



EXAMENSARBETE

Våren 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Psykiatrisk tvångsvård

En litteraturstudie om patientens upplevelse

Författare

Pontus Olsson

Simon Håkansson

Handledare

Ellinor Edfors

Examinator

Atika Khalaf

Psykiatrisk tvångsvård

En litteraturstudie om patientens upplevelse

Författare: Pontus Olsson, Simon Håkansson

Handledare: Ellinor Edfors

Litteraturstudie

Datum 140610

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige tvångsvårdas 3000 personer varje dag utifrån Lagen om psykiatrisk tvångsvård eller Lagen om rättspsykiatrisk vård. Tvångsvård får endast ges om personen lider av en allvarlig psykisk störning, eller på grund av sitt psykiska tillstånd har ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än att personen är intagen på en psykiatrisk vårdavdelning. Viktiga principer att praktisera vid tvångsvård är autonomiprincipen, människovärdesprincipen, legalitetsprincipen och integritetsprincipen.

Syftet: Syftet i denna litteraturstudie var att belysa patientens upplevelse av psykiatrisk tvångsvård inom slutenvård.

Metod: En systematisk litteraturstudie med 14 kvalitativa artiklar som inkluderats efter sökning i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO.

Resultat: Åtta olika kategorier framkom, *Att medicineras under tvång, Att bli frihetsberövad, Att få adekvat stöd från personal och familj, Att få adekvat och kompetent vård, Att inte få tillräckligt med information, Att inte bli bemött som en värdig människa, Att inte få behålla sin autonomi, Att inte få behålla sin identitet.*

Diskussion: Resultatdiskussionen är baserad på tre huvudfynd, *Delaktighet, Information, Människovärde.* Dessa fynd har diskuterats med hjälp av viktiga principer att praktisera vid tvångsvård, samt med hjälp av annan forskning inom psykiatrin.

Nyckelord: Tvångsvård, Slutenvård, Patienten, Upplevelse,

Litteraturstudie

Compulsory psychiatric treatment

A literature review about patients' experience

Author: Pontus Olsson, Simon Håkansson

Supervisor: Ellinor Edfors

Literature review

Date 140610

Abstract

Background: In Sweden 3000 people are involuntarily treated every day based on compulsory Mental Care Act or Law of forensic psychiatric care. Compulsory treatment should only be given if the person suffers from a serious mental illness, or because of his mental state has an essential need of psychiatric care that can not be met otherwise than that the person is admitted to a psychiatric ward. Important principles to practice at the compulsory care are the autonomy principle, principle of human dignity, legality and integrity principle.

Aim: The purpose of this study was to elucidate the patient's experience of compulsory psychiatric treatment in inpatient care.

Method: A systematic literature review of 14 qualitative articles was included by searching the databases Cinahl, PubMed and PsycINFO.

Results: Eight different categories emerged, *To be medicated under coercion, To be deprived of liberty, To get adequate support from staff and family, To get adequate and competent care, Not getting enough information, To not be treated as a worthy human, To not retain autonomy, To not retain identity.*

Discussion: Results discussion is based on three main findings, *Participation, Information, Human dignity.* These findings have been discussed with the help of important principles to practice during compulsory treatment, and with the help of other research in psychiatry.

Keywords: Compulsory care, Inpatient care, Patient, Experience,

Literature review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Psykiatrireformen.....	6
Lagen om psykiatrisk tvångsvård	7
Särskilda tvångsåtgärder	7
Klientområdet.....	7
Viktiga principer att praktisera vid tvångsvård	8
Autonomiprincipen.....	8
Människovärdesprincipen	8
Legalitetsprincipen	8
Integritetsprincipen.....	9
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Datainsamling	9
Urval.....	10
Genomförande.....	10
Analys	10
Etiska överväganden	10
Förförståelse.....	11
RESULTAT	11
Att medicineras under tvång.....	12
Att bli frihetsberövad.....	13
Att få adekvat stöd från personal och familj	14
Att få adekvat och kompetent vård.....	15
Att inte få tillräckligt med information	16
Att inte bli bemött som en värdig människa	17
Att inte få behålla sin autonomi	17
Att inte få behålla sin identitet	18

DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	20
Delaktighet	20
Information	21
Människovärde	22
Slutsats.....	23
Förslag på vidare forskning.....	23
Litteraturförteckning.....	24

