvångsåtgärden som psykiskt påfrestande och att patient och sjuksköterska når ett samförstånd kring händelsen. Sjuksköterskorna beskrev att relationen inte berörs i negativ riktning. En av sjuksköterskorna skildrade att det är enklare att bevara en vårdande relation då det sedan tidigare finns en befäst relation till patienten. Intervjupersonerna beskrev att patienten i många fall uttrycker ånger för ett agerande som ledde fram till tvångsåtgärden och att de i vissa fall till och med kan uttrycka tacksamhet gentemot vårdpersonalen. Sjuksköterskorna beskrev att för många patienter är fysiska tvångsåtgärder en del av vardagen och ett bekant inslag i vården. En sjuksköterska skildrade att det förekommer att patienter strävar efter att utsätta sig för fysiska tvångsåtgärder, som en del i ett självskadebeteende eller i syfte att erhålla en viss sorts läkemedel.

*”De kanske har fått tvångsåtgärder väldigt ofta, så det bara är en del av vardagen...Men ja, det är lite tragiskt i sig” (Intervjuperson A)*

*”Då känns det nästan som att de är vana vid de här tvångsåtgärderna...De vet ju vad som väntar, att bråkar jag nu så kommer jag få medicin...Och då bränner man av det och sen är det som att inget hade hänt” (Intervjuperson G)*

Det skildrades av sjuksköterskorna som väsentligt att genom sina handlingar tålmodigt visa att sjuksköterskan fortfarande finns kvar, bryr sig om patienten och vill återställa den ömsesidiga tilliten och tryggheten. Att sjuksköterskan är uthållig och förstående även i svåra situationer skildrades av sjuksköterskorna som betydande. Det beskrevs som väsentligt att sjuksköterskan besitter en förmåga att sätta sig in i patientens utsatta situation och inte låter situationen runt den fysiska tvångsåtgärden färga mötet med patienten därefter.

*”Jag vet ju att i merparten av fallen så är ju patienten ordentligt sjuk och då köper jag att de kan bli våldsamma. De är så pass sjuka med sina röster etcetera, så det gör mig ingenting” (Intervjuperson D)*

*”Att man fortfarande stannar kvar...Att man vågar stanna kvar hos patienten och vågar lyssna på vad de säger...Lyssna så att den får prata ut, även om det är jobbigt att höra” (Intervjuperson F)*

### **Att äventyra en vårdande relation**

Många av sjuksköterskorna skildrade att det inte är okomplicerat att få till stånd en vårdande relation inom ramen för tvångsvård. Dels beskrevs patientens hälsohinder, exempelvis misstänksamhet, utgöra en barriär för den vårdande relationen. Sjuksköterskorna beskrev vidare att en relation kan hotas genom att patienten blir föremål för fysiska tvångsåtgärder. Sjuksköterskorna skildrade att patienten efter en sådan åtgärd kan ge uttryck för att ha blivit sviken eller fått värdigheten kränkt. Ett uppbyggt förtroende kan raderas då tilliten till sjuksköterskan brister. Sjuksköterskan kan komma till insikt om att den stödjande funktion som tidigare funnits plötsligt gått förlorad, vilket kan väcka känslor av att ha svikit, uppgivenhet och sorg hos sjuksköterskan. Det skildrades av sjuksköterskorna som angeläget att sträva efter att återskapa relationen med den patient som uppfattat tvångsåtgärden som ett övergrepp, tagit illa vid sig och förlorat förtroendet till sjuksköterskan. Sjuksköterskorna skildrade hur patienten efter en fysisk tvångsåtgärd kan skuldbelägga och svartmåla vårdpersonalen som närvarat vid tvångsåtgärden. Dock beskrevs det av flera sjuksköterskor att det är vanligare att patienten kastar skulden på beslutsfattaren av åtgärden, alltså läkaren. Två av sjuksköterskorna beskrev dock att de inte hade någon erfarenhet av att relationen mellan patient och sjuksköterskan påverkats i negativ riktning till följd av en fysisk tvångsåtgärd.

*”Jag har varit den som velat vara patientens advokat och vårda hela den...Men jag har blivit utesluten ur den ekvationen...Patienten upplever att jag är på läkarens sida, som den inte tycker om, eller ja, på fel sida om beslut...Vi jobbar mycket med förtroende och tappar man förtroendet för någon så är det väldigt svårt att vara den som kan hjälpa sedan”*  
(Intervjuperson A)

*”Då fick jag höra det ganska länge efteråt ”Hur kunde du göra så mot mig? Jag tyckte bra om dig, du var snäll”* (Intervjuperson B)

Många av sjuksköterskorna skildrade hur en fysisk tvångsåtgärd kan vara traumatiserande för patienten och orsaka ett ökat vårdlidande. En sjuksköterska skildrade hur en ostrukturerad tvångsåtgärd kan öka risken för att patienten upplever åtgärden som psykiskt påfrestande och kan försvåra för relationsskapande i efterförloppet.

*”Det känns fel att det inte blev bra. Det känns som att det blev ett ytterligare litet lidande för patienten”* (Intervjuperson B)

### **Att reducera maktutövändet**

Sjuksköterskorna beskrev att det finns ett maktförhållande mellan vårdpersonal och patient inom den psykiatriska slutenvården. Sjuksköterskorna skildrade en strävan om att nå jämlikhet i mötet med patienten och förskjuta makten från vårdare till patient. Genom delaktighet och kompromisser beskrevs sjuksköterskan undvika många fysiska tvångsåtgärder, men patienten skildrades stundtals bli föremål för ett informellt tvång. Det informella tvånget beskrevs framträda exempelvis genom att patienten kan låtas välja mellan tablett och injektion. Vid

utförandet av fysiska tvångsåtgärder skildrades maktförhållandet mellan vårdpersonal och patient blir extra påtagligt, genom att vårdpersonalens ord väger mer än patientens. Sjuksköterskorna beskrev att de strävade efter att reducera den indirekta makten och genom att erbjuda patienten små val stärka delaktigheten. Det beskrevs också betydande att skydda den integritet som finns kvar hos patienten genom att säkerställa att åtgärden genomförs på ett skonsamt sätt.

*”Att man gör det på ett bra sätt...Säger till innan man sticker, om det är injektioner till exempel... ”Gör det ont? Nu kommer det att spänna lite i muskeln” ...Att man ändå visar att man bryr sig om patienten, hur patienten känner...Även om de inte upplever det så precis då” (Intervjuperson H)*

*”Man sitter på ganska mycket makt, som man försöker förminska, för att få patienten att bli delaktig” (Intervjuperson A)*

Sjuksköterskorna skildrade hur de efter en fysisk tvångsåtgärd eftersträvar att stödja patienten att återupprätta sin autonomi. Sjuksköterskorna beskrev hur de genom att tillgodose patientens grundläggande behov och vara tillmötesgående av rimliga önskemål möjliggör för patienten att vara delaktig.

