

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2014:74

Att fråntas rätten till frihet
Patienters upplevelser av att vårdas mot sin vilja

Christopher Lundberg
Charlotte Vihlborg



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Att fråntas rätten till frihet - Patienters upplevelser av att vårdas mot sin vilja.
Författare:	Christopher Lundberg & Charlotte Vihlborg
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	GSJUK12v
Handledare:	Aleksandra Jarling
Examinator:	Claes Ekenstam

Sammanfattning

Den psykiska ohälsan ökar hos befolkningen, vilket kan medföra att patienten blir en fara för sig själv eller andra och föranleder tvångsvård. Sjukvården baseras på en humanistisk människosyn med respekt för människans autonomi och värdighet. Detta medför etiska dilemman när patienten vårdas mot sin vilja. För att på bästa sätt lindra patientens lidande och känslor av kontrollförlust som lätt kan uppstå under dessa vårdförhållanden, så behöver sjuksköterskan insikt om betydelsen av denna vårdform. Därmed är syftet med denna studie att belysa patientens upplevelse av att vårdas mot sin vilja inom ett psykiatriskt kontext, med hjälp av en litteraturstudie. Genomförandet av resultatdelen i litteraturstudien är baserad på kvalitativa studier, som bäst anses svara på syftet. I resultatet framkom fyra huvudteman i förhållande till behov av: tvång, information, en vårdande relation samt en vårdande miljö med respektive underteman. Bristande information medförde rädsla och ångest över att inte förstå det som sker. Vårdpersonalens attityd visade ha en stor inverkan på hur patienten upplever vården. En bristfällig attityd ansågs kränkande medan ett bra bemötande ingav känslan av hopp och välbefinnande. Även rädsla för samhällets attityder och stigmatisering belystes. Ur perspektivet av ett hållbart samhälle är det därmed viktigt att människor får mera förståelse om psykisk ohälsa. Ökad information och kunskap kan leda till en öppenhet i samhället, varvid människor med psykiska besvär kan motiveras att våga söka frivillig vård.

Nyckelord: *Ofrivilligvård, patienters upplevelse, psykiatrisk ohälsa, vårdande relation, kommunikation, värdighet och autonomi.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Att vårdas inom psykiatrisk kontext	1
Att vårda inom psykiatrisk kontext	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling	5
Dataanalys	6
RESULTAT	6
Behov av tvång	6
Som nödvändigt	7
Som icke nödvändigt	7
Som ambivalens	7
Behov av information	8
För att förstå det som sker	8
För att förstå rättigheter och behandling	9
Behov av en vårdande relation	9
Vårdarnas attityder	9
Vårdande alliansen	10
Behov av en vårdande miljö	11
Sjukhuset som vårdande miljö	12
Hemmet som vårdande miljö	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
SLUTSATSER	17
REFERENSER	18
Bilaga 1 - Urvalstabell	21
Bilaga 2 – Granskningstabell kvalitativa artiklar	22
Bilaga 3 - Temaöversiktstabell	26

INLEDNING

Den psykiatriska ohälsan ökar hos befolkningen och sannolikheten att sjuksköterskan kommer möta patienter med psykisk ohälsa är stor. Vården bör utgå från ett livsvärldsperspektiv, som innebär att varje människa är unik och därför inte går att generalisera. Alla har enligt de mänskliga rättigheterna rätt till liv, personlig säkerhet och frihet. Tvångsåtgärder är vanligt förekommande inom psykiatrisk vård, vilket sker både inom heldygnsvård samt öppenvård. Att vara genuint intresserad och skapa insikt om människors olika upplevelser är av vikt, för att bistå sjuksköterskor att tillämpa ett lämpligt förhållningssätt till patienten. Sjuksköterskan bör genom öppenhet och följsamhet sätta sig in i patientens subjektiva upplevelse, för att bäst kunna tillgodose dennes unika behov. Vårdvetenskapens grundmotiv baseras på delaktighet och utgår ifrån att vårdaren förstår eller förmår att möta patientens livsvärld, eftersom det är via livsvärlden som hälsa, välbefinnande, lidande och sjukdom yttrar sig. Livsvärlden beskrivs som världen så som den erfars. Svårigheter kan uppstå när professionella vårdare som ska utgå från patientens livsvård och samtidigt behöver identifiera osunda delar av den. Ytterligare dilemman är att värna om patientens autonomi samtidigt som denne vårdas mot sin vilja. Att vårdas under tvång innebär att självbestämmanderätten fråntas och att rättigheten till frihet berövas.

BAKGRUND

Att vårdas inom psykiatrisk kontext

Vården styrs övergripande av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I de fall då HSL inte är tillräcklig går lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) in och kompletterar HSL. Kriterier för LPT är att patienten motsätter sig erbjuden vård, lider av en allvarlig psykiatrisk störning och att vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt än via heldygnsvård (SFS 1991:1128). Med en allvarlig psykiatrisk störning menas enligt Westergren (2011) i första hand ett tillstånd av svår psykotisk karaktär. Vårdintyg kan utfärdas av en legitimerad läkare och ligger till grund för ett beslutsfattande om psykiatrisk tvångsvård. Beslut om psykiatrisk tvångsvård får ej tas av samma läkare som utfärdade vårdintyget utan ska bedömas av speciallist läkare i psykiatri inom 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen, ett så kallat tvåläkarbeslut. Patienten ska så fort som möjligt tillståndet medger det informeras om sin lagliga rätt att överklaga beslut samt möjligheten till stödperson. En vårdplan ska snarast upprättas efter beslut om tvångsvård. Vårdplanen ska i stora drag beskriva vårdens innehåll på både kort och längre sikt. Patienten bör medverka i vårdplaneringen men om det inte är möjligt så ska detta dokumenteras i vårdplanen (SFS 1991:1128).

Då patienten inte längre har ett behov av sluten psykiatrisk vård men ändå uppfyller kriterier för tvångsvård kan ansvarig överläkare ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) som innebär att patienten kan skrivas ut från heldygnsvård under särskilda villkor. Villkoren kan bland annat vara att personen måste samtycka till att ta emot medicinering eller annan behandling. Det kan också innefatta skyldighet att hålla

kontakt med vårdpersonal, vårdcentral eller att uppehålla sig på ett särskilt boende eller annan inrättning (SFS 1991:1128).

Om det inom den slutna vården finns en omedelbar fara för att en patient ska skada sig själv eller någon annan på en avdelning, kan ansvarig överläkare ta beslut om fastspänning i bältessäng under maximalt fyra timmar. Därefter måste ansökan göras hos Socialstyrelsen om fortsatt behov. Den ansvariga överläkaren kan även fatta beslut om att en patient kan förhindras att lämna en vårdinrättning eller delar av den, i avsikt att upprätthålla ordning på avdelningen eller för att tillfredsställa säkerheten i vården (SFS 1991:1128). Enligt Raboch, Kalisová, Nawka, Kitzlerová, Onchev, Karastergiou, Magliano, Dembinskas, Kiejna, Torres-Gonzales, Kjellin, Priebe och Kallert (2010, s. 1016) så utsätts mer än var tredje person som vårdas ofrivilligt för någon form av tvångsåtgärd. Bergk, Einsidler, Flammer och Steinert (2011, s. 1316) påvisar att känslor av hjälplöshet och kontrollförlust är vanligt förekommande hos de som upplevt avskildhet eller bältesläggning vilket kan leda till traumatisering. Vidare beskrivs för att reducera dessa känslor och minska rädslor är det av största vikt att vårdpersonalen är observerande och närvarande under händelseförloppet. Enligt Svensk lag får aldrig patienten lämnas ensam under fastspänning (SFS 1991:1128).

Ytterligare en tvångsåtgärd är tvångsmedicinering som beskrivs som den mest förekommande enligt Raboch et al. (2010, s. 1014) som har studerat användningen av tvångsåtgärder under de fyra första veckorna av ofrivillig sjukhusvistelse i tio europeiska länder. Tvångsåtgärderna som studerats är bältesläggning, avskildhet och tvångsmedicinering. Resultatet visar att Sverige tillsammans med Bulgarien ligger 25 procent över medelvärdet i användningen av tvångsmedicinering jämfört med de andra medverkande länderna. Björkdahl (2008, s.13) beskriver att tvångsmedicinering oftast är en engångsinsats i det akuta skedet av insjuknandet inom slutenvården. Innan tillgripande av tvångsinjektion ska patienten informeras och i första hand motiveras att ta emot läkemedlet frivilligt. Genomförandet ska utföras på ett säkert och effektivt sätt där patientens värdighet samt integritet bevaras så långt det är möjligt. Även Karlsson Gade (2013) beskriver vikten av att värna om patientens värdighet och menar att patientens önskemål i största mån ska beaktas, samt att det är viktigt att vården tar hänsyn till patientens egna upplevelser av behandlingen och använder sig av så lite tvång som möjligt. Det är alltid läkaren som är medicinskt ansvarig och ordinerar läkemedlet. Sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden som bland annat innefattar att administrera och undervisa patienten om läkemedlets effekt samt att motivera patienten till följsamhet i en anda av gott bemötande. Följaktligen är det av vikt att sjuksköterskan är väl införstådd i denna form av behandling och dess innebörd. Enligt ICN:S etiska kod så åligger det sjuksköterskan att ge den information som anses nödvändig för att möjliggöra patientens samtycke (Svensk Sjuksköterskeförening 2005, ss. 4-6). Detta kan medföra etiska svårigheter när patienten frångår denna rätt i anknytning till att vårdas enligt LPT eller ÖPT.