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

I Sverige tvångsvårdas 3000 personer varje dag utifrån Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991:1128) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, 1991:1129) (Socialstyrelsen, 1999). Att vårda någon mot deras vilja är ett stort ansvar för vårdaren, då det är viktigt att alla får god vård på jämlika villkor (Socialstyrelsen, 2013). Att tvingas till vård mot sin vilja är ett allvarligt ingrepp i integriteten och andra viktiga principer, därför är det noga reglerat i lagen (Gutafsson, 2010). Forskning inom tvångsvård är aktuellt eftersom mycket har utvecklats och stora förändringar har skett inom området. Det är viktigt att patienten får en så god vård som möjligt utifrån deras behov eftersom de är intagna emot sin vilja (a.a.). Tvångsvård är ett område som hela tiden kan förbättras, eftersom det är individuellt vilka tankar och känslor som väcks. Tvångsmedicinering är den vanligaste tvångsätgärden och utförs ofta tillsammans med tvångsätgärden fastspänning (Socialstyrelsen, 2013). Patienten kan ha olika åsikter och upplevelser kring tvångsmedicinering och det är viktigt att ta hänsyn till, exempelvis kan en patient motsätta sig medicinering av religiösa skäl som inte behöver vara relaterat till psykisk ohälsa (Sjöstrand & Helgesson, 2008).

Psykiatrireformen

Genom psykiatrireformen 1995 fick kommunerna alltmer ansvar inom psykiatrin (Ottosson & Ottosson, 2007). De fick då ansvar för cirka 50 000 psykiskt funktionshindrade. Psykiskt funktionshindrade har blivit alltmer integrerade i samhället sedan mentalsjukhusen fick lägga ner. I det välfärdssamhälle vi lever i har de blivit en gemensam utmaning för socialtjänsten och psykiatrin. Sammanfattningsvis har reformen medfört att mentalsjukhus har lagt ner, en renodlad biomedicinsk sjukdomsmodell har ersatts av en bio-psyko-social modell, psykiatrisk vård har integrerats med övrig sjukvård på allmänna sjukhus, en psykiatrisk klinik tar hand om all öppen och sluten vård inom ett geografiskt område, kliniken samarbetar med vårdgrannar i primärvård och socialdistrikt, och psykiatrisk vård är samordnad med socialtjänst för vård, stöd och service till psykiskt funktionshindrade (a.a.).

Definitionen på sluten vård är "hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård" (Socialstyrelsen, 2012).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Tvångsvård får endast ges om personen lider av en allvarlig psykisk störning, eller på grund av sitt psykiska tillstånd har ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än att personen är intagen på en psykiatrisk vårdavdelning (Regeringskansliet, 1991). Det kan även innebära att personen motsätter sig psykiatrisk vård, eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan (a.a.). Tvångsvården förväntas bringa ett mer stabilt hälsotillstånd för patienten och på sikt utskrivning från avdelningen (Ottosson & Ottosson, 2007). Målet med tvångsvården är att patienten ska återhämta sig och återta kontrollen över självbestämmande och beslutsrätten över sitt liv (Jormfeldt, 2006).

Särskilda tvångsåtgärder

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ger lagstöd för frihetsberövande (Gutafsson, 2010). Lagen innehåller dessutom bestämmelser som ytterligare inkräktar på den enskilde personen och skyddet som denna har enligt Regeringsformen och Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (a.a.). Patienter under tvångsvård kan hindras att lämna vårdinrättningen och under särskilda förutsättningar hindras med användande av visst tvång (18 § LPT), spännas fast (19 § LPT) eller hållas avskild från övriga patienter (20 § LPT), patientens rätt att använda elektroniska kommunikationsmedel får begränsas (20 a § LPT), patienten får nekas att besitta viss egendom exempelvis vapen och viss annan egendom får dessutom förstöras, exempelvis narkotika och alkohol (21, 24 § § LPT), försändelser får undersökas (22 § LPT) och övervakas (22 a § LPT) och personal ges rättighet att utföra kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning (23 § LPT) (Socialdepartementet, 1991).

Klientområdet

Klientområdet omfattar mottagaren av omvårdnad, patienten eller klienten (Kim, 2000). Det är viktigt att identifiera olika kännetecken hos individen och den situation som individen befinner sig i när det finns behov av omvårdnad. Kim tar upp olika existentiella fenomen som hon anser är mycket viktiga inom detta område och som det behöver arbetas med. De är hälsa, bemästrande, hopp, välmående, upplevelse av mening, personlig kontroll och autonomi. Kim tar även upp problematiska fenomen som är viktiga i omvårdnadssammanhang, exempelvis

smärta, lidande, hjälplöshet, förlust, fruktan, osäkerhet, förvirring, förtvivlan, tillbakadragande, kroniska tillstånd, isolering och stigmatisering (a.a.).

Viktiga principer att praktisera vid tvångsvård

Autonomiprincipen

Autonomiprincipen handlar om människans rätt till självbestämmande, men den bygger på att människan kan fatta rationella beslut (Stryhn, 2007). Emellertid kan patienter vara oförmögna att utöva sin rätt till autonomi av olika anledningar, såsom medvetlöshet, psykos, demens eller barn som inte har förmåga att utöva sin rätt till autonomi fullt ut (a.a.). Sjuksköterskan ansvarar för att den enskilda individen får information som ger samtycke för vård och behandling (ICN, 2007).