*”Att patienten, i allt som nu har gått emot patienten, också kan få bestämma någonting...De får åtminstone röka eller får åtminstone ringa till sin mamma eller pappa, eller vad det nu kan vara” (Intervjuperson A)*

Sjuksköterskorna skildrade att känslor av rädsla eller obehag kan frambringas om en patient varit våldsam. En sjuksköterska beskrev hur hen blev mer vaksam och ”på sin vakt”. Många av sjuksköterskorna beskrev att detta kan försvåra för sjuksköterskan att närma sig och möta patienten utan att riskera sin egen eller annan vårdpersonals säkerhet. Att flera vårdare i grupp närmar sig patienten kan uppfattas som provocerande och förstärka vårdpersonalens maktposition och ojämlikheten mellan patient och vårdare

*”Om patienten har varit utåtagerande då kanske man kan känna att här vågar inte jag sätta mig själv. Då kanske det kräver två eller tre som ska vara där. Då blir det i sig själv ett hinder. Det är lite igen det här med makt, maktpositionen som man har. Ska här komma in tre stycken och prata med mig så är det inte riktigt jämnt då. Sen får man ju inte riskera säkerhet” (Intervjuperson A)*

En av sjuksköterskorna skildrade att det är väsentligt att sjuksköterskan axlar ansvaret för att möta patienten och befästa relationen efter en våldsam situation, trots att det enklaste vore att undvika mer än nödvändig kontakt. Att sjuksköterskan söker efter strategier och vägar för att kunna närma sig patienten trots en underliggande rädsla.

## Kommunikationens och samtalets betydelse

Sjuksköterskorna beskrev att kommunikationen, både den verbala och icke-verbala, med patienten är betydande såväl före, under och efter en fysisk tvångsåtgärd. Många av sjuksköterskorna skildrade att genom kommunikationen kan trygghet, lugn och ömsesidig förståelse inbringas. En av sjuksköterskorna skildrade att en hotfull situation kan reduceras då sjuksköterskan genom kroppsspråk och ton i röstens förmedlar lugn. Många av sjuksköterskorna beskrev dock att det inte är okomplicerat med kommunikationen i en akut och kanske tumultartad situation. Allvarlighetsgraden i patientens psykiska tillstånd beskrevs också påverka kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

*”Ibland så når man ju inte fram till patienten...Ja det är väl oftast då som det behöver bli sådana här tvångsåtgärder, när man liksom inte når fram på något annat sätt...Det blir inte så mycket kommunikation, eller man kanske inte får så mycket svar från patienten...Man försöker väl göra sitt bästa för att förklara för patienten vad som händer och vara så lugn som möjligt” (Intervjuperson E)*

Flera av sjuksköterskorna beskrev att då kommunikationen och samspelet brister kan en känsla av övergivenhet skapas hos patienten, vilket beskrevs öka vårdlidandet hos patienten.

*”Att alla gör momenten och sen släpper man armar och så går alla liksom...Men ingen pratar med patienten, då känns det inte bra...Även om patienten är medtagen och så där så känns det som att patienten glöms bort lite ibland. Att man är väldigt inkörd på själva momentet...Man gör för att man måste, för att patienten är i behov av det, men man glömmar också lite. Patienten är också en människa med känslor och så” (Intervjuperson B)*

Sjuksköterskorna beskrev genomgående vikten av att samtala med patienten efter fysiska tvångsåtgärder för att motverka den negativa upplevelsen av tvångsåtgärden och för att möjliggöra en ömsesidig förståelse.

*”Man kanske inte kan komma överens, men man kan kanske mötas någonstans...Att patienten kanske kan, någonstans innerst inne, få en förståelse varför man gör vissa moment...Men det är nog viktigt att också vi, som gör momentet, ändå respekterar och hör patienten” (Intervjuperson B)*

Det framträdde något delade meningar kring det formella uppföljande samtal som enligt lag ska erbjudas patienten efter en fysisk tvångsåtgärd. Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev att detta samtal genomförs då patientens tillstånd tillåter. En sjuksköterska skildrade dock att detta samtal inte alltid prioriteras eller genomförs då patienten inte gett uttryck för att uppleva tvångsåtgärden som påfrestande. En annan sjuksköterska skildrade att det många gånger inte finns ett terapeutiskt syfte med detta samtal, men att det ändå kan vara uppskattat av patienterna.



Sjuksköterskorna skildrade att ett bearbetande och vårdande samtal kan ske formellt men ofta sker informellt. Det kan ske på patientens initiativ, då sjuksköterskan blir sittande hos patienten. Sjuksköterskorna beskrev att en förutsättning för att samtalet ska vara vårdande är att patienten uppnått ett mer balanserat tillstånd och har viljan att prata. Sjuksköterskorna beskrev att sjuksköterskan kan behöva vänta in patienten, tills att förtroende finns för att få till stånd ett sådant samtal. Vidare skildrades att en tillåtande arbetsmiljön är en förutsättning. Att sjuksköterskan ges tid att vara närvarande i samtalet. Intervjupersonerna beskrev att det är betydande att sjuksköterskan i samtalet är lyhörd och genom ett öppet förhållningssätt lyssnar till patientens upplevelse och erfarenhet. Att sjuksköterskan tar till sig av det som patienten delar och bekräftar patientens lidande.

### **Sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap**

Många sjuksköterskor skildrade att reflektion och samtal tillsammans med kollegor efter fysiska tvångsåtgärder är värdefullt. Sjuksköterskorna beskrev att känslor och reaktioner lättare kan synliggöras och bearbetas genom att återkoppla med andra människor. Att reflektera kring händelsen tillsammans med kollegor är ett hjälpmedel för sjuksköterskan att lämna händelsen bakom sig men skildrades också som ett verktyg för att förbättra utförandet av tvångsåtgärder och medvetandegöra patienters och vårdpersonals behov vid och efter fysiska tvångsåtgärder. Det framkom inte vilken typ av reflektion som sjuksköterskor anser är den bästa, utan att alla former av reflektion kan inbringa insikter och förståelse för både patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. En sjuksköterska beskrev att det är särskilt betydande då sjuksköterskan är ny inom yrket att få möjlighet till reflektion och få handledning av mer erfarna kollegor kring uppgiften, för att stärka tryggheten och underlätta hanterandet av denna typ av arbetsuppgift. En av sjuksköterskorna skildrade att möjligheten till handledning och reflektion är bristfällig.

*”Det är inte alltid tiden finns, men om man har typ en kvart över på eftermiddagen...Om någon kanske tyckte det var jobbigt eller någon tyckte det inte blev bra. Någon kanske tyckte det blev bra. Att man försöker prata med varandra...För vi alla känner olika. Jag kanske tyckte det gick bra och det kändes bra för mig, men det betyder inte att min kollega tycker det.” (Intervjuperson G)*

Sjuksköterskor skildrar genomgående vikten av att fysiska tvångsåtgärder genomförs på ett kontrollerat, lugnt och säkert sätt med en målsättning att vara så skonsam som möjlig. För att underlätta en varsam, välordnad och säker tvångsåtgärd är kunskap om uppgiften betydande och att arbetsgruppen är samspelt. Sjuksköterskor beskrev att utbildning och träning är viktiga element för att nå hit.

*”Att vi ska bli mer, som personal, mer samspelta, för att det går...Att det blir säkrare, tryggare och lugnare på olika sätt...Att personalen känner en trygghet också, så att det inte blir det här att alla pratar i mun på varandra och alla gör på sitt sätt. Utan att det blir en trygg situation och en lugn situation även om vi behöver utföra en tvångsåtgärd.” (Intervjuperson H)*

*”Ibland när man har kommit till en annan avdelning för att stötta och hjälpa till så har det inte alltid varit förberett och ingen vet vad man ska göra. Då blir man väldigt osäker, när det inte finns någon som tar kommando.” (Intervjuperson B)*

Sjuksköterskor skildrade ett en sammanhållen arbetsgrupp med ett gemensamt tankesätt kan öka tryggheten och självsäkerheten med uppgiften. Osäkerhet kring uppgiften och ett ostrukturerat förfarande beskrevs vara ogynnsamt för patienten och något som kan förlänga patientens lidande. En sjuksköterska skildrade att en oordnad tvångsåtgärd som inte blivit utförd på ett optimalt sätt kan framkalla känslor av irritation och ilska mot kollegor.