Att vårda inom psykiatrisk kontext

Kunskapsutveckling har sin grund i livsvärlden, där mening och innebörd har sitt ursprung (Ekebergh 2009, s. 31). Dahlberg (2002, s. 4) refererar till Eriksson som menar att ett vårdlidande många gånger uppstår på grund av brist på kunskap, ett omedvetet handlande samt avsaknad av reflektion hos vårdpersonalen. Dahlberg och Segesten (2010, s. 191) belyser värdet av att vårdaren är öppen och medveten om sin kunskapsgrund samt är reflekterande över det som sker i relationen och vårdandet, för att främja en vårdande relation till patienten. Inom psykiatrisk omvårdnad är det vanligt att sjuksköterskan behöver avsätta mycket tid och fokus på att motivera patienten att ta emot vård och behandling samt att fullfölja den, vilket kräver en god vårdrelation. McNiel, Gormley och Binder (2013, s. 435) påvisar vikten av en god vårdrelation för patientens upplevelse av välbefinnande, som i sin tur leder till en bättre följsamhet i den fortsatta vården. En vårdrelation enligt Wiklund (2003, s. 155) skapar utrymme för personlig utveckling där patienten ges möjlighet att uttrycka sina begär, problem och behov, vilket är en förutsättning för en fungerande vårdprocess. Enligt HSL så ska goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen främjas (SFS 1982:763) för att bedriva en god vård. I detta avseende har en god kommunikation en stor betydelse. Även Dahlberg (2002, s. 6) belyser detta och menar att ett vårdlidande uppstår när patienten inte förstår den vård som sker.

ICN:S etiska kod beskriver fyra huvudområden som utgör en referensram för etiskt handlande och för att koden ska infria sitt syfte så måste den förstås och integreras av sjuksköterskan i alla aspekter av arbetet. Vidare beskrivs sjuksköterskan ansvarar för att patienter ges förutsättningar till att kunna samtycka till vård och behandling (Svensk Sjuksköterskeförening 2005, ss. 4-6). Socialstyrelsen (2005, s. 11) belyser också detta och menar att sjuksköterskan ska behärska en förmåga att stödja och vägleda patienten för att möjliggöra en optimal delaktighet i vård och behandling. Med delaktighet menas bland annat att patienten ständigt delges adekvat information och ges möjlighet att ställa frågor, som föranleder trygg och säker vård (Socialstyrelsen 2011, s. 5). Socialstyrelsen (2012, s. 23) menar att information i dialogform ger patienten kunskap och insikt som möjliggör delaktighet och medverkan till vård. Målet är att skapa förutsättningar för patientens självbestämmande och möjligheter att påverka vård och behandlings resultat. För att åstadkomma goda utsikter att påverka vården krävs det att patienten har vetskap och kännedom om de olika behandlingsalternativen. Det åligger sjuksköterskan att ha en förmåga att undervisa patienter, med hänsyn utifrån tidpunkt, form och innehåll, varvid didaktik har en viktig funktion (Socialstyrelsens kompetensbeskrivning 2005, s. 11). Ekebergh (2009, ss.52-57) förklarar didaktiken som en struktur av undervisning eller strategier med syfte att stödja läroprocessen samt att reflektion är en utgångspunkt för lärandet. För att kunna möta patientens lidande behövs patientens berättelse analyseras och reflekteras över med stöd av vårdvetenskapliga begrepp. Lärande beskrivs av Pilhammar Andersson och Kärner (2007, s. 16) som en process där upplevelser och erfarenheter leder till en förändrad uppfattning eller beteende. Vidare beskrivs undervisning och lärande ge ökad kunskap och förmåga att ta självständiga beslut samt öka välbefinnandet och livskvalitet. Varvid vikten av undervisning och lärandet hos likasåväl sjuksköterskan som hos patienter kan förstås.

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005, s. 10) står det att sjuksköterskans arbete ska utmärkas av en helhetssyn och etiskt förhållningsätt genom att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, värdighet och integritet. Även HSL betonar detta (SFS 1982:763). När patienten av olika skäl inte förmår att handla rationellt som vid exempelvis medvetlöshet eller i krissituationer, kan vården behöva agera paternalistiskt. Enligt Birkler (2007, ss. 149-150) finns det olika former av paternalism varav den genuina paternalismen innebär att sjuksköterskan förvaltar patientens autonomi när denne av olika skäl inte förmår att handla rationellt. Sjuksköterskan ska då avgörande utgå från patientens förmodade behov och måste kunna motivera sina handlingar, för att patienten efteråt ska kunna acceptera besluten som togs. När patienten tvingas stå utanför sitt vårdande och fråntas rätten att aktivt delta i den egna hälsoprocessen så kan upplevelser av maktlöshet uppstå. Även känslor som förödmjukelse, förolämpning, kränkt värdighet samt att inte förstå vad som händer är vanligt (Dahlberg 2002, s. 5).

Anhöriga kan ha en betydelsefull roll för patienten genom att värna om dennes omvårdnad. Karlsson Gadea (2013) menar att en anhörig ofta är delaktig i beslut om vården eftersom lagen säger att vårdplanen bör upprättas i samråd med närstående. Vidare beskrivs en annan viktig funktion för närstående som exempelvis kan vara att kontakta läkare för bedömning av ett vårdintyg, för en person med psykisk ohälsa som är mycket förvirrad eller riskerar att skada sig själv. Även Jankovic, Yeeles, Katsakou, Amos, Morriss, Rose, Nichol, McCabe och Priebe (2011, ss. 1-2) menar att det är viktigt med familjens delaktighet i patientens vård. Samtidigt som de beskriver att det inom psykiatrisk vård även kan medföra en börda hos familjemedlemmar som leder till att deras eget välbefinnande påverkas negativt.

PROBLEMFÖRMULERING

Patientens delaktighet och autonomi är en stor och viktig del att främja i ett vårdande sammanhang. Självbestämmande som används synonymt till autonomi och delaktighet med hänsyn till olika behandlingsalternativ förväntas inom vården. Inom psykiatrien måste detta ibland frångås i form av tvångsåtgärder. Det är inte ovanligt att patienter saknar insikt om sin ohälsa i form av störd verklighetsuppfattningen som kan leda till att de blir en fara för sig själva eller andra. Därmed föranleds tvångsvård och rätten att motsätta sig nödvändiga insatser fråntas. Då patienten fråntas sin självbestämmanderätt krävs en ansenlig etisk medvetenhet hos vårdpersonal för att minimera risken att kränka patienten. Ur ett livsvärldsperspektiv måste sjuksköterskan alltid vara medveten om sin förförståelse annars finns risk för generalisering med ett rutinerat förhållningssätt som följd, vilket medför negativa konsekvenser för patienten. Det finns forskning som visar att patienter är missnöjda med de tvångsvårdåtgärder som sker inom psykiatrien. Därför är det viktigt att skapa en uppfattning och medvetenhet om hur patienter upplever att utsättas för ofrivilligvård.

SYFTE

Att belysa patientens upplevelse av att vårdas mot sin vilja inom ett psykiatriskt kontext.

METOD

Datainsamling

En litteraturstudie har valts som metod, vilket innebär att den är baserad på publicerade vetenskapliga artiklar inom ett avgränsat område och att enbart primärkällor har använts som underlag (Axelsson 2012, s. 203). Enbart kvalitativa artiklar har eftersökts eftersom de bäst anses svara på syftet. Sökningen har avgränsat till att artikeln ska vara skriven på engelska, vara en vårdvetenskaplig tidskrift samt vara publicerad mellan åren 2009-2014. Detta för att för att få den nyaste forskningen inom området. Enligt Axelsson (2012, s. 210) så kommer inte den senaste forskningen med när en sökning görs med hjälp av Mesh-termer (medicinska kontrollerade termer och sökord med syfte att underlätta sökprocessen i databaser) eller med avgränsningar i exempelvis kön, ålder, typ av publikation och så vidare (bortsett från publicerings år). Detta eftersom artiklarna måste indexeras innan dessa funktioner kan användas, vilket innebär en eftersläpning på några månader. Därför gjordes en fritext sökning i respektive databas med inga andra avgränsningar än att artikeln skulle vara publicerad mellan 140501–141101. Artikelsökningar har gjorts i databaserna Cinahl, Psycinfo och Pubmed eftersom att de har en vårdande och medicinsk inriktning. Med hjälp av Svensk Mesh har flera sökord identifierats, sökorden och dess böjningsform har sedan testats i databaserna för att få en uppfattning om dess relevans. Därefter utsågs fem sökord: *Coercive, compulsory, experience, involuntary och perception*. Sökorden har sedan använts i olika sökkombinationer i respektive databas.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle belysa patienters erfarenheter och upplevelser av att vårdas mot sin vilja utifrån deras egna berättelser. Både heldygnsvård och öppenvård har inkluderats för att få en bredare insyn och upptäcka eventuella kontraster i upplevelser av de olika behandlingsmetoderna i relation till vårdmiljö. Inga avgränsningar i diagnoser har gjorts eftersom att det inte anses ha någon större enskild betydelse i upplevelsen av tvångsvård. För att få ett bredare perspektiv samt finna eventuella kulturella skillnader så har inga länder medvetet exkluderats. Urvalsprocessen (Bilaga 1) inleddes med att artiklarnas rubriker som tycktes svara på syftet valdes ut och därefter lästes deras abstrakt igenom. Studier med relevant abstrakt valdes ut (urval 1) vilket resulterade i totalt 20 artiklar. Dessa studerades mer ingående och efter att fått en större förståelse för deras innehåll så exkluderades 12 stycken. Artiklar som valdes bort var de som inte svarade på studiens syfte, utgick ifrån ett annat perspektiv än patientens samt var en review. Totalt återstod åtta artiklar (urval 2) som ansågs besvara syftet och som därmed utgör litteraturstudiens resultat.