Människovärdesprincipen

Enligt Regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskildas frihet och värdighet (Gutafsson, 2010).

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de tidigare har gjort eller vad de gör nu, det vill säga att inte döma personen för deras handlingar. Människovärdet innebär vissa rättigheter, rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv (a.a.). Sjuksköterskans etiska kod innebär bland annat att i vårdarbetet verka för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras (ICN, 2007). Det är viktigt att som vårdpersonal bemöta patienter enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård med en lika god vård som en person utan tvångsvård, för att denna inte ska förlora sitt mänskliga värde.

Legalitetsprincipen

Legalitetsprincipen innebär att myndigheterna inte får besluta något utan något slags stöd i författningar (Gutafsson, 2010). För att myndigheterna ska ha rätt till att fatta tunga beslut om medborgarna krävs det dessutom ett särskilt stöd i lagen. Till exempel för att en vårdinrättning överhuvudtaget ska kunna vidta åtgärder som inkräktar på grundlags- och konventionsstadgande fri och rättigheter ska detta ha stöd i lag, och åtgärden får inte komma i konflikt med grundlagen eller Europakonventionens skyddsregler. Den handlar om att man som vårdpersonal inte kan utföra tvångsåtgärder eller andra åtgärder mot individen om det inte finns stöd i lagen (a.a.). Detta kan skydda patienten mot att tvångsvård utnyttjas i onödan.

Integritetsprincipen

Integritet används i vårdlagarna i stället för grundlagens ”värdighet” (Ottosson & Ottosson, 2007). Det innebär att få sin karaktär och privata sfär respekterad och inte få begränsad frivillighet i beslut och handlingar. Graden av möjlighet till självbestämmande kan variera, men personen har i alla lägen rätt att få sin personliga integritet respekterad av vårdpersonal. När fördelarna med behandlingen bedöms större än tvångets nackdelar står den psykiatriska vården inför utmaningen att tillfälligt ta över beslutsfattandet med så liten kränkning av integriteten som möjligt (a.a.).

SYFTE

Syftet var att belysa patienters upplevelser relaterade till psykiatrisk tvångsvård inom slutenvård.

METOD

Design

En systematisk litteraturstudie genomfördes för att besvara studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2013). Genom en bred analys och sammanställning av artiklar kan kunskapsläget fastställas (Segesten, 2012). För att generera kunskap om patientens upplevelser av tvångsvård har kvalitativa vetenskapliga artiklar med patientperspektivet valts.

Datainsamling

Databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO har använts då de inriktar sig på omvårdnad och psykologi. Sökorden som användes var Coerc*, Involuntar*, Compulsor*, psykiatr*, experienc*, qualitative, mental*, patient experience och interview*. Sökorden kombinerades med de booleska termerna AND och OR (Jacobsson, 2011). För att utöka sökträffarna användes trunkeringstecken ”*” det vill säga ersätta början eller slutet av ordet med en asterisk (Forsberg & Wengström, 2013). MeSH termer användes för att få fram de korrekta medicinska benämningarna utifrån svenska sökord, tvångsvård, psykiatrisk vård, patient, slutenvård (Karolinska Institutet, 2014) (bilaga 1).

Urval

Inklusionskriterier var artiklar publicerade 2000 och framåt. Språket skulle vara på engelska, svenska eller norska. Ett annat inklusionskriterie var personer över 18 år som har blivit behandlade med sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT. Artiklarna skulle även vara peer reviewed. Exklusionskriterier var kvantitativa artiklar och artiklar som inte tog upp patientperspektivet.

Genomförande

Artiklar vars titel passade in på studiens syfte valdes först ut och därefter lästes abstrakten. De artiklar som hade passande abstrakt och titel valdes ut för granskning. Artiklarna granskades först enskilt av författarna för att sedan återkopplas tillsammans. 22 artiklar valdes ut för granskning, efter granskning exkluderas 8 artiklar och 14 användes till resultatet. Röda korsets högskolas granskningsmall användes vid kvalitetsbedömning och användbarhet (Röda korsets högskola, 2005) och en artikelöversikt gjordes för att få en överblick av artikeln (bilaga 2).

Analys

Analysen var inspirerad utifrån en metasyntes, där forskningsresultat sönderdelades, undersöktes, kategorier framkom och det skapades en ny helhet (Polit & Beck, 2012). I första steget av analysen lästes datamaterialet i sin helhet upprepade gånger. I andra steget togs meningsbärande enheter ut som svarade på syftet genom att markeras med överstryckningspenna. De meningsbärande enheterna kodades och skrevs på post it lappar och formades sedan till kategorier som jämfördes med varandra för att hitta likheter och skillnader. I det tredje steget sammanställdes materialet till en ny helhet (a.a.). Analysen utfördes först individuellt och sedan gemensamt. Analyserna har utförts induktivt där förförståelsen lades åt sidan så mycket som möjligt, istället utgår analysen ifrån innehållet i texten (Henricsson & Billhult, 2012).