*”Vi kanske också behöver träna på att jobba ihop oss lite på avdelningen, det blir mycket så här att man blir stående och diskuterar...Man står och ältar med patienten...Man drar ut på det liksom. Patienten är rädd och man drar ut på det för att det är ingen som riktigt kommer sig för att ta steget att nu får det här bli gjort.” (Intervjuperson G)*

*”Ibland har jag tyckt att det tar lite för lång tid och det blir ett onödigt lidande.” (Intervjuperson B)*

Sjuksköterskorna skildrade att osäkerhet och oerfarenhet hos sjuksköterskan kan medföra att hen kan vara benägen att be en kollega, exempelvis en sjuksköterska från en annan avdelning, att ombesörja tvångsåtgärden. Detta förfarande skildrades också som ett sätt att underlätta mötet med patienten efter tvångsåtgärden. En sjuksköterska beskrev dock att det kan vara ogynnsamt att delegera utförandet av tvångsåtgärden till en kollega, då patienten kan uppfatta sjuksköterskan som rädd.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Till uppsatsen valdes en kvalitativ studie med livsvärldsperspektivet som metodansats, vilket bedömdes lämpligt i relation till syftet med arbetet. En fördel med den kvalitativa metoden är att undersökaren söker sig specifikt till personer som har den levda erfarenheten av fenomenet som studeras, vilket kan ge rika beskrivningar (Polit & Beck, 2020). Livsvärldsperspektivet vilar på en vetenskaplig grund. Livsvärldsperspektivet skildrar hur människan erfar sin tillvaro tillsammans med andra men också på sitt unika sätt. Genom livsvärldsansatsen kan en förståelse för andra människors föreställning om världen frambringas (Dahlberg, 2014). Då författarna till denna uppsats har erfarenhet av psykiatrisk vård och tvångsvård, med de åtgärder detta kan innebära, krävdes en medvetenhet om att detta kunde utgöra såväl en förståelse som ett hinder. Förförståelsen kan utgöra ett hinder genom att undersökaren tappar nyfikenheten och presumerar under projektet (Dahlberg, 2014). Därför var det väsentligt att kontinuerligt föra en dialog och diskussion mellan undersökarna för att påminna varandra om och reflektera kring

den egna förförståelsen. Detta bedöms ha minimerat risken för att förförståelsen har fått för stort inflytande på resultatet. Förförståelsen har samtidigt varit en hjälp i detta projekt. För att kunna förstå den underliggande innebörden i datamaterialet krävs en förkunskap. Utan förförståelse finns ingen möjlighet till tolkning (Dahlberg, 2014).

Uppsatsen strävade efter en förståelse av fenomenet med en så hög grad av sanning som möjligt, vilket krävde objektivitet och en önskan om att överraskas av resultatet. Vidare var det väsentligt hur projektet strukturerades, exempelvis hur intervjuerna genomfördes, för att stärka trovärdigheten och intresset i resultatet (Dahlberg, 2014). Då uppsatsen hade en avsikt om att verkligen förstå en annan människa, dess livsvärld, krävdes öppenhet och följsamhet i datainsamlingen och en hållning där förförståelsen tyglades. Det gällde att vara öppen och följsam mot de likheter och olikheter som dykte upp genom datainsamlingen, för att kunna notera gemensamma drag och nyanser i berättelserna (Dahlberg, 2014). Datainsamlingsmetod i projektet var semistrukturerade intervjuer. De semistrukturerade intervjuerna baserades på öppna frågeställningar, vilket möjliggjorde för intervjupersonen att berätta fritt om sina erfarenheter. Enligt Polit och Beck (2020) kan öppna frågeställningar ge ett rikt datamaterial och stärka trovärdigheten med uppsatsen. Då öppna frågeställningar används kan det vara en utmaning att behålla den röda tråden och bevara fokus mot syftet. Därför användes en intervjuguide för att säkerställa grundstrukturen och samla in beskrivningar som svarade på syftet med uppsatsen (Polit & Beck, 2020). Intervjuguiden skapades genom vår förståelse kring det undersökta fenomenet. Att använda en intervjuguide upplevdes som ett stöd då författarna saknar erfarenhet av att genomföra intervjuer. De öppna frågeställningarna kompletterades med följdfrågor utifrån intervjupersonens svar för att nå ett större djup i beskrivningarna. Författarna observerade att vissa av intervjupersonerna hade svårigheter med att beskriva sina erfarenheter och det är osäkert om vi vid alla intervjuer nådde en inblick i deltagarens livsvärld. Möjligtvis hade fler eller andra följdfrågor kunnat underlätta för deltagaren att reflektera mer kring sina erfarenheter och dela med sig av sin livsvärld. Det finns en risk att vår ovana av att genomföra intervjuer skulle kunna påverka resultatet genom att inte fånga innebörden av det undersökta fenomenet på ett djupare plan. Trots att alla intervjuer inte blev lika omfattande beslutades det att samtliga intervjuer skulle inkluderas i resultatet för att inte utesluta någon informants erfarenhet. Enligt Dahlberg (2014) ska intervjuaren vara närvarande i stunden och rikta sin uppmärksamhet på vad intervjupersonen uttrycker och hur hen uttrycker sig. Detta beskrivs som avgörande för att kunna ta del av intervjupersonernas erfarenheter. Att vara fullt närvarande i stunden var något som vi stundtals upplevde som en svårighet, då fokus ibland riktades mot nästa frågeformulering eller följdfråga. Efter de första två intervjuerna justerades intervjuguiden utefter kommentarer från vår handledare med syfte att nå ett större djup i berättelserna.

För att möjliggöra en så stor pålitlighet och trovärdighet som möjligt i detta arbete var också urvalet av deltagare väsentligt att beakta. Urval av intervjupersoner syftade till att få en bred variation på deltagarna, för att nå ett djupt och variationsrikt datamaterial. Då livsvärldsperspektivet utgjorde ett fokus var utgångspunkten för urvalet att söka efter deltagare

som kunde delge sina erfarenheter genom intervjuer. I fenomenologiskt präglade undersökningar bör urvalet vara strategiskt, det vill säga att deltagarna skiljer sig en del åt, så att urvalet uppvisar variation (Dahlberg, 2014). Denna uppsats grundar sig på intervjuer med åtta sjuksköterskor, vilka arbetar på fyra skilda psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Deltagarna hade mellan fem månader och 36 års yrkeserfarenhet från psykiatrisk slutenvård. Två av informanterna var män och resterande kvinnor. Fem av deltagarna var allmänsjuksköterskor och två hade specialistutbildning inom psykiatrisk vård och en hade påbörjat en sådan utbildning. Det strategiska urvalet bedömdes ha potential till att inbringa ett variationsrikt datamaterial, vilket kan öka projektets överförbarhet. I den kvalitativa metoden är resultatet inte generaliserbart på samma sätt som en kvantitativ studies resultat kan vara. Resultatet i den kvalitativa studien strävar efter överförbarhet till situationer i liknande kontext och det som gäller enskilda individer (Polit & Beck, 2020).