Dataanalys

Analys av artiklarna har gjorts med hjälp av Axelssons metodbeskrivning (2012, s. 212-214) som innefattar att jämföra artiklarnas likheter respektive olikheter. Sammanställning av resultatdelarnas fynd har gjorts genom att först läsa igenom artiklarna noggrant med fokus på resultatet, varav citat inte studerats lika noggrant eftersom de inte enligt Axelsson (2012, s. 214) representerar studiens helhet utan endast enskilda åsikter. Enligt Axelsson (2012, s. 204) finns olika protokoll och granskningsmallar som ett hjälpmedel för artikel analys varav Fribergs bedömningsmall exemplifieras. Därmed har de utvalda artiklarna granskats med hjälp av Fribergs granskningsmodell (2012, ss. 138-139) för att bedöma deras kvalitet. Granskning av samtliga artiklar har verkställts genom en separat analys som sedan jämfördes och diskuterades samt sammanställdes i en gemensam granskningstabell (Bilaga 2). En sammanställning av resultatfynden gjordes med hjälp av färgpennor. Där olika färger användes för att markera erfarenheter och huvudfynd som sedan utgör teman och subteman i litteraturstudiens resultat. Fyra teman och nio subteman identifierades (Tabell 1; Bilaga 3) som utgör underrubriker i resultatet.

RESULTAT

Resultatet presenteras genom teman och subteman som identifierats i litteraturen, som sedan indelats i en översiktstabell för en klar struktur (Tabell 1). Övergripande för resultatet är hur patienten upplever ett behov av tvång, behov av information, behov av en vårdande relation och behov av en vårdande miljö.

Tabell 1

Tema	Subtema
Behov av tvång	<ul style="list-style-type: none">- Som nödvändigt- Som icke nödvändigt- Som ambivalens
Behov av information	<ul style="list-style-type: none">- För att förstå det som sker- För att förstå rättigheter och behandling
Behov av en vårdande relation	<ul style="list-style-type: none">- Vårdarnas attityder- Vårdande alliansen
Behov av en vårdande miljö	<ul style="list-style-type: none">- Hemmet som vårdande miljö- Sjukhuset som vårdande miljö

Behov av tvång

För att förstå hur patienter upplever att vårdas ofrivilligt så behöver tvångets relevans enligt patienten undersökas. Studierna visade meningsskiljaktigheter hos patienterna avseende uppfattningen om att vårdas mot sin vilja, i form av tre kategorier. De som ansåg ingripandet som nödvändigt ont, de som ansåg tvång som obefogat och de med kluvna åsikter.

Som nödvändigt

Patienter i de olika studierna upplever tvång som svårt, men nödvändigt i det akuta skedet. Flera medgav sig vara positiva till tvångsingripande trots att de initialt var negativa. Eftersom de i efterhand förstår att ingripandet varit en adekvat behandling i form av att det avvärt ytterligare skada, erbjudit dem en säker plats till återhämtning, då de inte hade förmåga att erkänna behovet av hjälp (Katsakou, Rose, Amos, Bowers, McCabe, Oliver, Wykes & Priebe 2012, ss. 1169-1172). Flera av studierna pekar på att patienter under det akuta skedet har svårt att inse sitt vårdbehov, vilket kom successivt under behandlingen. McGuinness, Dowling och Trimble (2013, s. 732) visar att somliga patienter under vårdtiden, gradvis fick insikt om att de var i behov av hjälp. Men för att få denna förståelse krävdes också många gånger någon form av ingripande. En del patienter upplever tvångsomhändertagandet som en behövlig nödbroms, för att vidhålla deras och omgivningens säkerhet. De menar också att det vid tidpunkten för insjuknandet inte var medvetna om att de tappat kontrollen över sitt rationella tänkande och att de först i efterhand insåg att de tappat kontrollen. Patienter beskriver att de befunnit sig i en nedåtgående spiral i destruktivt beteende, som bara fortsatte neråt utan intervention (Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer & Amering 2011, s. 240). Chambers, Gallagher, Borschmann, Gillard, Turner och Kantaris (2014, s. 5) visar att patienter som utsätts för olika tvångsåtgärder, i efterhand förstår att det var rätt för stunden. Vidare beskriver patienter att trots förståelse av interventionens nödvändighet, så framkallas en känsla av negativitet i form av fysiska och psykiska konsekvenser.

Som icke nödvändigt

Patienter upplever att tvång var oberättigat och ingav en negativ inverkan på deras hälsoprocess. Ridley och Hunter (2013, s. 513) visar att en känsla av att vara frihetsberövad, istället för att bidra åt tillfrisknandet istället höll dem tillbaka. Sibitz et al. (2011, s. 241) beskriver att ofrivillig heldygnsvård upplevs som varken lämpligt eller nödvändig. Dessutom upplever de även att sjukvården misslyckats med att identifiera och lindra deras problem. Vårdinsatser som erbjudits tycktes inte hjälpa, utan ansågs till och med kunna förvärra situationen. De jämförde att vårdas ofrivilligt på en vårdavdelning med fängelse relaterat till ständig övervakning, vidare beskrevs känslor som maktlöshet, bristfällig autonomi och inkräktat privatliv (Chambers et al. 2014, s. 6). Centrala uppfattningar av att vårdas under tvång är att inte bli tagen på allvar och att ingen lyssnar samt en förlust av autonomi (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, ss. 38-41). Ridley och Hunter (2013, s. 513) belyser tvångsvård som generellt ovälkommet och att nästan hälften av patienterna ansåg tvångsvård som onödigt. Katsakou et al. (2012, ss. 1169-1172) framhäver att hos dem som ansåg ofrivillig heldygnsvård som icke nödvändigt, betraktade sina erfarenheter av sjukhusvården som inkräktar på deras autonomi. Samtidigt menar de även att deras problem kunde ha lindras genom mindre tvångsåtgärder.

Som ambivalens

En ambivalens hos patienterna påvisas angående upplevelser av tvång och beskriver tvånget som ytterst nödvändigt men med en önskan om större delaktighet och kortare

sjukhusvistelse. Patienter som vårdats inom den öppna vården visar störst ambivalens i form av att de anser att denna form av vård var ett bättre alternativ jämfört med att vårdas inneliggande, samtidigt som ingen önskar att bli vårdad under tvång. Katsakou et al. (2012, ss. 1169-1172) visar att de dominerande känslorna var att de trodde sig behöva sjukvårdsbehandling för att avvärja eventuella ytterligare skador. Samtidigt som de ansåg att deras problem kunde hanterats genom mindre tvångsingripanden eller frivillig vård. Det finns en önskan om mer tid för rådgivning, möjlighet för reflektion samt alternativa behandlingsmetoder för att minimera tvångsingripanden (Chambers et al. 2014, s. 5). Patienter som vårdas inom öppenvården förklarar att de underkastar sig bestämmelser, enbart för att alternativet är att vårdas under ofrivillig heldygnsvård. Att undgå vård på klinik anses ge fördelar som mer avskildhet, mera oberoende, bättre uppföljning samt sociala förmåner (Riley, Høyer & Lorem 2014, ss. 511-513). McGuinness, Dowling och Trimble (2013, ss. 731-732) påvisar att patienter har starka och varierande åsikter om tvångsvård, med pendlande känslor. En pendlande känslprocess beskrivs möjliggöra en acceptans om sitt hälsotillstånd, som en förutsättning för återhämtning. Vissa patienter framställer värdet av att göra intagningen begriplig, som en del av att förstå sin situation, medan andra inte ville införliva erfarenheten med sig själv.

Behov av information

Ett återkommande ämne inom litteraturen var bristen på information i relation till att inte förstå vad som sker eller att inte ha insikt i rättigheter och behandling. Att inte förstå vad som sker beskrivs mest i det akuta skedet, medan brist på insikt i rättigheter och behandling förekommer under hela vårdtillfället.

För att förstå det som sker

Patienter beskriver att de vid intagningen inte förstod vad som skedde och varför de var där. De utsattes för olika tvångsåtgärder i form av isolering och tvångsinjektioner utan att förstå varför, vilket ledde till känslor som hjälplöshet, utsatthet, rädsla, kontrollförlust samt ångest. Sibitz et al. (2011, s. 241) framför att brist på information, motivering och förklaring om vad som sker härnäst, bidrar till ökad oro och ibland även en försämring av deras sjukdomsupplevelse. McGuinness, Dowling, och Trimble, (2013, ss. 729-730) skriver att patienter upplever en bristande information under hela sin tid inom tvångsvården samt att inte fått förklaring om varför de befann sig under ofrivillig vård. Brist på information anses som störst i de initiala dagarna och verkade sätta nivån för patienternas helhetsintryck av sin tvångsvård. Ridley och Hunter (2013, s. 514) skriver att en vårdplan i samarbete med patienten ska upprätthållas i samband med tvångsvård. Samtidigt som patienter endast visar ha en vag uppfattning om vad en vårdplan är eller om dess innehåll. Chambers et al. (2014, ss.4-5) framlägger en blandad uppfattning om huruvida patienter delges information, allt från adekvat information till ingen alls.

För att förstå rättigheter och behandling

Patienter var inte införstådda i att de vårdades under tvång enligt lagens mening eller dess innebörd samt rättigheter. Inte heller visste de något om sin behandling, vilka mediciner de fick eller något om dess effekt samt eventuella biverkningar. Ridley och Hunter (2013, s. 516) framhäver att patienter tycker att informationen är central, framförallt så poängteras vikten av när och hur informationen framförs. De hade inte fått förklarat gängse rutiner som tillämpades på vårdavdelningen, fått information om sin behandling eller medicin. Patienter efterlyser att vårdpersonal informerat om deras rättigheter samt att ha någon att vända sig till när de inte samtycker till vård. Information om deras rättigheter upplevdes som speciellt viktigt eftersom deras upplevelse var att de inte har någon som företräder dem. Även Andreasson och Skärsäter (2012, s. 18) lyfter fram att patienter uttalade behov av information om varför de vårdades inom ofrivillig heldygnsvård och vad det innebar, exempelvis ur laglig synvinkel. Patienter önskar en mer detaljerad och patientcentrerad information om deras sjukdom samt förslag till alternativa behandlingsmetoder. Patienter menar också att för mycket information i ett tidigt skede kan framkalla ångest. Vidare beskriver patienter att trots insikt om att tvångsvård och tvångsingripanden varit rätt ur ett lagligt perspektiv, så finns ett behov av att i efterhand prata igenom händelsen för att förstå tvångets nödvändighet. McGuinness, Dowling och Trimble (2013, ss. 729-730) belyser känslan att som nyintagen patient inte bli ordentligt undersökt. Dessutom undrade patienter hur en okänd vårdpersonal kan avgöra huruvida de är friska eller inte. Patienter beskriver känslor av stigmatisering och att bli märkt samt en inställning av att det är bättre att vara tyst än att riskera säga något belastande. Även Ridley och Hunter (2013, s. 514) belyser detta och menar att patienter anser att det är bättre att låta advokaten föra deras talan, på grund av rädsla att uttala något som kan ligga dem till last.