Etiska överväganden

Fördelarna med studien utifrån nytto- och rättvisepinciperna var att bredare forskning behövs om upplevelsen inom psykiatri, studien leder till bättre kunskap om patientens upplevelse under tvångsvård (Kjellström, 2012). Endast artiklar med ett tydligt etiskt tillvägagångssätt i metodavsnitt inkluderades i studien. Helsingsforsdeklarationen har som mål att skydda försökspersoner och patienter i medicinsk forskning (WMA, 2013), denna har därför använts

för att kunna bedöma etiska överväganden i studiens artiklar. Fyra etiska grundkrav bör uppfyllas för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning i vetenskapliga studier (Vetenskapsrådet, 2002). Grundkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Studiens samtliga artiklar var etiskt godkända.

Förförståelse

Båda författarna har haft verksamhetsförlagd utbildning inom rättspsykiatri, den ena under gymnasial och den andra genom eftergymnasial utbildning. Båda är även utbildade till undersköterskor och har erfarenhet inom vården som undersköterskor. Båda författarna delar uppfattning om att upplevelsen många gånger visar sig som negativa men att några fall visar på positiva erfarenheter av tvångsvård. Båda har upplevt både positiva och negativa reaktioner av tvångsvård från patienter. Förförståelsen har åsidosatts så mycket som möjligt och för att inte påverka analys och resultat har analysen skett var för sig och sedan återkopplats genom diskussion för att upptäcka ifall förförståelsen har påverkat analysen.

RESULTAT

Resultatet utgår från patientens upplevelse av tvångsvård inom slutenvården utifrån de olika kategorier som uppstått. 8 kategorier framkom under analysen.



Figur 1. Översikt över resultatet, 8 kategorier.

Att medicineras under tvång

Själva medicineringen beskrevs som en stor del av tvångsvården och upplevdes av patienten som den huvudsakliga behandlingen (McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013; Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003). Patienterna hade i de flesta fall en negativ upplevelse till tvångsmedicinering, de upplevde tvångsmedicineringen som en bestraffning samt att den i vissa fall förvärrade smärtan och symtomen (Olofsson & Jacobsson, 2001; Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010). I studien av Hughes et al. (2009) beskrev en patient att hon trodde sig bli våldtagen när hon blev tvångsmedicinerad. En annan patient uttalade sig på följande vis:

”They injected me and I thought I was going to die. I was physically restrained for that injection!” (Katsakou, o.a., 2012, s. 1173)

Patienter tyckte även att deras problem hade gått att hantera på annat vis som till exempel genom medicinering hos kommunens psykiatriteam, öppenvården, allmänavdelning eller serviceboenden (Katsakou, o.a., 2012).

”I need medication: not being in a mental institution... I needed the home treatment team, because they come every day and I have to take the tablets in front of them, which is good, so I make sure I take my tablets.” (Katsakou, o.a., 2012, s. 1173)

Flertalet patienter beskrev biverkningarna som en negativ aspekt, biverkningarna beskrevs som skrämmande, smärtsamma och livshotande (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009).

Medicinering som påverkade tänkandet och känslorna samt andra biverkningar av mediciner som påverkade tänkandet och känslorna och kunde skapa en känsla av rädsla (Olofsson & Jacobsson, 2001). Ett flertal patienter tyckte att medicineringen ofta förvärrade ångest och oro, medan andra tyckte medicineringen hade en läkande och ångestdämpande effekt (Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003). De patienter som var medvetna om deras psykiska ohälsa accepterade ett medicinskt ingripande, vissa konstaterade även att medicineringen hade varit bidragande till tillfrisknande (Gault, 2008; Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003; Hughes, Hayward, & Finlay, 2009). Patienter menade på att de accepterade medicinering om det var i lagom dos och i patientens behov och önskemål, samt att detta skulle kombineras med samtal (Lilja & Hellzén, 2008).

Det framkom dessutom att patienter önskade mer information om själva medicinen och att de inte fick den information de bad om (McGuiness, Dowling, & Trimble, 2013).

”When I asked for information at about the drug itself they´d only give me the printed leaflet from the pharmaceutical company... I wanted more and I wanted access to some other form of info but I was never allowed it.”
(McGuiness, Dowling, & Trimble, 2013, s. 730)

Att bli frihetsberövad

Patienter underströk att syftet med tvångsåtgärder var att skydda och lugna, samt att vissa metoder såsom fastspänning användes för att förhindra aggressivitet (Olofsson & Norberg, 2001). Förlust av värdighet, självrespekt och kontroll beskrevs som återkommande upplevelser vid fastspänning, speciellt kontrollförlust i samband med fastspänning upplevdes särskilt traumatiskt (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009). Patienter upplevde ilska, rädsla och ensamhet, andra upplevde däremot säkerhet under fastspänning och isolering (Kontio, o.a., 2012).