Analysmetod i uppsatsen var beskrivande innebördsanalys, relaterat till målet att upptäcka, analysera, klargöra och beskriva innebörden i datamaterialet. Detta har varit en tidskrävande process. Det insamlade datamaterialet har till en början analyserats enskilt. Meningsenheter och preliminära innebörder har sedermera jämförts för att säkerställa att samma resultat frambringades. Stundtals krävdes dialog mellan författarna eftersom samma meningsenhet kunde ha flera olika innebörder. Våra analyser har sedermera skickats till vår handledare för kommentarer och återkoppling. Enligt Dahlberg (2014) ger innebördsanalys en möjlighet att beskriva en djupare innebörd och den underliggande meningen i datamaterialet. I en beskrivande innebördsanalys ligger fokus på det interna datamaterialet och det föreligger därför ingen teori som grund (Dahlberg, 2014). Dahlberg (2014) betonar att det krävs ett visst förhållningssätt för att innebörden ska visa sig, vilket kräver en öppenhet. Intentionen genom analysen har varit öppenhet och följsamhet mot det som intervjupersonerna har beskrivit för att nå ett större djup i analysen. Det var betydande under alla faser av analysen att ha kontroll över och tygla sin förförståelse, vilket innebar att kontrollera de egna föreställningarna, genom reflektion och diskussion, kring det fenomen som utforskas. Det krävdes också en tålmodighet under analysprocessen genom att inte för snabbt bestämma innebörden i materialet utifrån den egna förförståelsen kring ämnet. Vidare krävdes en vilja och nyfikenhet kring att överraskas av materialet. För att stärka giltigheten har citat från intervjupersonerna presenterats i resultatet.

Genomgående under processen med denna uppsats har författarna haft en strävan efter att uppfylla kriterier för tillförlitlighet och pålitlighet. Dahlberg (2014) beskriver att den vetenskapliga hållningen och val av metodansats är faktorer som inverkar på möjligheten att infria dessa krav. Förutom detta är det praktiska genomförandet av projektet av väsentlig vikt. Författarna har mot bakgrund av detta besuttit en medvetenhet och försökt beskriva samtliga delar av tillvägagångssättet i uppsatsen så grundligt som möjligt.

## Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen presenteras utifrån den ordning de uppträder i resultatet. Sammanfattningsvis beskrevs den essentiella innebörden som framträdde i datamaterialet, det

som karaktäriserade fenomen som undersöktes. Detta beskrevs som att sjuksköterskan söker en balans i mötet med patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder och att vara den som stärker och stödjer patientens hälsoprocesser och samtidigt den som överträder patientens integritet och självbestämmande. Fysiska tvångsåtgärder kan äventyra den vårdande relationen, men den vårdande relationen kan också upprätthållas av sjuksköterskorna. Efter fysiska tvångsåtgärder är det betydande att sjuksköterskan reducerar maktutövandet, kommunicerar och samtalar för att skapa vårdande möten, vilket kan möjliggöra för en vårdande relation att skapas eller vidmakthållas.

### **Balansen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder**

Resultatet i uppsatsen visar att sjuksköterskan strävar efter att upprätthålla en balans i mötet med patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder. Sjuksköterskan är patientens förespråkare i processen mot hälsa men hen kan vara nödgad att förorsaka ytterligare lidande hos patienten för att uppnå hälsa i slutändan. Fysiska tvångsåtgärder är en handling, vilken kan kränka en annan persons autonomi och integritet, men samtidigt måste göras för patientens skull. Trots att kränkning av en människas integritet och autonomi kan ses som motstridigt för den vårdande delen av sjuksköterskans yrkesroll så beskrevs fysiska tvångsåtgärder av sjuksköterskorna som en nödvändighet och en handling som kan vara effektiv för att föra en behandling framåt och i slutändan stärka patientens hälsoprocesser. Det finns ett flertal tidigare studier som på liknande sätt belyser att tvångsåtgärder innebär en överträdelse av patientens självbestämmande och integritet med syftet att uppnå centrala ändamål med den psykiatriska vården (Hem m.fl., 2018; Doedens m.fl., 2019; Wilson m.fl., 2017; Perkins m.fl., 2012; Bigwood & Crowe, 2008). Hem m.fl. (2018) presenterar komplexiteten i att uppnå balansen mellan att främja patientens välmående och att tillfoga lidande. En tvångsåtgärd kan på samma gång reducera den fysiska faran för en patient samtidigt som den kan orsaka en psykisk skada genom att åtgärden kränker integriteten. Bigwood och Crowe (2008) skriver att fysiska tvångsåtgärder ofta kan resultera i en konflikt inom sjuksköterskan mellan den vårdande (empatiska och omtänksamma) delen av yrkesrollen och rollen av att upprätthålla kontroll och säkerhet på vårdavdelningen. Denna känsla av konflikt kan mildras om sjuksköterskan besitter en medvetenhet kring att andra alternativ har prövats innan tvångsåtgärden utförs. Wilson m.fl. (2017) framför att fysiska tvångsåtgärder ibland är en nödvändighet, men ska användas som en sista åtgärd. Resultatet i uppsatsen skiljer sig genom att det inte skildrades som betydande att fysiska tvångsåtgärder används som en sista åtgärd.

### **Upplevelsen av att kränka en annan människa**

Uppsatsens resultat presenterar att sjuksköterskan vid fysiska tvångsåtgärder kan uppleva känslor av frustration, stress, dåligt samvete, osäkerhet och medlidande. Även om sjuksköterskan kan rättfärdiga fysiska tvångsåtgärder genom den professionella plikten, ett lagstöd samt att det är för patientens bästa för tvångsåtgärderna så är det är sjuksköterskans ansvar att värna om patientens värdighet. Även Krieger m.fl. (2021) presenterar att fysiska tvångsåtgärder kan orsaka känslomässiga reaktioner hos vårdpersonalen. Wiklund Gustin (2012) beskriver att medlidande möjliggör för förståelse inför patientens värld. Gustafsson och

Salzmann-Ericsson (2016) framför att det är betydande för sjuksköterskan att uppleva känslomässig påfrestning i relation till utförandet av fysiska tvångsåtgärder för att undvika att bli likgiltig inför sina handlingar. Vidare lyfter de att sjuksköterskor kan rättfärdiga handlingen genom att patienten befinner sig i ett sådant tillstånd att hen inte själv kan värna om sin hälsa och det vore oetiskt att låta patienten fortsätta lida. Detta resultat speglas också av Hem m.fl. (2018) som skriver att det främsta rättfärdigandet för tvångsåtgärder är att de kan främja patientens bästa intresse och välmående.

Resultatet visar att erfarenheten av att fysiska tvångsåtgärder i slutändan kan stärka patientens hälsoprocess underlättar för acceptans och förståelse hos sjuksköterskan. Detta resultat skiljer sig från Chambers m.fl. (2015) som framför att majoriteten av sjuksköterskor anser att tvångsåtgärder är ofördelaktigt för både vårdpersonal och patienter, men att det finns sjuksköterskor som ser tvångsåtgärder som konstruktivt och att dessa åtgärder har en funktion inom den psykiatriska vården för att säkerställa patienters och vårdpersonals säkerhet. Fysiska tvångsåtgärder beskrevs inte i uppsatsens resultat som ett verktyg för att upprätthålla kontroll/säkerhet på vårdavdelning, utan skildrades som en åtgärd för att stärka patientens hälsa. Inte heller var det ett genomgående resultat att tvångsåtgärder är ogynnsamt för patienten eller vårdpersonal.