Behov av en vårdande relation

En vårdande relation förutsätter att sjuksköterskan har en god kommunikationsförmåga. Andra utgångspunkter av betydelse för en god relation till vårdpersonalen beskrevs i förhållande till vårdpersonalens attityder samt genom en känsla av allians. Detta var ett återkommande ämne i varierad omfattning och beskrivs enligt nedan.

Vårdarnas attityder

Patienter berättar om upplevelser av både dåligt och bra bemötande under vårdtiden. Att inte bli lyssnad till, sedd eller tagen på allvar är något som ofta beskrivs men även att bli bemött med vänlighet och med en vilja att förstå förekommer. Kvaliteten på patienters erfarenheter varierar och är relaterade till personalens attityd och beteende. En positiv upplevelse är associerat med att vårdare tar sig tid att lyssna, har en god förståelse för människor, är entusiastiska och visar flexibilitet till olika omständigheter (Ridley & Hunter 2013, s. 515). Høgh Thøgersen, Morthorst och Nordentoft (2010, s. 39) visar på att centralt för upplevelsen av tvång är relaterat till önskan om att bli behandlad som en kompetent och autonom person, samtidigt som patienter uttrycker erfarenheter av att inte bli respekterad eller behandlad rättvist. Enligt Chambers et al. (2014, s. 4) rapporterar patienter om dåliga relationer till vårdpersonal relaterat till deras attityder.

Detta överför känslor av att bli stämplad på grund av sin psykiska ohälsa, av både personal och samhälle. Som i sin tur föranleder känslor av frustration över att inte bli behandlad som en vanlig människa. Känslan av att bli nedvärderad, förnedrad och att inte bli förstådd var något som ofta återkom. Patienter i Andreasson och Skärsäter (2012, s. 19) vittnar om upplevelser av att personalen inte var på deras sida. Somliga anställda uppfattades som ovänliga, respektlösa och de ibland utövade makt för att förödmjuka patienten. Även Høgh Thøgersen, Morthorst och Nordentoft (2010, s. 40) visar att vårdpersonal varit nedlåtande och förolämpande. Patienterna menade dessutom att de lovordats på ett olämpligt och nedlåtande sätt, trots att avsikten troligtvis varit god kände sig patienterna missförstådda och fann berömmen som opassande.

Vård bedöms som god när vårdaren är pålitlig, uppmärksam, lojal och visar omtanke. Vårdare med erfarenhet, kompetens, bestämdhet och som sätter rimliga gränser och regler beskrivs vara en källa till trygghet (Andreasson & Skärsäter 2012, s. 18). Sibitz et al. (2011, s. 240) belyser att patienter värderar utmärkande egenskaper hos vårdare i form av att vara respektfull, besitta kunskap samt inge en känsla av att själva vara mentalt friska. Andreasson och Skärsäter (2012, ss. 18-19) visar att patienter önskar att vara synliga, bli tagna på allvar samt bemötas med empati och respekt. Grundläggande för en respektfull vård är att vårdaren bekräftar och värderar patienten som en människa, vars självkänsla måste bevaras och bli tagen på allvar. Vidare uttryckte patienterna att de uppskattade vanliga konversationer som skildrade deras tankar och att de gillade när en vårdare var vänlig och kunde använda humor.

Vårdande alliansen

Patienter beskriver upplevelsen av att stå utanför sin vård samt att beslut togs över huvudet på dem. Bristande valmöjligheter och en oförutsägbar framtid var ytterligare ämnen som berörs. Andreasson och Skärsäter (2012, s. 18) visar att patienter anser att integrering med personal avleder deras uppmärksamhet från påfrestande symtom. Dessutom stärks de av att vårdare försäkrar sig om att patienten får sina behov tillgodosedda samt genom att framhäva deras ärende utifrån patientens intresse. Samtidigt påvisas brist på vårdares engagemang under sjukhusvistelsen (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, s. 40). Brist på kontroll, att inte bli lyssnad på och bristande allians med vårdarna var centralt i upplevelsen av tvång, samt inger en negativ syn på behandling och inflytande. Detta kunde dessutom medföra en fortsatt upplevelse av tvång även utanför sjukhuset (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, s. 39). Sibitz et al. (2011, s. 241) visar att vårdare i motsats till patientens egna uppfattningar om besvär och behov, kan formulera problem och om vad som behövs för att lösa dem. I Andreasson och Skärsäter (2012, s. 19) framkommer det som viktigt att vårdaren tar beslut med fokus på vad som är essentiellt för patienten samt att aldrig besluta mer än nödvändigt. För att göra patienten mer delaktig i vården är det också viktigt att de motiveras till att delta och samarbeta. Samtidigt rapporterar patienter i Ridley och Hunter (2013, s. 515) om bristande delaktighet under sjukhusvistelsen. Att vårdas ofrivilligt framfördes enligt Chambers et al. (2014, s.4) framkalla känslor av hjälplöshet och bristande autonomi hos patienter, vilket även minskade deras självkänsla. Det beskrivs som påfrestande att bli kontrollerad och observerad, samt att

veta att andra fattar beslut om deras behandling, vilket även medför en osäker känsla om framtiden (Riley, Høyer & Lorem 2014, s.510). Därför är det viktigt att patienter tillåts att vara delaktiga i sin vård så fort det är möjligt, eftersom det inger en känsla av kontroll, värdighet, självförtroende, trygghet samt leder till en förmåga att ta egna beslut (Chambers et al. 2014, s. 4). Även Andreasson och Skärsäter (2012, s. 19) framställer att patienter känner att det är viktigt att de kan bevara sin autonomi även om de vårdas under tvång, samt att ha någon form av kontroll. Möjlighet att få delta i behandlingsbeslut resultera inte automatiskt i att patienter upplever att de blir lyssnade till, utan att bli lyssnad till uppenbarar sig som en egen specifik viktig del (Ridley & Hunter 2013, s. 516). Att inte bli förstådd, lyssnad på eller ha ett aktivt inflytande på behandlingsprocessen nämns som anledning till upplevelse av tvång (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, s. 38).

Att finna en balans mellan närhet och distans i interaktionen med vårdare beskrivs som svårt samt att misstro och brist på förtroende lätt uppstår i kommunikationen. Kommunikationssvårigheter mellan patient och vårdare påverkar patienters självaktning i form av kränkt värdighet och självnedvärdering som individ (Chambers et al. 2014, s. 4). Høgh Thøgersen, Morthorst och Nordentoft (2010, s. 41) påvisar att en ömsesidigt förtroendefull terapeutisk relation är avgörande för att motverka upplevelsen av tvång. Medan en dålig relation beskrivs i Chambers et al. (2014, ss. 4-5) resultera i en känsla av att vara begränsad, diskriminerad och att bli stämplad av både samhälle och vårdare. Høgh Thøgersen, Morthorst och Nordentoft (2010, s. 38) visar att vårdares brist på kunskap och förståelse för patienters smärtsamma erfarenheter medför känslor av fördömelse. Medan att känna tillit till vårdare kan förhindra upphov av skrämmande situationer som exempelvis isolering eller andra tvångsingripanden (Andreasson & Skärsäter 2012, s. 18). Det finns även en önskan om att vårdare ska lägga mindre tid på det administrativa och tillbringa mer tid med patienter (Ridley & Hunter 2013, s. 516). Patienter ansåg det som viktigt att ha någon att prata och analysera med och när de väl mådde bättre ville de ha möjlighet att reflektera om sin upplevelse av att vårdats mot sin vilja för att förhindra eller underlätta för liknande interventioner i framtiden (Andreasson & Skärsäter 2012, s. 19). Något som anses som positivt inom den ofrivilliga öppenvården är att patienter upplevde kontinuitet vilket ingav stadiga relationer. Høgh Thøgersen, Morthorst och Nordentoft (2010, s. 43) visar att bli lyssnad på och genuint ha något att säga i behandlingsbeslut är av yttersta vikt för hur patienter upplever relationen till sin vårdkontakt inom öppenvården. Långvariga och bestående relationer stärker relationen ytterligare och ger patienter en känsla av att bli förstådd samt hjälpta till att upptäcka tidiga symptom. Ridley och Hunter (2013, s. 516) visar att patienter mer än någonting annat vill befrias från de svåraste symtomen, slippa starka mediciner med diverse biverkningar samt erhålla en känsla av normalitet.

Behov av en vårdande miljö

Med behov av stöd menas inte enbart det praktiska utan omfattar även en omtänksam och kontinuerligt vård med rimliga regler, samt en tillfredsställande och trygg miljö (Andreasson & Skärsäter 2012, s. 17). Alla patienter förutom en hade erfarenheter av

ofrivillig heldygnsvård och ett antal patienter vårdades ofrivilligt i det egna hemmet eller liknande anordning.