”I thought I was in heaven, feeling much better when I was restrained. I did not have nightmares, I was safe...” (Kontio, o.a., 2012, s. 19)

Kommunikationen med personalen vid isolering/fastspänning upplevdes av många patienter som negativ, men det fanns samtidigt några positiva upplevelser av kommunikationen (Kontio, o.a., 2012). Tillfälle för återkoppling efter isolering/fastspänning kunde variera, vissa tyckte de fick bra återkoppling medan andra tyckte att de inte fick någon alls. Patienter upplevde även problem relaterade till deras grundläggande behov som till exempel hygien, toalettbesök samt nutrition(a.a.).

”I was dirty, I sweated all the time. They washed my hair once a week and I didn´t have a chance to brush my teeth. I was thirsty and I peed into the floor-drain...” (Kontio, o.a., 2012, s. 19)

Det framkom att fastspänning inte bara orsakade stark oro utan det sågs som den åtgärd som inskränkte mest på de mänskliga rättigheterna (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010).

”I was very aggressive, I was very abusive. That was probably in this environment that I was in [...] I did say to them, if you treat me like an animal, then I´ll act like an animal. Why are you doing this, to me? You know, because I was acting, totally out of character. (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009, s. 157)

Patienter tyckte att det fanns en brist på meningsfulla aktiviteter under isolering eller fastspänning som exempelvis läsa en bok, lyssna på musik eller någon fysisk träning (Kontio, o.a., 2012). Medpatienter som såg på när andra patienter medicinerades eller blev fastspända upplevde oro till följd av personalens respektlösa attityder och handlingar mot andra patienter (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010). Avdelningarna upplevdes för vissa patienter som skrämmande och främmande, de tyckte då att det var bra med ett eget rum dit de kunde dra sig tillbaka och ha sitt privata (Lilja & Hellzén, 2008). Andra patienter tyckte däremot att de kände sig trygga på sjukhuset och att det gav dem den vila de behövde (Katsakou, o.a., 2012). Patienterna tyckte även att begränsningarna som exempelvis att inte få lämna avdelningen kunde ha negativ påverkan på deras mentala hälsa (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; Katsakou, o.a., 2012). Andra ansåg det som nödvändigt och att det förebyggde mer skada (Katsakou, o.a., 2012; Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer, & Amering, 2011). Att inte vara tillåten att ha och uttrycka känslor och variationer i humör fick dem att känna sig som sämre människor (Olofsson & Jacobsson, 2001).

Att få adekvat stöd från personal och familj

Patienterna tog upp vikten av att få adekvat stöd och mänsklig kontakt, att känna sig säkra genom att kunna anförtro sig till personal de litade på (Andreasson & Skärsäter, 2012; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Norberg, 2001). Patienter tog upp att personalen hellre gav mediciner än mänsklig kontakt (Lilja & Hellzén, 2008). Däremot tog andra patienter upp att de gavs tillfälle att prata om deras problem (Katsakou, o.a., 2012). Många patienter menade på att tvångsåtgärder kunde förhindras genom mänskligt stöd, att bli bemött med förståelse och närhet av personalen (Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson, 2001).

”through human contact, I want to feel a person caring, a bit nicer and kinder...making one feel welcome.” (Olofsson & Jacobsson, 2001, s. 364)

Många patienter uppgav att de fick bäst relation med psykiatrisjuksköterskor och sjuksköterskor (Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienterna önskade att personalen hade mer tid för att kunna lyssna och prata med patienterna, samt att de kunde avvakta istället för att direkt agera med tvångsåtgärder (Olofsson & Norberg, 2001). Några patienter önskade mer tid att själva lugna ner sig och hantera problemen, även att bli erbjuden mindre tvångsåtgärder och mer av någon annan form av hjälp (Katsakou, o.a., 2012). Det togs upp att omvårdnadspersonal och läkare inte skulle vara rädda för närhet med patienterna eftersom

patienterna tycker detta är mycket viktigt och att det förenklade relationen mellan personal och patient (Olofsson & Jacobsson, 2001). En stöttande relation mellan familj och patient kan vara ovärderlig (Gault, 2008; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010). Några patienter uppgav att relation med familj och vänner var opåverkade av tvångsvårdstillfället, medan för andra hade hela sociala livet fallit isär (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009). Isolering från anhöriga visade sig orsaka mer förvirring och oro hos patienterna (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010).