### **Att upprätthålla en vårdande relation**

Uppsatsens resultat visar att det är väsentligt att skapa en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska för att stärka och stödja patienten i processen mot hälsa. Detta stämmer överens med Hylén m.fl. (2019) som framför att vårdpersonal beskriver att skapandet av goda relationer är en viktig och naturlig del av vårdandet. Även Dahlberg och Segesten (2010) skriver att ett vårdande som har strävan att stärka patientens hälsoprocess och lindra lidande är beroende av att det finns en fungerande mellanmännisklig kontakt mellan patient och vårdare och att vårdande möten utvecklas och vårdande relationer uppstår.

I resultatet presenteras att tillit, trygghet och partnerskap är väsentliga komponenter för att etablera och upprätthålla en vårdande relation. Detta resultat speglas genom Keresi m.fl. (2019) som skriver att en vårdande relation bygger på förtroende. Likaså framför Jormfeldt (2019) att om en patient på ett genuint sätt ska våga arbeta med sina hälsohinder krävs en tillitsfull relation mellan patient och vårdare.

Projektets resultat visar att relationen mellan patient och sjuksköterska inte alltid blir berörd i negativ riktning efter fysiska tvångsåtgärder. Resultatet skildrar hur patienten kan uttrycka ånger och rent av tacksamhet gentemot vårdpersonalen efter en fysisk tvångsåtgärd. Likaså framför Wilson m.fl. (2017) att de negativa effekterna på relationen, efter fysiska tvångsåtgärder, kan vara kortvariga. De skriver att flera deltagare (både patienter och vårdpersonal) i sin studie inte upplevde någon signifikant påverkan på relationen efter fysiska tvångsåtgärder och att vissa av patienterna framförde att fysiska tvångsåtgärder till och med hade en positiv inverkan på relationen mellan patient och sjuksköterska.

Uppsatsens resultat presenterar det som betydande att sjuksköterskan stannar kvar, är uthållig, ger utrymme och väntar in patienten efter fysiska tvångsåtgärder. Att sjuksköterskan inte tvingar sig på patienten utan med tålmodighet strävar efter att återuppbygga den ömsesidiga tilliten och tryggheten i mötet. Detta stämmer överens med Dahlberg och Segesten (2010) som framför att sjuksköterskan måste anpassa mötet efter patientens behov och vara följsamt till hur han eller hon upplever kontakten. Det måste finnas en ömsesidig tillit mellan de båda parterna i det vårdande mötet.

Resultatet redogör för att det är väsentligt att sjuksköterskan är förstående även i svåra situationer. Att sjuksköterskan besitter en förmåga att sätta sig in i patientens utsatta situation och inte låter en situation forma kommande möten med patienten. Detta kan speglas genom Dahlberg och Segesten (2010) som belyser betydelsen av ett öppet och följsamt vårdande genom att sjuksköterskan möter patienten så förutsättningslöst som möjligt.

### **Att äventyra en vårdande relation**

Uppsatsens resultat visar att det kan vara komplicerat att skapa en vårdande relation inom tvångsvård. Zugai m.fl., (2015), Hörberg (2017) och Gustafsson och Salzman-Erikson (2016) framför i sina respektive studier komplexiteten kring att fullgöra de grunder som vårdande relationer bygger på inom ramen för tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Zugai m.fl. (2015) skriver att patienter inom tvångsvård upplever mindre tillit mot personalen. Hörberg (2017) belyser att det inom rättspsykiatrisk vård riskerar att utvecklas destruktiva maktrelationer snarare än vårdande relationer. Utmärkande för detta projekts resultat var betoningen på att patientens hälsohinder, exempelvis misstänksamhet, kan utgöra en barriär för den vårdande relationen.

I resultatet presenteras att patienten vid en fysisk tvångsåtgärd kan uppleva handlingen som en kränkning. Wiklund Gustin (2014) skriver att då en människas värdighet kränks kan upplevelsen av att vara hotad till sin existens uppstå hos människan. Detta kan öka medvetenheten kring att en tillitsfull relation inte är okomplicerad att bygga eller vidmakthålla efter fysiska tvångsåtgärder. Hotas en människas värdighet kan följaktligen relationen hotas.

Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskorna stundtals erfar att patienten svartmålar eller anklagar sjuksköterskan efter fysiska tvångsåtgärder. Detta stämmer överens med Hawsawi m.fl. (2020) som framför att vårdpersonalen kan beskyllas efter fysiska tvångsåtgärder, vilket sedermera kan störa relationen mellan patient och vårdpersonal. Hawsawi m.fl. (2020) lyfter att obearbetad ilska mot vårdpersonal kan orsaka att patienten betraktar vårdpersonalen som dåliga människor och ogillar dem. Resultatet skiljer sig dock från projektets resultat som presenterar att det främst är beslutsfattaren (läkaren) som patienten kastar skulden på.

I resultatet framförs att den vårdande relationen kan äventyras då patientens förtroende för sjuksköterskan brister. Likaså presenterar Hem m.fl. (2018) att tvångsåtgärder kan ha skadliga

effekter på relationen mellan patient och vårdpersonal genom att åtgärden skapar misstro och bristande kommunikation mellan parterna. Även Hawsawi m.fl. (2020); Chambers m.fl. (2015) och Wilson m.fl. (2017) framför att fysiska tvångsåtgärder kan störa och förstöra den vårdande relationen på lång sikt. Chambers m.fl. (2015) skriver att allt som kan förorsaka en åverkan på relationen mellan patienten och sjuksköterska är en källa till betänklighet hos sjuksköterskan och något som kan orsaka både personlig och professionell konflikt hos sjuksköterskan. Uppsatsens resultat speglar detta genom att presentera att insikten av att relationen blivit skadad kan orsaka känslor av uppgivenhet och sorg hos sjuksköterskan.

### **Att reducera maktutövandet**

Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskor erfar att det inom den psykiatriska slutenvården föreligger ett ojämlikt förhållande mellan patient och vårdpersonal, som sjuksköterskan strävar efter att reducera. Resultatet i uppsatsen visar att sjuksköterskor försöker kompromissa och erbjuda små val som ett sätt att undvika fysiska tvångsåtgärder, reducera den indirekta makten och stärka patientdelaktigheten, vilket kan ses som ett informellt tvång. Detta beskrivs av Söderberg m.fl. (2020) som något vilket inte stärker patientdelaktigheten, men kan skapa en känsla av delaktighet hos patienten. Gustafsson och Salzman-Ericsson (2016) presenterar i sin studie att sjuksköterskor i någon mening alltid agerar mot patientens vilja när det gäller tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

I projektets resultat framförs att maktförhållandet mellan vårdpersonal och patient blir påtagligt vid fysiska tvångsåtgärder. Detta stämmer överens med Wilson m.fl. (2017) som skildrar fysiska tvångsåtgärder som en symbol för den makt och kontroll som vårdpersonal har över patienter. Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskan efter en fysisk tvångsåtgärd kan stödja patientens autonomi och delaktighet genom att tillgodose grundläggande behov och vara tillmötesgående av rimliga önskemål. Att betona patientens delaktighet är i linje med hälso- och sjukvårdens ansvar enligt patientlagen (SFS 2014:821), som syftar till att främja patientens delaktighet, integritet och självbestämmande. Ekebergh (2022) belyser att delaktighet inte är synonymt med medbestämmande, utan att delaktighet kan handla om att vara involverad i eller inblandad i. Att patienten är med och har inflytande över sin hälsoprocess och inte lämnas utanför.

Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskan kan uppleva rädsla eller obehag inför att närma sig en patient som varit våldsam vid fysiska tvångsåtgärder. Detta skildrades som ett hinder för ett jämlikt och ömsesidigt möte mellan patient och sjuksköterska. Det beskrevs också kunna föranleda att sjuksköterskan undviker mer än nödvändig kontakt med patienten. Detta stämmer överens med Stevenson m.fl. (2015) som skriver att rädsla kan orsaka att sjuksköterskan distanserar sig från patienten. Mötet mellan patient och vårdare beskrivs då riskera att enbart bli uppgiftsorienterat. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att distanserade vårdare kan hindra upplevelsen av god vård hos patienten. Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskan ska axla ansvaret för att mötet med patientens efter en våldsam situation ska vara vårdande. Detta speglas genom Dahlberg och Segesten (2010) som beskriver att ett vårdande möte kännetecknas



av vårdarens ansvar för interaktionen och dess utveckling och vilket vårdande som kan grundas ur detta. Det är vårdarens ansvar att med sin kunskap, kompetens och ställning se till att mötet blir vårdande. Uppsatsens resultat visar att sjuksköterskan ansvarar för en vårdande utveckling av samspelet med patienten genom att söka strategier och möjliga vägar för att möta patienten trots en underliggande rädsla.

### **Kommunikationens och samtalets betydelse**

Uppsatsens resultat visar att såväl den verbala som icke-verbala kommunikationen är betydande före, under och efter en fysisk tvångsåtgärd. Resultatet visar att sjuksköterskan genom att förmedla ett lugn med hjälp av kroppsspråk och ton i rösten kan reducera en hotfull situation. Vidare presenterar resultatet att genom kommunikation kan trygghet, lugn och ömsesidig förståelse inbringas, vilket beskrevs som värdefulla komponenter i en vårdande relation. Detta stämmer överens med Wiklund Gustin (2020) och Molin (2019) som framför betydelsen av samspelet för att befästa en vårdande relation och för att stärka patientens hälsoprocesser. Jalil m.fl. (2017) framför att de känslor sjuksköterskan upplever och uttrycker i hotfulla situationer kan påverka sjuksköterskans beteende och därigenom trigga eller upprätthålla ett hotfullt agerande hos patienten. Även Dahlberg och Segesten (2010) beskriver betydelsen av den icke-verbala kommunikationen och att sjuksköterskan bör besitta en medvetenhet kring vilket budskap som genom denna ges till patienten. Utmärkande för projektets resultat var att det beskrevs stundtals vara komplicerat att genom kommunikationen forma ett vårdande möte i en akut och kanske tumultartad situation. Patientens psykiska tillstånd beskrevs också påverka kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

I resultatet framförs att då kommunikationen och samspelet brister kan en känsla av övergivenhet uppstå hos patienten, vilket också beskrevs orsaka ett vårdlidande hos patienten. Detta speglas av Hawsawi m.fl. (2020) som skriver att en osäkerhet och en känsla av övergivenhet kan frambringas hos patienten då kommunikationen från vårdpersonalen brister vid fysiska tvångsåtgärder. Resultatet stämmer även överens med Wiklund Gustin (2014) som skriver att sjuksköterskan kan, genom att inte se patienten, bidra till ett ökat vårdlidande.

Uppsatsens resultat presenterar att det framträdde delade meningar kring det formella uppföljande samtalet. Majoriteten beskrev dock att detta samtal genomförs då patientens tillstånd tillåter. Resultatet i uppsatsen visar att det är värdefullt att samtala med patienten för att motverka den negativa upplevelsen av tvångsåtgärden samt för att främja en ömsesidig förståelse. Detta överensstämmer med Hawsawi m.fl. (2020) som framför att störningen i relationen mellan patient och sjuksköterska efter fysiska tvångsåtgärder kan mildras genom att sjuksköterskan medvetet närmar sig patienten och underlättar för samtal. Gustafsson och Salzman-Erikson (2016) lyfter i sin studie att debriefing (bearbetande samtal) är ett konkret sätt att gå vidare från händelsen. Vidare presenterar de att det inte är en konsekvent uppfattning bland sjuksköterskor att det alltid är nödvändigt med denna typ av debriefing. När den optimala tiden för ett uppföljande samtal är behöver vidare utforskas.

I resultatet framförs att ett vårdande samtal efter fysiska tvångsåtgärder fordrar att sjuksköterskan är närvarande, lyhörd och bekräftar patientens lidande. Vidare möjliggörs ett vårdande samtal genom att sjuksköterskan intar en öppen hållning som lyssnar till patientens upplevelse och erfarenhet. Uppsatsens resultat visar att ett vårdande samtal ofta sker informellt, på patientens initiativ, då patienten har uppnått ett mer balanserat psykiskt tillstånd. Detta stämmer överens med Ekebergh och Dahlberg (2022) som skriver att det är genom samtalet som sjuksköterskan möter patientens livsvärld. Ett vårdande samtal syftar till att inge kraft, lindra lidande, skapa välbefinnande och stödja patienten att forma tillvaron på ett meningsfullt sätt. Vidare beskrivs att det är väsentligt att sjuksköterskan är närvarande och kan se och lyssna med skärpt uppmärksamhet för att genomföra ett sådant samtal.

### **Sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap**

Uppsatsens resultat visar att reflektion och samtal med kollegor är ett sätt att synliggöra och bearbeta känslor och reaktioner vid fysiska tvångsåtgärder. Reflektion skildras som ett hjälpmedel för att lämna en svår situation bakom sig och ett verktyg för att förbättra utförandet av fysiska tvångsåtgärder. Vidare presenteras i resultatet att reflektion möjliggör för åskådliggörande av patientens och vårdpersonals behov vid och efter fysiska tvångsåtgärder. Resultatet presenterar att sjuksköterskans möjlighet till reflektion och handledning delvis är bristfällig. Handledning och reflektion beskrevs som ett viktigt stöd för sjuksköterskan som är ny inom yrket, för att stärka tryggheten och underlätta hanterandet av denna typ av arbetsuppgift. Även Chambers m.fl. (2015) skildrar reflektion som ett stöd för sjuksköterskan att kunna utvärdera vad som föregick tvångsåtgärden och vilka konsekvenserna sedermera blev. Uppsatsens resultat överensstämmer också med Bigwood och Crowe (2008) som presenterar att reflektion tillsammans med kollegor är något som kan hjälpa sjuksköterskan att hantera känslor. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att känslor så som rädsla, obehag och ilska behöver bearbetas om ett gott vårdande ska kunna utvecklas.

Projektets resultat visar att utbildning, handledning och reflektion är viktiga element för att underlätta en varsam, välordnad och säker fysisk tvångsåtgärd. Vidare framförs att det kan inbringa insikt och förståelse för både patienter och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. Detta speglas genom Dahlberg och Segesten (2010) som skriver att sjuksköterskan behöver stöd i form av utbildning, fortbildning och handledning. Carlsson (2014) skildrar att vårdaren också behöver vårdas. Genom utbildning, handledning och reflektion ökar möjligheten för att skapa vårdande relationer till både patienter och kollegor. Regelbunden reflektion och handledning kring svåra situationer kan fördjupa kunskapen och självinsikten hos sjuksköterskan.