Sjukhuset som vårdande miljö

Många patienter vittnar om sjukhuset som fängelse, med hög övervakning och med en begränsad möjlighet att inte kunna röra sig fritt. Den karga miljön gjorde att patienter upplevde saknad av stimuli och kändes enformigt. Andra menar att sjukhusmiljön var nödvändig för att avskiljas från den stressiga omvärlden, vilket medförde lugn och ro. Katsakou et al. (2012, s. 1173) visar att patienter upplever sjukhuset som en trygg plats att ta en paus från livet, med möjlighet till återhämtning. Det finns patienter enligt Chambers et al. (2014, s. 6) som jämför den ofrivilliga sjukhusvistelsen med att sitta i fängelse, genom att vara under ständig övervakning. Möjligheten till aktivitet beskrivs vara begränsade under kontrollerade former, dessutom var patienter alltid tvungna att förhandla om sådant de ville göra eller ansåg sig hade behov av. Vidare lyfts aktivitet fram som något meningsfullt med en läkande kraft och att det fanns ett behov av hjälp med att genomföra dagliga rutiner (Andreasson & Skärsäter 2012, s. 18). Det är speciellt viktigt för patienter att poängtera bristande sysselsättning på avdelningen, som orsakade uttråkning. De upprepade att det fanns massor av tid åt att göra ingenting och att fritidsaktiviteterna främst bestod av att titta på tv, lyssna på musik, spela dataspel, röka och dricka kaffe, samt att tillgång till aktiviteterna bestämdes utifrån avdelningens bemanning (Ridley & Hunter 2013, ss. 515-561). Helydgvård associerades av patienter till att behöva ge efter för konkreta tvångsmetoder samt en bristande vård med lite medbestämmanderätt (Riley, Høyer & Lorem 2014, ss. 509-510). För att återfå en känsla av autonomi och rättigheter så behöver patienter få lämna avdelningen även om så endast gradvis samt ville de själva bestämma när det var dags att gå ut. Att vara inlagd på sjukhus beskrivs innefatta ett tvång att efterfölja oönskade rutiner, vilket medför känslor av hjälplöshet och kontrollförlust (Katsakou et al. 2012, s. 1173). Eftersom sjukhusvistelsen beskrivs bestå av att följa regler och procedurer så anses vård i hemmet som en positiv kontrast (Riley, Høyer & Lorem 2014, s. 510).

Hemmet som vårdande miljö

Patienter beskriver att vårdas i hemmet innebär en större frihet än att vårdas inlagd på en klinik samt medför sociala fördelar. Nackdelen är att det inkräktar på privatlivet och har en negativ inverkan på dagliga aktiviteter genom att känna sig bunden till sitt hem. En annan aspekt är förutsättningen att det finns ett hem. Trots positiva upplevelser i form av mer upplevd frihet och delaktighet så innebär den öppna tvångsvården ändå en frihetsbegränsning i form av att hålla kontakt med olika institutioner (Riley, Høyer & Lorem 2014, s.510). Även om upplevelser av tvång inte är markant inom den öppna vårdformen så avslöjar patienter erfarenheter av att vårdare går över gränsen och inkräktar på privatlivet (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, s. 40). Vardagsrummet blir en institution som en arena av struktur och implikationer av ofrivilligt öppenvård, med restriktiva påföljder i det sociala och privata livet (Riley, Høyer & Lorem 2014, s.510). Det finns patienter som upplever hembesök som inkräktande i vardagen genom att visiten stör i något de gör eller via oförmågan att

be vårdaren gå trots en önskan om att vara ensam. Vidare beskrivs patienter uppskatta när vårdare visar flexibilitet inför hembesöket, vilket värderas högt och anses som mycket stöttande (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, ss. 41-43). Samtidigt som den öppna vårdformen anses som en friare behandling så kvarhålls identiteten som patient och innebär praktiska svårigheter, som exempelvis att åka på semester (Riley, Høyer & Lorem 2014, s. 511).

Även om erfarenheter av konkreta tvångsåtgärder inte är så framträdande inom den öppna vårdformen, så är det ingen som vill vårdas under tvång efter utskrivning (Riley, Høyer & Lorem 2014, s.510). Patienter kände sig obekväma i början av öppenvårdsbehandling men accepterade det så småningom som en naturlig del i behandlingens utförande (Høgh Thøgersen, Morthorst & Nordentoft 2010, s. 40). Patienter säger sig veta vad som väntar om de inte fullföljer förpliktelseerna genom tidigare erfarenheter av att vårdats ineliggande samt genom hur det framställts av kliniken. Eftersom de anser att den öppna vårdformen innebär mer frihet och autonomi väljer patienterna att följa åtaganden mot sin vilja. Patienter beskriver att de lever under en konstant rädsla om att bli återremitterad till sjukhuset (Riley, Høyer & Lorem 2014, ss. 510- 511).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom syftet är att belysa patienters upplevelser utifrån den senaste forskningen så hade det bästa alternativet kanske varit att göra en empirisk kvalitativ studie, men på grund av tidsbrist ansågs en litteraturstudie bäst svara an på syftet. Att årtalen avgränsades till publicering inom de senaste fem åren var relaterat till att få med den nyaste forskningen, med avsikt att medföra något nytt och inte återupprepa gamla resultat. Eftersom sjukvården är dynamisk och i ständig utveckling så ansågs det kunna ske många förändringar och skillnader under tid, därmed gjordes avgränsningen till fem år. Begränsningen kan dock medfört att relevant data har förbigåtts eftersom upplevelsen kanske inte har förändrats i samma takt. En annan aspekt i avgränsningen var relaterat till att den nya vårdformen ÖPT trädde i kraft första september 2008 i Sverige. Även om inte artiklarna om den öppna vårdformen är från Sverige så är liknande lagstiftning relativt ny även i de länder som belyser liknande vårdform. Det har funnits en medvetenhet om att psykiatrisk omvårdnad kan skilja sig åt i olika länder men kontentan av att vårdas mot sin vilja tycks upplevas likvärdigt var än personen befinner sig i världen. Dessutom har de länder som innefattas i denna studie ett någorlunda likvärdigt regelverk. För att få en uppfattning om eventuella skillnader i lagstiftning så har Norges helsedirektorat som är motsvarighet till socialstyrelsen samt Storbritanniens mentalhealthlaw undersökts. Däremot har inte alla länders lagstiftning kontrollerats som ingår i resultatet, vilket kan innebära att väsentliga skillnader missats. Dock har landets lagstiftning delvis presenteras i samtliga artiklar, varför ett likvärdigt regelverk får anses som trovärdigt.

En begränsning i tillgång av fulltext kan ha medfört att betydelsefull information har missats. Genom att exkludera artiklar som innehöll både ett sjuksköterske- och patient perspektiv, så har även patienters upplevelser i dessa artiklar varit tvungna att utelämnats. Detta eftersom det är patientens och inte sjuksköterskans upplevelse som eftersökts i denna studie och därmed har beslutet att exkludera artiklar med andra synvinklar än patientens varit nödvändigt. Eftersom databaserna har olika funktioner i avgränsningar och sökalternativ så har sökningarna delvis anpassats, men utifrån samma grundsyfte. Detta kan anses som inkonsekvent men avsikten var att tillvarata de potentialer som fanns för att förstärka möjligheter att finna litteratur som bäst svarar på huvudsyftet. Sökprocessen har skett i flera steg och vid flera tillfällen och allt eftersom relevant litteratur har funnits så har inte antal sökord utökats. Detta eftersom att de valda sökorden bäst ansågs smalna av sökningen i form av att svara på det valda syftet utan att utesluta väsentlig information. Det är rubriken som avgjort om en vidare granskning av abstract är aktuell. Detta kan ha medfört att relevant innehåll ha uteslutits på grund av feltolkad rubrik. En okunskap om databasernas alla möjliga sökfunktioner kan ha medfört att relevanta artiklar missats samt medfört extra jobb genom att inte kunnat utesluta kvantartiklar i sökresultatet i två av databaserna. Axelsson (2012, s. 204) menar att en litteraturstudie med fördel behandlar både kvalitativa och kvantitativa forskningsresultat för att belysa det valda problemet utifrån olika perspektiv för att på så vis ge en vidare insikt. Trots denna medvetenhet så har kvantitativforskning uteslutits med tanke på att det främst är syftet som avgör metod. Kvantitativforskning bidrar med viktig kunskap men anses inte beskriva erfarenheter och upplevelser på ett lika användbart sätt som kvalitativforskning.

Resultatdiskussion

Litteraturstudien visar att patienter som vårdas mot sin vilja har ett stort behov av en vårdande relation och att bli behandlad med respekt. Det saknas en god kommunikation med vårdare i form av att få adekvat individanpassad information samt att bli lyssnad på. Att tvångsvården även har flyttat in i patienters hem, är också viktigt att beakta. Även om det mestadels är specialistsjuksköterskans uppgift att ansvara för vården i hemmet så är allmänsjuksköterskan ansvarig för att delta i planeringen. Därför är det viktigt att även allmänsjuksköterskan har insikt om denna vårdform och dess innebörd. Även om upplevelsen av konkreta tvångsåtgärder inte är markant inom den öppna tvångsvården så var det ingen som ville vårdas under denna form. För att vidare förstå tvångsupplevelser i den öppna vården, så måste förståelse finnas om hur denna vårdform påverkar det dagliga livet (Riley, Høyer & Lorem 2014, s.510). Resultatet visar att patienter känner en begränsad frihet genom att inte kunna röra sig fritt. Enligt FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948, ss. 3-5) ska alla ha rättigheten till att förflytta sig fritt inom varje stats gränser och få lämna sitt land. Vidare står det att ingen får utsättas för godtyckligt ingripande i privatliv, familj eller hem samt får inte någons heder eller anseende angripas eller utsättas för förnedring eller bestraffning. Samtidigt är det många patienter som vittnar om upplevelser av att ha blivit kränkta och bestraffade. Även Dahlberg (2002, ss. 6-7) påvisar att patienter vittnar om upplevelser av bestraffningar om de inte följer vårdens instruktioner samt känslor om att vara värdelös och att bli kränkt. Dessa känslor kan motverkas genom en god och mellanmänsklig relation till vårdaren. Att bevara en mänsklig kontakt i relationen till

vårdare anses som viktigt. En grundläggande förutsättning för att vårdarens personliga kvalitéer och uppförande ska uppfattas som positiva uppnås genom ett aktivt lyssnande. Detta medför även känslor som en genuin omtanke och att patienter känner sig värderade och respekterade (Chase, Malden, Lansbury, Hansen, Ambrose, Thomas, Wilson & Costall 2012, s. 580).