Att få adekvat vård genom kompetent personal

Tiden på avdelningarna beskrevs av patienter som händelselösa och upplevde vården som en förvaring där de blev isolerade från samhället och lämnade ensamma tillsammans med en blandad grupp människor (Lilja & Hellzén, 2008; Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienterna upplevde en distans gentemot personalen (Lilja & Hellzén, 2008) och en del upplevde relationen med personalen som bestraffande, våldsamt och kränkande (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009). Några patienter var rädda att påverkan som psykiatrin haft på deras liv var permanent och tyckte att personal gjort fel val genom att tvångsinta dem vid detta tillfälle (Katsakou, o.a., 2012). Patienterna var bekymrade över hur lång tid det tog innan de fick terapeutiska fördelar och adekvat stöd och detta kunde leda till att patienterna inte litade på personalen när de administrerade läkemedel (Gault, 2008). Andra patienter upplevde däremot relationen som positiv och att personalen brydde sig och gav en väldigt hög kvalitet på vården (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013).

”The people here are just so professional, not attitude problems, they treat you with great respect. I just wouldn’t, I can’t say anything bad about it because there’s nothing to say bad about it, they’re just being professional at their job.” (McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013, s. 730)

Tvångsåtgärder användes på grund av gamla regler på avdelningarna som bestraffning eller för att göra det enklare för personalen (Olofsson & Norberg, 2001) och de påpekade att avdelningarna hade osynliga regler och begränsningar de var tvungna att lära sig (Lilja & Hellzén, 2008; Katsakou, o.a., 2012).

”They want you to go to bed at ten o’clock even though there’s no reason why you shouldn’t be up after ten. It’s just easier for them... they try to give the impression that they are in charge and that’s that!” (Katsakou, o.a., 2012, s. 1173)

Det framkom att patienterna upplevde att personalen hade bristande kunskap och visste inte vad de skulle göra, som exempel att deras problem inte togs på allvar utan blev bara medicinerade (Olofsson & Jacobsson, 2001; Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer, & Amering, 2011). Patienter upplevde även att personalen inte kunde hantera patienterna med akuta psykiska tillstånd (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010).

"I know I'm not easy to deal with when I'm ill but I'm ill, I need care, not for them to be scared of me." (Gault, 2008, s. 510)

Det framkom dessutom att patienter inte hade träffat en enda läkare under hela vårdtiden trots att de frågat efter läkare, eller beskrevs läkaren som någon som inte hade tid, tog avstånd från patienterna eller enbart såg patienten som en sjuk individ (Olofsson & Jacobsson, 2001; Johansson & Lundman, 2002).

"And then he [the physician] just, he was so... rude, he flared up and 'Well now you will be admitted to involuntary care' and that was all and then he left the room. And then I just sat there totally taken aback." (Johansson & Lundman, 2002, s. 643)

Enligt några patienter spelades ett spel på avdelningen där de flesta arbetade ut strategier som gav förbättrat resultat och mindre tvång, dessa strategier innebar att samarbeta eller få det att se ut som samarbete (Gault, 2008).

Att inte få tillräckligt med information

Patienterna beskrev en brist på information om deras behandling och deras rättigheter som patient inom tvångsvården, de beskrev inadekvat information eller kunskap och svårigheter att förstå anledningen till tvångsvård (Olofsson & Jacobsson, 2001; McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010). Det framkom även att patienterna upplevde bristfällig information då den tillfrågade personalen angående anledningen till tvångsåtgärderna, personalen svarade endast att de var under tvångsvård eller gavs ingen förklaring överhuvudtaget (a.a.). Patienter upplevde att de inte fick tillräckligt med information om deras situation, behandlingsplaner, vad som händer närmast och anledning till isolering eller fastspänning (Kontio, o.a., 2012). Det framkom att bristfällig information på vad som skulle hända gav upphov till ökad oro och ibland en förvärrad psykotisk upplevelse (Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer, & Amering, 2011). Att inte få tillräckligt med information kunde dessutom få patienten att uppleva kontrollförlust (Katsakou, o.a., 2012).

Att inte bli bemött som en värdig människa

Flertalet patienter upplevde att de blev bemötta som en sjukdom (Lilja & Hellzén, 2008). I en studie från Afrika upplevde patienterna att vissa i personalen provocerade och retade dem (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010). I samma studie upplevde patienterna sig bli behandlade som djur (a.a.).

”they took my hands like this, you know, and the one put their knee on my back in my kidneys and they pulled me... we´re also human beings, we are not animals.” (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010, s. 67)

Patienterna beskrev vikten av att bli sedda och värderade som människor, de ville inte känna sig osynliga utan ville bli tagna seriöst och bli behandlade med empati, respekt och att man såg personen bakom symtomen (Andreasson & Skärsäter, 2012). Patienter uppgav att när de uttryckte sin önskan om att bli utskrivna resulterade detta i förlängd sjukhusvistelse (Olofsson & Jacobsson, 2001). I Olofsson & Jacobssons studie framkom dessutom att patienter kände sig kränkta och nedvärderade av personalen, det framkom även att de inte kände sig som kapabla eller värdiga människor, patienterna upplevde dessutom att personalen gillade att använda tvång mot dem (Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienterna kände sig ignorerade av personalen och detta ledde till förlust av värdighet och självrespekt (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009). Patienterna kände sig förödmjukade, icke respekterade, hjälplösa och ensamma i samband med tvångsåtgärder (Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer, & Amering, 2011). Patienterna var missnöjda med hur personalen behandlade dem och hur de pratade med dem (Kontio, o.a., 2012; Johansson & Lundman, 2002; Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; Olofsson & Norberg, 2001; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010).