### **Slutsats och implikationer**

Den essentiella meningen i uppsatsens resultat presenteras som sjuksköterskans strävan efter att uppnå en balans i mötet med patienten som blir föremål för fysiska tvångsåtgärder, att vara patientens förespråkare i processen mot hälsa och samtidigt överträda patientens integritet och självbestämmande. Upplevelsen av att kränka en annan människa kan väcka samvetsqual och

medlidande hos sjuksköterskan. Då patienten blir föremål för fysiska tvångsåtgärder kan den vårdande relationen äventyras, men den kan också vidmakthållas av sjuksköterskan. Den vårdande relationen sätts på spel då förtroendet för sjuksköterskan brister eller då patienten uppfattat åtgärden som en kränkning av värdigheten. Resultatet visar att patienten inte alltid mister tilliten eller upplever den fysiska tvångsåtgärden som en kränkning. Relationen mellan patient och sjuksköterska kan fortgå. Uppsatsens resultat visar att fysiska tvångsåtgärder inte skildras som ett verktyg för att upprätthålla säkerheten på vårdavdelningen, utan som ett redskap för att stärka patientens hälsoprocess på sikt. Resultatet redogör för att en vårdande relation utmärks av tillit, trygghet och partnerskap och är betydande för att sjuksköterskan ska kunna stärka och stödja patienten i processen mot hälsa. Resultatet belyser kommunikationen och samtalets betydelse för att främja vårdande möten och vårdande relationer efter fysiska tvångsåtgärder. Det skildras dock som komplicerat att genom kommunikationen forma ett vårdande möte i en akut och tumultartad situation. Att samtal med patienten efter fysiska tvångsåtgärder är betydande för att motverka den negativa upplevelsen och för att främja en ömsesidig förståelse. Det presenterades som väsentligt att i mötet med patienten efter fysiska tvångsåtgärder reducera maktutövandet, genom att underlätta självbestämmande och förstärka patientens delaktighet. Slutligen presenterades sjuksköterskans behov av reflektion, stöd och kunskap. Möjligheten till reflektion och handledning presenteras delvis vara bristfällig. Uppsatsens resultat visar att då sjuksköterskan får stöd, i form av reflektion, handledning och utbildning, kan känslor och reaktioner bearbetas och förutsättningarna för att tvångsåtgärden genomförs på ett skonsamt, kontrollerat och säkert sätt ökar.

Uppsatsens resultat kan användas som underlag för diskussion och förbättringsarbete inom psykiatrisk heldygnsvård. Genom detta kan en gemensam förståelse inbringas kring hur fysiska tvångsåtgärder kan påverka den vårdande relationen och vad som är betydelsefullt för ett vårdande möte efter sådana åtgärder. Vidare framkom efter detta projekt följande förslag för kliniska implikationer:

- Möjlighet till professionell handledning borde vara ett obligatoriskt inslag för sjuksköterskor som arbetar med att vårda patienter enligt LPT eller LRV.
- Möjlighet till handledning av erfarna kollegor, före, under och efter en tvångsåtgärd för sjuksköterskor med mindre/ liten erfarenhet. Detta för att fånga upp känslor och upplevelser hos sjuksköterskan vid fysiska tvångsåtgärder. Nya sjuksköterskor ska inte lämnas ensamma vid fysiska tvångsåtgärder.
- Regelbunden utbildning av sjuksköterskor kring de lagar som styr tvångsvården, bemötande och handhavande vid fysiska tvångsåtgärder.
- Erbjudna grundutbildade sjuksköterskor specialistutbildning inom psykiatrisk omvårdnad för att fördjupa kunskaperna kring vårdande möten och vårdande relationer.
- Möjlighet till utbildningar i samtalsteknik.

## Referenslista

- Arlebrink, J. (2019). Etiska, existentiella samt empatiaspekter på omvårdnad vid psykisk ohälsa. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa- på grundnivå* (s.621–646). Studentlitteratur.
- 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*, 17, 215–222. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x
- Carlsson, G. (2014) Gestaltande av ett vårdande där patientens existens bekräftas. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. (s.309-322). Studentlitteratur.
- Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V., & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 289-297. Doi: 10.1111/jpm.12199
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Liber.
- Dahlberg, H. (2019). Till frågan om beskrivning eller tolkning, eller; behöver vi filosofin i den kvalitativa forskningen?. I S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i praktiken: fenomenologisk forskning i ett skandinaviskt perspektiv* (s.52–72). Liber
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Natur & Kultur.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Natur & Kultur.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L-L., Latour, C., & de Haan, L. (2019). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27, 446–459. Doi:10.1111/jpm.12586.
- Ekebergh, M. (2022). Vårdande möten. I A. Arman, K.Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 138–145). Liber.
- Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (2022). Vårdande och lärande samtal. I A. Arman, K.Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 146–164). Liber.

- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentreringen etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.27–57). Liber.
- Etikprövningsmyndigheten. (u.å.). *Forskningsperson*. Hämtad 2022-09-11 från [För forskningsperson - Etikprövningsmyndigheten \(etikprovningen.se\)](https://www.etikprovningen.se)
- Gustafsson, N., & Salzmänn-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 37–43. doi:10.3928/02793695-20160817-06
- Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., & Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 831–845. Doi: 10.1111/inm.12716
- Helsingforsdeklarationen. (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2022-10-09 från [helsingforsdeklarationen.pdf \(slf.se\)](https://www.helsingforsdeklarationen.pdf)
- Hem, M H., Gjerberg, E., Lossius Husum, T., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. doi: 10.1177/0969733016629770.
- Henricson, M., & Billhult, S. (2017). Kvalitativ metod. I M.Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.111-119). Studentlitteratur.
- Hylén, U., Engström, I., Engström, K., Pelto-Piri, V., & Anderzen-Carlsson, A. (2019). Providing Good Care in the Shadow of Violence – An Interview Study with Nursing Staff and Ward Managers in Psychiatric Inpatient Care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 148–157. Doi: 10.1080/01612840.2018.149627
- Hörberg, U. (2017). Betydelsen av förståelse inom rättspsykiatrisk vård. I I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård* (s.271–287). Liber.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Iakttagelser i korthet*. Hämtad 2022-09-30 från [Psykiatri har förutsättningar för att begränsa antalet tvångsåtgärder, men det systematiska kvalitetsarbetet behöver förbättras \(ivo.se\)](https://www.ivo.se)
- Jalil, R., Huber, J.W., Sixsmith, J., & Dickens, G.L. (2017). Mental Health nurses' emotions, exposure to patients aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross

sections Questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 75, 130-138  
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018

- Javinger, M. (2017). Hej Människa! - Om utsatthet, möten och förståelse. I I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård* (s.45–69). Liber.
- Jormfeldt, H. (2019). Hälsa och hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå* (s.155–171). Studentlitteratur.
- Keresi, Z., Carlsson, G., & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 218–225. Doi: 10.1177/2057158519866393
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Studentlitteratur.
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T., Fischer, R. & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149–162. doi: 10.1111/jpm.12643.
- Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 390–406. Doi: 10.1111/inm.12574
- Lessard-Deschênes, C., & Goulet, M-H. (2021). The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29, 287–296. Doi: 10.1111/jpm.12800
- Molin, J. (2019). Interaktioner i vardagslivet inom psykiatrisk heldygnsvård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa- på grundnivå* (s. 569–582). Studentlitteratur.
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 43-49. Doi:10.1016/j.ijlp.2011.11.008
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice 11 th ed.* Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 2022-09-15 från [Kompetensbeskrivning sjuksköterskor inom psykiatrisk vård 2014.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/competensbeskrivning-sjukskoeterskor-inom-psykiatrisk-vard-2014.pdf)

SFS 1991:1128. *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Regeringskansliet

SFS 1991:1129. *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Regeringskansliet

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

SFS 2014:821. *Patientlag (2014:821)*. Stockholm: Regeringskansliet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2021a). *Statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Hämtad 2022-09-20 från [Statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/statistik/psykiatrisk-tvangsvard-och-rattspsykiatrisk-vard)

Socialstyrelsen (2021b). *Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2022-09-26 från [Statistikdatabaser - Psykiatrisk tvångsvård - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistikdatabaser/psykiatrisk-tvangsvard-val)

Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14:35. Doi: 10.1186/s12912-015-0079-5

Stuart W, G. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (10:e ed.). Elsevier.