Sandman och Tinghög (2011, s. 5) beskriver att ett vårdbehov åtgärdas optimalt om insatser sker utifrån de kunskapsmässiga förutsättningarna under tillfället som resulterar i störst behovstillfredsställelse. Detta kan ibland uppfattas svårt när patienter och vårdare inte delar samma åsikt om patientens grundläggande behov, vilket många patienter skildrar i samband med tvångsmedicinering. Att utsättas för tvångsmedicinering beskrivs som en påfrestande och kränkande behandling, men också som en nödvändighet i det akuta skedet. Det finns ett önskemål om mer information och delaktighet i förfarandet, samt mer möjlighet till alternativ. Enligt Tranulis, Goff, Henderson och Freudenreich (2011, ss. 890-891) finns det patienter som vittnar om medicinens positiva effekt, som bland annat lett till en stabilare tillvaro. En insikt om läkemedlets fördelar kunde ta lång tid att förstå och därmed finns en önskan om att omgivningen skulle visa en djupare förståelse och en mindre dömande attityd under de perioder då patienter nekar medicinering. Det kan vara svårt att finna en balans mellan patienters lagliga rätt och vad som är för patientens bästa. Vård och behandling ska enligt lag så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 1982:763). Sjuksköterskan har ett ansvar att informera patienter om sin rätt att välja eller vägra behandling (Svensk Sjuksköterskeförening 2005, s. 7). Detta kan medföra etiska svårigheter när patienten frantagits denna rätt i anknytning till att vårdas enligt LPT eller ÖPT.

En begränsad valfrihet och bristande kontroll över sin livssituation kan lätt medföra känslor av meningslöshet och hopplöshet. Upplevelsen av hopp beskrivs i Svensk Sjuksköterskeförening (2011, ss 10-11) som väsentlig för hälsan genom att hoppet kan inge tro på en möjlig framtid samt bringa tillit om en morgondag. Dessutom kan hoppet i svåra stunder bli en källa till förtröstan och glädje samt inge en förmåga att se möjligheter samt vara en drivkraft för att uppnå mål. Därmed är det viktigt att vårdaren har en förmåga att ge näring åt och stödja patienters upplevelser av hopp. En tillitsfull vårdrelation skapar möjlighet för patienten att finna mening och hopp, vilket kan växa fram genom att vårdaren är öppen, engagerad, förtroendeingivande och pålitlig (Svensk Sjuksköterskeförening 2011, ss 10-11). Även Kiessling och Kjellgren (2004, s. 34) belyser detta och menar att tillit och förtroende utvecklas genom att vårdaren visar omtanke och ett intresse av hur patienten upplever sin livssituation. Behovet av delaktighet varierar beroende på var patienten befinner sig i sjukdomsprocessen och för att få insikt om var i sjukdomsprocessen som patienten befinner sig, så måste vårdaren samtala med patienten. Detta för att patienter vill vara delaktiga och anses som en partner i teamet istället för att vara underordnad.

Fokus ska alltid vara på patientens välbefinnande men sjuksköterskan måste också ansvara för sin egen hälsa. ICN:s etiska kod betonar att sjuksköterskans primära uppgift

är att ansvara för att ge människor vård men också att denne även har ett personligt ansvar att sköta sin egen hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening 2005, ss. 4-5). Även Sibitz et al. (2011, s. 240) belyser detta och visar att patienter uppskattar när vårdaren inger en känsla av att själva vara mentalt frisk. Genom att sjuksköterskan bejaka sitt eget välbefinnande så inskaffas mer energi att fördela till välbehövande, vilket kan leda till en mer hållbar utveckling. Kjellström, Håkansta och Hogstedt (2005, s. 238) menar att hållbar utveckling utgörs av tre grundkomponenter: ekonomiska, sociala och miljömässiga faktorer. Därmed kan ytterligare en aspekt på hållbar utveckling kunna vara att delge samhällets befolkning mer information om psykiatrisk ohälsa, för att på så vis förhindra stigmatisering. Rädsla för stigmatisering skulle kunna förklara varför många människor väljer att inte prata om sin psykiska ohälsa. Bekymret med att inte våga samtala om sina besvär kan medföra att personen hinner utveckla stort lidande innan hjälp. Mer kunskap och förståelse om innebörden av att leva med psykisk ohälsa, skulle kunna leda till mindre stigmatisering samt att fler söker hjälp i ett tidigare skede och på så vis kan ta emot vården frivilligt, vilket även skulle avlasta anhöriga. Anhöriga benämns ofta inom vården som en viktig del i patientens hälsoprocess men nämndes inte avsevärt i de funna artiklarna, utan beskrevs mest i form av att vara de som tog kontakt med sjukvården vid insjuknandet. Gerson, Davidson, Booty, Wong, McGlashan, Malespina, Pincus och Corcoran (2009, ss. 813-814) beskriver att anhöriga upplever det som påfrestande att tvingas påkalla hjälp när ens familjemedlem insjuknar akut. Detta pågrund av rädsla att den insjuknade ska skadas av polisens ingripande eller leda till stigmatisering. Känslor av frustration, ilska, skam och känslan av att nästan själv bryta ihop är också något som uttrycks hos anhöriga, vilket ledde till en önskan om att få samtala om de svårigheter och trauman som detta inneburit för familjen.

Enligt Kjellström, Håkansta och Hogstedt (2005, s. 40) så har ett hållbart samhälle utvecklat möjligheter att ge alla invånare en hälsosam miljö, meningsfull tillvaro, aktivt deltagande i samhället samt en tillräcklig inkomst. Hälsa framställs som en mänsklig rättighet och att människan har rätt till en god vård genom sin existens. För att uppnå god hälsa och välbefinnande måste i princip alla mänskliga rättigheter tillgodoses. Hälsa beskrivs också som en viktig dimension för livskvalitet samt som en resurs för social, ekonomisk och personlig utveckling på likasåväl individuell som samhällsnivå. Hälsa klarläggs därmed som grunden för en social utveckling och välfärd. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle en investering i forskning och utbildning om psykisk ohälsa kunna inbringa vinster på sikt i form av bättre hälsa. Dessutom skulle en ekonomisk satsning på mer utbildad vårdpersonal samt fler vårdplatser kunna leda till kortare och färre inläggningar. Detta eftersom människor med psykisk ohälsa skulle kunna få mer och effektivare hjälp i ett tidigare stadium, vilket även kan anses som en suicidprevention.

Maktförhållandet mellan vårdaren och patient framställs som att vårdaren innehar en maktposition gentemot patienter. Detta yttrar sig genom patienters upplevelser av maktlöshet samt att inte våga säga något pågrund av rädsla att det ska påverka deras vård negativt, vilket även medför ett vårdlidande. Ett kontinuerligt utbyte av information mellan vårdare och patient är väsentligt i upplevelsen av delaktighet, där patienten har möjlighet att ställa frågor och diskutera sin vård. Att vara delaktig i sin

vård har påvisats ha positiva hälsoeffekter varför det är viktigt att bejaka genom att ta hänsyn till patientens önskemål och värderingar (Kiessling & Kjellgren 2004, s. 34).

SLUTSATSER

I vissa fall är det livsavgörande för patienten att vårdas utan sitt medgivande. Men att vårda någon mot sin vilja medför också en konflikt mellan att bevara patientens autonomi och om principen att göra nytta. Därmed är det av yttersta vikt att denna vårdform samtidigt medför en positiv upplevelse samt innebär ett lindrat lidande. Litteraturstudiens resultat påvisar att relationen till vårdpersonalen har en väsentlig betydelse och i många fall var avgörande för helhets upplevelsen, varvid sjuksköterskans roll kan förstås. Vidare framgår det att patienter har ett stort behov av en god kommunikation, i form av individuell information samt att bli lyssnad på. Vårdpersonalens attityd påverkar upplevelsen av välbefinnande genom att bemöta patienten med värdighet och respekt. Detta medför även en känsla av förtroende hos patienten som möjliggör en personlig tillväxt. Sjuksköterskan kan därför med sin vårdvetenskapliga kompetens och förmåga, lindra lidanden, inge känslor av mening och hopp samt rädda liv. Inom psykiatrisk heldygnsvård råder det brist på speciallistutbildade psykiatrisjuksköterskor. Därmed blir det även allmänsjuksköterskans uppgift att ansvara för den psykiatriska omvårdnaden under tiden som patienten vårdas mot sin vilja inom psykiatrisk kontext. Således är detta ett viktigt ämne att belysa även under grundutbildningen.

REFERENSER

* = Artiklar som ingår i analysen.

*Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(1), ss. 15-22.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M & Höglung-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.

Bergk, J., Einsidler, B., Flammer, E. & Steinert, T. (2011). A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*, 62(11), ss. 1310-1317.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Björkdahl, A. (2008). *Vägledning vid psykiatrisk tvångsvård Förslag baserat på material framtaget i EU-projektet EUNOMIA*.
<http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/guidelines%20svenska%20080528.pdf> [2014-10-22]

*Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K. & Kantaris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care. *BMC Medical ethics*, 15(50), ss. 1-8.

Chase, M., Malden, A., Lansbury, L., Hansen, J., Ambrose, A., Thomas, C., Wilson, C. & Costall, A. (2012). "In Sight, Out of Mind": The Experiences of the Compliantly Engaged Community Psychiatric Out-Patient. *Community Mental Health Journal*, 48(5), ss. 574-583.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 63 (22), ss. 4-6.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ekeberg, M. (2009). *Att lära sig vårda- med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur.

Ekebergh, M. (2009). Developing a didactic method that emphasizes lifeworld as a basis for learning. *Reflective Practice*, 11(1), ss. 51-63.

FN's allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. (1948).
www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf [2014-10-23]

Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., Wong, C., McGlashan, T., Malespina, D., Pincus, HA. & Corcoran, C. (2009). Families' Experience With Seeking Treatment for Recent-Onset Psychosis. *Psychiatric services*, 60(6), ss. 812-816.