”Nurses on the ward were professional and polite but nurses in the seclusion room were harsh and unfriendly...” (Kontio, o.a., 2012, s. 19)

Att inte få behålla sin autonomi

Det framkom i flera studier att personalen upplevs ha makt över patienterna och att detta i vissa fall missbrukades (Katsakou, o.a., 2012; Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011; Olofsson & Jacobsson, 2001; Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003). Patienter tyckte i vissa fall att personalen missbrukade sin makt genom att tränga sig på patienten och ge sig in på områden utanför sin expertis som till exempel religion (Laugharne,

Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011). Några patienter var positiva till att överlämna makt om behandlingsbeslut till läkaren, i akuta situationer och ibland över medicinering (Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011).

”Forget the patient. Do what’s best for him rather than asking their opinion.”

(Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011, s. 500)

Andra patienter ville vara delaktiga i sin vård och behålla sin autonomi trots att de var under tvångsvård (Andreasson & Skärsäter, 2012; Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011; Olofsson & Norberg, 2001).

”I think unless the patient is totally unable to make a choice on treatment, you should always be given a choice. It’s like I choose to take my medication because I don’t want to be ill again.”

(Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2011, s. 500)

Patienter upplevde att de hade förlorat kontrollen över livet, att personalen bestämde över dem och att de inte längre var involverade i sin egen vård (Katsakou, o.a., 2012; Olofsson & Jacobsson, 2001; Gault, 2008; Olofsson & Norberg, 2001).

”It’s horrible, they’re in control of you, you’re not in control anymore...”

(Katsakou, o.a., 2012, s. 1173)

Att inte få behålla sin identitet

Patienterna upplevde förlust av värdig identitet, misslyckande, kraftlöshet och att de inte blev lyssnade på i samband med tvångsvård (Olofsson & Norberg, 2001; Gault, 2008; Olofsson & Jacobsson, 2001). Patienter tyckte att om de hade en assistent eller anhörig vid sin sida ökade deras möjlighet att bli hörda (Gault, 2008). Att vara en patient innebar att patienten gick från att vara en unik individ till att bli en i mängden där ens uppförande speglade ens identitet (Lilja & Hellzén, 2008). Det uppgavs att personalen använde sig utav våld eller hot om våld för att forma patienten till hur personalen ville att denna skulle bete sig. I samma artikel framkom att det förekommer hierarki på avdelningen mellan patienterna där vissa hade mer makt än andra (a.a.). Patienter tog upp att konsekvenserna av att bli patient är att ens åsikter inte längre blev beaktade (Gault, 2008). Patienter upplevde att det kunde vara svårt att behålla sin identitet, man var tvungen att kämpa för den och ett sätt var att protestera mot personal och behandling (Lilja & Hellzén, 2008). Avbrottet mellan livet före och livet under vårdtillfället sågs som en identitets förlust av några patienter (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Patientperspektivet valdes då en fördjupad kunskap i hur patienten upplever vården kan användas för möjligheten att påverka vården i praktiken. Kvalitativa vetenskapliga artiklar användes för att fånga upplevelsen. Begreppen som formade studiens syfte resulterade i söktermer som senare användes i studien. Söktermernas relevans kontrollerades genom karolinska institutets MeSH databas (Karolinska Institutet, 2014). Sökord tillkom efterhand från olika studier som sedan användes i sökningen. De tre databaser som användes var inriktade på omvårdnad och psykologi. Cinahl och PubMed är inriktat på omvårdnad medan PsycINFO är inriktad på psykologi. Databaserna valdes utifrån ämnesrelevans. Flera databaser användes för att stärka studiens trovärdighet genom att öka chansen att hitta relevanta artiklar. Sökningarna efter artiklar påbörjades med provsökningar för att se om det fanns studier inom det valda ämnet. Sökningar påbörjades med enstaka begrepp som sedan lades ihop för att kunna gå tillbaka och se om eller vart sökningen gick fel. Detta minskade risken att missa relevanta artiklar och därmed öka studiens trovärdighet. Det finns risk att sökord har missats som kunde gett relevanta artiklar, vilka hade kunnat påverka resultatet.