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård- kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Hämtad 2022-09-19 från [7205.9474.1.1 Inlaga.indd \(svenskpsykiatri.se\)](https://www.svenskpsykiatri.se/7205.9474.1.1_inlaga.indd)

Söderberg, A., Wallinius, M., & Hörberg, U. (2020). An Interview Study of Professional Carers' Experiences of Supporting Patient Participation in a Maximum Security Forensic Psychiatric Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), 201-210. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1658833>

Uppdrag psykisk hälsa. (u.å.). *Schizofreni och liknande tillstånd*. Hämtad 2022-09-19 från <https://www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/>

- Wiklund Gustin, L. (2012). Medlidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 307-317). Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2014). Att balansera mellan värdighet och skam. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå* (s. 231-245). Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kay Rae, M. (2017). Is restraint a "necessary evil" in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 500–512. Doi: 10.1111/inm.12382
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kay Rae, M. (2018). Mental Health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A quality study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25 (3), 188–200. Doi:
- World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training*. Hämtad 2022-09-22 från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. doi: 10.3109/01612840.2014.969795



## Bilagor

## **Intervjuguide**

Gå igenom information till deltagaren och inhämta muntligt samtycke.

Hur har din dag varit?

Hur ser din arbetsituation ut?

Hur länge har du arbetat inom den psykiatriska slutenvården?

### **1. Vill du berätta om din erfarenhet kring att vara delaktig i att genomföra fysiska tvångsåtgärder?**

- Hur påverkar dessa situationer dig?
- Vilka är dina känslor kring dessa situationer?
- Varför tror du att du känner så?
- Vill du berätta om en sådan händelse som berört dig speciellt?

### **2. Kan du berätta om din erfarenhet av samspelet med patienten efter fysiska tvångsåtgärder?**

- Hur yttrar sig det? Känslor? Kroppsspråk? Attityder? Tonfall?
- Varför tror du att du känner så?
- Hur är kommunikationen med patienten?

### **3. Vad betyder en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska för dig?**

- Hur yttrar sig det?
- Hur agerar du för att skapa en vårdande relation till patienten?

### **4. Vilka är dina erfarenheter kring att vårda en patient efter fysiska tvångsåtgärder?**

- Vill du beskriva hur du ser på patienten efter en fysisk tvångsåtgärd? Hur såg du på patienten innan åtgärden?

### **5. Hur fungerar en vårdande relation vid tvångsvård och efter fysiska tvångsåtgärder?**

- Upplever du att fysiska tvångsåtgärder påverkar relationen mellan patient och sjuksköterska?
- På vilket sätt upplever du att relationen förändras?
- Har du några strategier för att skapa eller bibehålla en vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder?

### **6. Hur fungerar inte en vårdande relation vid tvångsvård och efter fysiska tvångsåtgärder?**

- Vill du berätta om ett specifikt exempel?

- Vilka utmaningar möter sjuksköterska i den situationen, efter fysiska tvångsåtgärder?

Förslag på följdfrågor:

Vill du utveckla ditt svar?

På vilket sätt?

Hur yttrar sig det?

Vad hade du för känsla då

Vill du berätta om något specifikt?

Varför känner du så?



# Sjuksköterskors erfarenheter av hur fysiska tvångsåtgärder inverkar på den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska

## Information till deltagare

Vi söker dig som vill dela med dig av dina erfarenheter genom att delta i ett samtal. Vi är två sjuksköterskor som ska skriva ett examensarbete på magisternivå. I det här dokumentet får du information om examensarbetet och om vad det innebär att delta.

### Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Det finns tidigare studier som visar att vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska påverkas negativt av fysiska tvångsåtgärder, vilket kan leda till att patienten inte erhåller god vård. Kunskap som belyser hur sjuksköterskan kan påverka möjligheten att skapa eller bevara en vårdande relation efter fysiska tvångsåtgärder saknas. Syftet med detta examensarbete är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av hur fysiska tvångsåtgärder inverkar på den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska. Eftersom du arbetar som sjuksköterska inom vuxenpsykiatrisk slutenvård och har erfarenhet av att vårda patienter i samband med och efter fysiska tvångsåtgärder tillfrågar vi dig att delta.

### Hur går projektet till?

Vid ett tillfälle kommer du som deltagare ha ett samtal på cirka 30–40 minuter. Samtalet, som spelas in, kommer att genomföras med dig och författarna till examensarbetet i en lokal på Skaraborgs sjukhus nära din arbetsplats. Datum och tid för detta samtal kommer du och författarna överens om.

### Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Om du väljer att delta får du chans att dela med dig av dina erfarenheter och utveckla din reflektion kring arbetet. Riskerna med deltagande bedöms som små. Men om samtalet skulle orsaka känslor som behöver bearbetas finns ansvariga för examensarbetet tillgängliga för att hjälpa till med kontakt för att få stödjande samtal.

### Vad händer med mina uppgifter?

Det du berättar om i samtalet kommer att behandlas så att ingen information kan leda till att din identitet avslöjas. Inga personuppgifter kommer att samlas in. Utskrifter från samtalet kommer att koda så att de inte kan spåras till dig som deltagare. Anteckningar och ljudinspelningar från samtalet hanteras så att ingen obehörig kan få tillgång till dessa och de kommer att kasseras efter godkännande av examensarbetet.

Data och personuppgifter i examensarbetet hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, GDPR (General Data Protection Regulation) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: [dataskydd@gu.se](mailto:dataskydd@gu.se) eller telefon: 031-7860000.

### **Hur får jag information om resultatet av projektet?**

Om du är intresserad av att läsa godkänt examensarbete kan du kontakta ansvariga. Se kontaktuppgifter nedan.

Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Efter godkänt examensarbete kommer detta publiceras i universitets databas för uppsatser ([www.gupea.ub.gu.se](http://www.gupea.ub.gu.se)). Det kommer även finnas ett skriftligt exemplar arkiverat på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet.

### **Försäkring och ersättning**

Ingen ersättning erbjuds, men verksamhetschef har godkänt att samtalet sker under ordinarie arbetstid.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet eller att inte besvara frågor under samtalet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din anställning.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för examensarbetet.

### **Ansvariga för examensarbetet**

Åse Millqvist, specialistsjuksköterskestudent på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

[gusmillas@student.gu.se](mailto:gusmillas@student.gu.se)

Linda Fogelqvist, specialistsjuksköterskestudent på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

[gusfoglid@student.gu.se](mailto:gusfoglid@student.gu.se)

### **Handledare**

Helena Dahlberg, Docent, universitetslektor på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

[helena.dahlberg@gu.se](mailto:helena.dahlberg@gu.se).

031-7866195