*Høgh Thøgersen, M., Morthorst, B. & Nordentoft, M. (2010). Perceptions of Coercion in the Community: A qualitative Study of patients in a Danish Assertive Community Treatment Team. *Psykiatr Q*, 81(1), ss. 35-47.

Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R. & Priebe, S. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives- a qualitative study. *PlosONE*, 6(10), ss. 1-7.

*Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T. & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), ss. 1169-1179.

Karlsson Gadea, I. (2013). Vårdguiden 1177. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Psykiatrisk-tvangsvard/> [2014-10-20]

*McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. (2013). 'Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre', *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(8), ss. 726-734.

Kiessling, T. & Kjellgren, K I. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), ss. 31-35.

Kjellström, T., Håkansta, C. & Hogstedt, C. (2005). *Folkhälsa, hållbar utveckling och globalisering*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. http://lgdata.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/docs/1829/956774/Folkh%C3%A4lsa_h%C3%A5llbar_utveckling_och_globalisering.pdf [2014-11-20]

McNiel, D., Gormley, B. & Binder, R. (2013). 'Leverage, the treatment relationship, and treatment participation', *Psychiatric Services*, 64(5), ss. 431-436.

Pilhammar Andersson, E. & Kärner, A. (2007). Centrala begrepp av betydelse för patientundervisning - Kommentarer till kunskapssammanställningen. I Östlinder, G. *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia: Svensk sjuksköterskeförening, ss. 25-30

Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S. & Kallert, T. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), ss. 1012-1017.

*Ridley, J. & Hunter, S. (2013) 'Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003'. *Health & Social Care In The Community*, 21(5), ss. 509-518.

*Riley, H., Høyer, G. & Lorem, G. (2014). "When coercion moves into your home" - a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway'. *Health & Social Care In The Community*, 22(5), ss. 506-514.

Sandman, L. & Tinghög, G. (2011). *Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering*. Linköpings universitet. <http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/publikationer/prioriteringscentrums-publikationer-ovrigt-publicerat-material/1.314649/PrioC2011-7.pdf> [2014-10-22]

SFS 1982:763 *Hälso-sjukvårdslagen*, Stockholm: Justitiedepartementet http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ [2014-10-22]

SFS 1991:1128 *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*, Stockholm: Justitiedepartementet.
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/ [2014-10-20]

*Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), ss.239-244.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2014-10-23]

Socialstyrelsen (2011). *Min guide till säker vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18221/2011-1-6.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig- Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf> [2014-11-04]

Svensk Sjuksköterskeförening. (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.
<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf> [2014-10-23]

Svensk Sjuksköterskeförening. (2011). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Westergren, S. (2011). *Vårdintyg - tvångsåtgärder*. Internetmedicin. SU/Östra.
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=175> [2014-10-20]

Bilaga 1 - Urvalstabell

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
Cinahl	Experience AND Involuntary	Publicerade år 2009-2010, Engelskspråkig Samt Akademisk tidsskrift	54	4	2
Cinahl	Perception AND Involuntary	Publicerade år 2009-2010, Engelskspråkig Samt Akademisk tidsskrift	27	1	1
Pubmed	Experience AND Involuntary	Publicerade inom 5 år och engelskspråkig	184	4	1
Pubmed	Coercive AND Experience	Publicerade inom 5 år och engelskspråkig	66	4	1
Psycinfo	Involuntary AND Experience	peer reviewed, publicerade år 2009-2014, Engelskspråkig och kvalitativ metod	53	5	2
Psycinfo	Experience AND Coercive	publicerade mellan 2014-05-01 & 2014-11-01	8	2	1
Totalt				20	8

Bilaga 2 – Granskningstabell kvalitativa artiklar

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan</p> <p>Skärsäter, I. & Andreasson, E. (2012)</p> <p><i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Studien hänvisar till tidigare forskning och nämner bland annat begreppet stigmatisering.</p>	<p>Att beskriva patienters upplevelser av vård och behandling under tvångsintagning under den akuta psykotiska fasen.</p>	<p>Kvalitativ design med fenomenografisk ansats</p> <p>Datainsamling förekom på 2 psykosavdelningar. 16 patienter tillfrågades om deltagande via deras case managers varav 4 avstod. Totalt 12 deltagande, 7 men och 5 kvinnor varav 9 var födda i Sverige.</p> <p>Inklusionskriterier: Tidigare tvångsintagning pga. psykotisk störning samt talar och förstår svenska. Exklusionskriterier: Patienter med vanföreställningar eller kommunikationssvårigheter</p> <p>En intervjuguide användes med uppföljningsfrågor.</p>	<p>Författarna lyfter fram att tvångsvård presenterar ett etiskt dilemma utifrån 2 grund principer: Principen om att göra gott och principen att respektera patientens självbestämmande</p> <p>Studien har ett etiskt godkännande ifrån Regionala etiska styrelsen i Göteborg och har utförts utifrån Helsingfors deklarationen bestämmelser.</p>	<p>Två kategorier framträdde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mottagande behövde stöd.</i> 2. <i>Mottagande behövde respektfull vård.</i> <p>Med under kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) - mottagande av god vård, - behov av mottagande av skydd, - mottagande av hjälp med att förstå det som sker, - mottagande av vård i en helande miljö. 2) – vetenskapen om en mänsklig varelse, - självständighet, - medverkande.

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care</p> <p>Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K. & Kantaris, X. (2014)</p> <p><i>BMC Medical ethics</i></p> <p>England</p>	<p>Etiskt perspektiv</p>	<p>Att utforska patienters erfarenheter av frihetsberövande vård. Med inriktning på reflektion om hur deras värdighet och respekt togs med hänsyn under tvångs ingripande. Samt tillfrågades deltagarna svara på problem som ansågs vara av stor betydelse och vikt för dem.</p>	<p>Kvalitativ metod med en målmedveten provtagnings teknik.</p> <p>Datainsamling förekom på 3 mental sjukhus i södra England. Potentiella deltagare identifierades av avdelnings ansvarig och konsulterande psykiatrier och tillfrågades om medverkan därefter. 19 deltagare som vårdades ofrivilligt tillfrågades och alla tackade ja varav 12 men och 7 kvinnor mellan åldern 19-53.</p> <p>Semi- strukturerade intervjuer transkriberades och analyserades utifrån en induktiv metod.</p>	<p>Ett etiskt resonemang genomsyrar hela artikeln.</p> <p>Etiskt godkännande finns från lokala forsknings kommittén och från varje sjukhus etiska kommitté. Deltagarna hade möjlighet till stöd under intervjuerna om så önskade och information efteråt gavs.</p>	<p>5 huvud teman och 14 under teman identifierades.</p> <p><i>Hörd av vårdare:</i> -maktlös och bristande autonomi, - självvärdighet, -vård relation och personalens attityd, - stigmatisering.</p> <p><i>Delaktighet i vård beslutsfattande:</i> - ytterligare möjlighet, -maktlöshet och bristande autonomi, - självvärdighet.</p> <p><i>Information om behandlingsplan:</i> - maktlöshet, - självvärdighet, - kommunikation och personalens attityd.</p> <p><i>Tillgänglighet av mera terapi:</i> - hinder och känslor av hjälplöshet, - Isolering och timeout.</p> <p><i>Fysisk placering/miljö och daglig aktiviteter:</i> - Fysisk omgivning, - känslor av att vara i fängelse.</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Perceptions of Coercion in the Community: A qualitative Study of patients in a Danish Assertive Community Treatment Team</p> <p>Høgh Thøgersen, M., Morthorst, B. & Nordentoft, M. (2010)</p> <p><i>Psykiatr Q</i></p> <p>Danmark</p>	<p>Studien hänvisar till tidigare studier och menar att det tidigare endast gjorts få studier som beskriver patienters upplevelser av att vårdas under tvång i öppenvården.</p>	<p>Att lägga grunden för en större kvantitativ studie för att jämföra öppen psykiatrisk vård med eller utan tvång. Med hjälp av att i denna studie utforska patienters upplevelser av tvångsbehandling samt vad som är utmärkande för uppfattningen av tvång. Dessutom hur upplevelser från tidigare kontakt med samhällets mentalvård och behandling skiljer sig åt.</p>	<p>Kvalitativ metod. Patienter rekryterades från 2 nystartade ACT team i Köpenhamn. Inklusionskriterier: Tidigare svårigheter att engageras i standard samhällsvård, varit i ett ACT team i minst 1 år, primär allvarlig psykiatrisk diagnos, kunna delge informerat samtycke och inte behöva tolk. 5 från varje team tillfrågades varav 4 senare exkluderades då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. 3 män och 3 kvinnor deltog. 6 In på djupet intervjuer ledde till teman och återföljande intervjuer som analyserades utifrån en induktiv tematisk analys.</p>	<p>Författarna lyfter fram frågan om bestående behandlig är etiskt. Argument som att ACT medför etiska problem relaterat till privathet, sekretess, tvång och konflikter av skyldighet mot patient och andra.</p>	<p>2 huvudteman och 6 under teman identifierades</p> <p><i>Upplevelsen av tvång:</i> - Brist på inflytande under behandlingsprocessen och obetydlig allians med vårdarna, - Inte bli erkänd som en autonom och kompetent person, - Överskrider gränsen och inkräktar på privathet.</p> <p><i>Erfarenheter av vad som motverkar upplevelser av tvång:</i> - Ett samarbete, gemenskap och pålitlig relation med vårdaren, - Åtagande, ihärdighet och tillgänglighet, - Erkännande av behovet av socialt stöd och hjälp med dagliga aktiviteter.</p> <p>Teman jämfördes med varandra utifrån upplevelser av tidigare behandling mot erfarenheter av ACT</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study</p> <p>Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T. & Priebe, S. (2012)</p> <p><i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i></p> <p>Storbritannien</p>	<p>Studien hänvisar till tidigare forskning och debatter.</p>	<p>Att utforska patienters tillbakablickande uppfattningar om varför den ofrivilliga sjukhusvistelsen var rätt eller fel.</p>	<p>Kvalitativ metod med grounded theory och tematisk analys design. 59 ofrivilligt intagna personer på 22 sjukhus intervjuades utifrån på djupet semi- strukturerade frågor.</p> <p>Deltagare: 69 patienter inbjöds att delta varav 10 tackade nej. Rekrytering skedde under två års period från en kvantitativ studie och de som ansåg att tvångsinläggningen var rätt respektive fel inkluderades.</p> <p>För att få ett vittomfattande urval utvaldes patienter från flera sjukhus och med bl.a. varierande etnicitet, ålder, kön och diagnos</p>	<p>Författarna menar i diskussionen att ta tillvara på patienters negativa och ambivalenta upplevelser inte enbart är etiskt och humanistiskt utan också kan leda till ett bättre behandlings resultat.</p> <p>Etisk godkännande från Multi-centre etiska forsknings kommitté.</p>	<p>Tre grupper utifrån patienters upplevelse av ofrivilligvård identifierades: <i>De som tyckte det var rätt, De som tyckte det var fel och De med ambivalenta åsikter.</i></p> <p>De med positiva åsikter ansåg att sjukhusvistelsen var nödvändig i det akuta skedet eftersom deras vårdbehov pga. tillståndets allvarlighetsgrad inte kunnat tillgodose på annat sätt.</p> <p>De med negativa åsikter ansåg att de var i behov av vård men att tvångsåtgärderna var onödiga och hade en negativ inverkan på deras mentala hälsa.</p> <p>De med ambivalenta åsikter delade meningarna med ovan. De ansåg akut behandling som en nödvändighet men att problemen kunnat avklaras med mindre tvångsinslag.</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre</p> <p>McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. (2013)</p> <p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i></p> <p>Irland</p>	Fenomenologiska utgångspunkter.	Att få en förståelse vad det innebär att som patient läggas in under tvång på ett sjukhus.	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Semi-strukturerad guide användes.</p> <p>Sex patienter (fyra män och två kvinnor) intervjuades om deras upplevelser att bli vårdad under tvång.</p> <p>Inklusionskriterier: 18 år eller äldre, samt att de vid intervju tillfället var överskrivna från tvångsvård till frivillig vård inom en viss tidsram.</p>	<p>Etiskt beviljat av universitetets etiska kommitté.</p> <p>De tillfrågade fick själva ta kontakt med intervjuaren i ett senare tillfälle om de ville delta.</p>	<p>Tre teman framkom:</p> <p><u>De första dagarna:</u> svårt att veta vad som händer, brist på information och förklaring om vad som skall hända.</p> <p><u>Erfarenheter av behandling:</u> Positiva och negativa upplevelser av den medicinska behandlingen.</p> <p><u>Gå vidare?</u> Patienternas pendlande känslor över att behöva anpassa sig till heldygnsvård. Några deltagare upplevde en lättnad över att ha kommit till insikten att de behöver hjälp och att de faktiskt hittat hjälp.</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implantation of the Mental Health (Care & treatment) (Scotland) Act 2003</p> <p>Ridley, J. & Hunter, S. (2013)</p> <p><i>Health and Social Care in the community</i></p> <p>Skottland</p>	Forskarna menar att tidigare forskning har visat stora skillnader i den subjektiva upplevelsen om tvångsvård var nödvändigt för deras bästa vid tillfället.	Syftet var att utvärdera ifall genomförandet av den nya tvångslagen MHCT, inneburit en ökad delaktighet för patienten. Med avsikt att studera patientens upplevelser av att behandlas under MHCT lagen.	<p>Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer i två steg med Narrativ metod.</p> <p>Patienter med erfarenhet av tvångsvård under MHCT lagen tillfrågades. 600 stycken tillfrågades via brev och informationsblad, 49 stycken tackade ja i steg 1, efter 12 månader intervjuades endast 39 patienter i steg 2.</p>	Etiskt godkänt av Multicentre Research Ethics Committee for Scotland.	<p>Erfarenheterna av den nya MHCT lagen var blandade: <i>Positivt jämfört med gamla lagen, avslappnad, rättvis, ingen skillnad, har inte hört talas om någon ny MHCT lag.</i></p> <p>Känslor gällande tvångsvård under MHCT lagen: <i>52 % av de tillfrågade ansåg att tvångsvård varit rätt för dem under vårdtiden (nödvändigt ont), 42 % upplevde att det varit helt onödigt med tvångsvård.</i></p> <p>Förbättringar: Många var positiva över att själv få en ökad delaktighet i sin egna vård. En springande punkt som framkom var att många tyckte att det var viktigt att fortfarande se och lyssna till patienten.</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>When coercion moves into your home- a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway</p> <p>Riley, H., Høyer, G. & F. Lorem, G. (2014)</p> <p><i>Health and Social Care in the community</i></p> <p>Norge</p>	<p>Forskarna hänvisar till tidigare studier och menar att det tidigare endast gjorts två studier som belyser de dagliga hindren och känslomässiga upplevelser som finns inom psykiatrisk öppenvård.</p>	<p>Att undersöka hur öppenvård under tvång drabbar patienters vardagsliv samt hur det påverkar deras upplevda grad av frihet.</p>	<p>Kvalitativ analys. Narrativ metod.</p> <p>Datainsamlingen skede mellan 2011-2012 med elva deltagare (7 män och 4 kvinnor i åldrarna 23-60 år).</p> <p>Inklusionskriterier: vårdats i öppenvården i minst 3 månader, bodde i närområdet.</p> <p>Exklusionskriterier: Språkliga hinder och oförmåga till samtycke.</p> <p>Intervjuerna gjordes i två steg, först en grupp intervju som sedan låg till grund för utveckling för en ämnesguide som sedan användes i den individuella intervjun.</p> <p>Tematisk narrative analys användes.</p>	<p>Etiskt godkänd av regoinkommittén för hälsa och medicin i Nord Norge. Patienterna informerades skriftligt och muntligt med stark betoning på frivillighet, samt att de närsomhelst kan välja att avsluta.</p>	<p>Patienterna jämförde öppenvården med tidigare erfarenheter av heldygnsvård. Trots klivna erfarenheter av psykiatrisk öppenvård ansågs det ändå vara ett mycket bättre alternativ än heldygnsvård.</p> <p>Deltagarna i allmänhet följde de krav och schema som öppenvården innebar, för att inte riskera att hamna inom heldygnsvård igen.</p> <p>De upplevde tvång annorlunda inom öppenvården, än i den slutna vården. Alla deltagarna kände sig begränsade i vardagen.</p> <p>Många upplevde stora sociala fördelar med att kunna vara hemma delar av vård tiden.</p>

Titel, författare, årtal, tidsskrift och land	Teoretiska utgångspunkter	Syfte	Metod (urval & analys)	Etiskt resonemang	Resultat
<p>Impact of coercive measures on life stories: qualitative study</p> <p>Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. (2011)</p> <p><i>The British Journal of Psychiatry</i></p> <p>Österrike</p>	<p>En kombination av pragmatism (läran om att agerandets mening finns i dess observerbara, praktiska konsekvenser och effekt) och "Chicago-style" – interaktionism människan tolkar varandras agerande istället för att reagera på dem).</p>	<p>Att etablera en typologi av olika perspektiv ifrån tvång samt integreringsformer i livshistorier.</p>	<p>Kvalitativ metod med ett modifierat grounded theory tillvägagångssätt.</p> <p>15 personer som nyligen vårdats mot sin vilja intervjuades utifrån på djupet semi strukturerade frågor med öppna svar. Utskrifterna kodades och analyserades för tematisk innebörd. Teman jämfördes och diskuterades tills enighet uppnåddes.</p> <p>Inklusionskriterier: nuvarande inskrivning på sjukhus, tidigare tvångsinläggning och ålder mellan 18 och 65.</p> <p>Exklusionskriterier: patienter med ett akut psykotiskt tillstånd eller kognitiva störningar. Sju kvinnor och åtta män i åldern mellan 32 och 66 år med varierande diagnoser deltog.</p>	<p>Begrepp som autonomi och mänskliga rättigheter lyfts fram associerade till respekt, delaktighet och livskvalité.</p> <p>Studien har ett etiskt godkännande från medicinska universitetet i Wien.</p>	<p>Intervjuerna tillhandahöll starka beskrivningar av det upplevda tvånget och associerade känslor. Alla deltagare hade utsatts för bältesläggning och/eller tvångsmedicinering under sjukhusvistelsen. Personerna beskrev situationerna som kränkande och utan respekt med känslor av ensamhet och hjälplöshet.</p> <p>Tre olika perspektiv av upplevda tvånget identifierades: <i>Oundviklig nödbroms, Onödig överreaktion och Praxis i behov av förändring.</i> Tre olika perspektiv av integrering av erfarenheterna i livshistorier: <i>Över att inte bli återinkallad, En livsförändrande erfarenhet och Motivation för politiskt engagemang</i></p>

Bilaga 3 - Temaöversiktstabell

Författare & år	Hemmet som en vårdande miljö	Sjukhuset som en vårdande miljö	Information för att förstå det som sker	Information för att förstå rättigheter och behandling	Vårdarnas attityder	Vårdande alliansen	Tvång som nödvändigt	Tvång som icke nödvändigt	Ambivalens över tvång
Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012).		X	X	X	X	X			
Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K. & Kantaris, X. (2014)		X			X	X	X	X	X
Høgh Thøgersen, M., Morthorst, B. & Nordentoft, M. (2010).	X				X	X		X	
Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T. & Priebe, S. (2012).		X					X	X	X
McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. (2013)			X	X			X		X
Ridley, J. & Hunter, S. (2013)		X	X	X	X	X		X	
Riley, H., Høyer, G. & Lorem, G. (2014).	X	X				X			X
Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. (2011).			X		X	X	X	X	