Inklusionskriterier var bland annat artiklar publicerade år 2000 och framåt, eftersom år 1995 skedde en psykiatrireform där mycket inom psykiatrin förändrades. Artiklar publicerade från år 2000 och framåt valdes på grund av att studier tidigare än år 1995 inte skulle inkluderas. Vid sökningar på artiklar publicerade mellan 1995 och 1999 framkom artiklar som var utförda innan 1995 och därför valdes år 2000 och framåt. År 2000 valdes även för att ge aktuell forskning. I artikelsökningen begränsades språken till svenska, norska och engelska. En artikel på tyska hittades trots språkbegränsningar i sökningarna och kunde inte inkluderas på grund av språksvårigheter, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Hade författarna haft bredare språkkunskap hade fler artiklar skrivna på andra språk och fler länder kunnat inkluderas och överförbarheten hade ökat. Majoriteten av studiens utvalda artiklar kommer från Sverige och Storbritannien, detta gör att resultatet kan överföras till övriga Norden samt Storbritannien. En av studiens artiklar kom från Sydafrika, där resultatet var annorlunda än övriga studier eftersom psykiatrin i Afrika kan skilja sig från de andra länder som denna studie inkluderat.

Samtliga inkluderade artiklar var skrivna på engelska, författarna har haft en strävan att vara så noggranna som möjligt för att undvika feltolkningar av materialet. Citat har använts för att bekräfta påståenden vilket ökar trovärdigheten (Polit & Beck, 2012). Originalspråket behölls vid citat för att fånga innebörden.

Studiens begränsade tid kan ha påverkat studiens kvalitet. Eftersom det är första gången författarna genomför en litteraturstudie kan detta ha påverkat arbetet, analysen hade kunnat genomföras mer organiserat för att få fram resultatet mer effektivt. Samtliga artiklar granskades med hjälp av Röda korsets granskningsmall (Röda korsets högskola, 2005) av båda författare och därefter jämfördes granskningarna för att stärka studiens pålitlighet. Dataanalysen genomfördes först individuellt därefter gemensamt för att diskutera meningsbärande enheter, koder, kategorier och dess innebörd samt jämfördes med varandra för att hitta likheter och skillnader, detta för att kvalitetssäkra analysen (Polit & Beck, 2012). Författarnas förförståelse skrevs ihop i början av studien och har funnits nära till hands för att inte blanda in förförståelsen i studiens resultat. Det bör dock tänkas på att förförståelsen i viss mån har varit med och påverkat resultatet hur noga man än varit med att undvika detta (Henricsson & Billhult, 2012). Samtliga artiklar i studien var etiskt godkända, i artikeln av Hughes, Hayward, & Finlay (2009) framkom det inte att den var etiskt granskad men tidskriften där den var publicerad hade som krav att artiklar skulle följa grundkraven från Helsingsforsdeklarationen (WMA, 2013). Eftersom patienter inom tvångsvård är en utsatt grupp är det av stor betydelse att säkerställa etiskt tillvägagångssätt.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen är baserad på tre huvudfynd i resultatet, delaktighet, information och människovärde.

Delaktighet

Patienternas upplevelse av tvångsvård kan påverkas i vilken mån han/hon får vara delaktig i sin vård. Det framkom i flera studier att personalen upplevdes ha makt över patienterna. En del patienter var positiva till att överlämna makt om behandlingsbeslut till läkare, i akuta situationer och ibland över medicinerig. Andra patienter ville vara delaktiga i sin vård och behålla sin autonomi trots att de var under tvångsvård. Patienter upplevde att de förlorat

kontrollen över livet, att personalen bestämde över dem, att de inte längre var involverade i sin vård och att deras åsikter saknade betydelse. Patienter menade på att de accepterade medicinering om det var i lagom dos och i patientens behov och önskemål, samt att detta skulle kombineras med samtal. I en studie utförd på en låst akutavdelning inom psykiatri upplevde patienterna att de blev stärkta genom delaktighet i deras vård, av att ha ett val och av att ta ansvar för deras vård (Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009). Samtidigt ansåg patienter i samma artikel att brist på val och delaktighet gav upphov till ökad stress (a.a.). Katie Eriksson (1994) menar på att vara informerad, delaktig och få svar på de egna frågorna kan minska oro och ängslan för patienten (Eriksson, 1994). Kim tar upp att kunskap om autonomi och personlig kontroll är några existentiella fenomen som behöver utvecklas hos vårdpersonal (Kim, 2000). Socialstyrelsen tar upp att tvångsvård och tvångsåtgärder endast ska användas när det inte går att ge nödvändig vård på annat sätt och ska arbeta för att förebygga tvång (Socialstyrelsen, 2013). Legalitetsprincipen finns till för att skydda individen och innebär att vårdpersonal inte kan utföra tvångsåtgärder eller andra åtgärder mot individen om det inte finns stöd i lagen (Gutafsson, 2010). Vårdpersonalen är viktiga stödpelare i patienternas liv och det är viktigt att de har någon att vända sig till när de vill prata eller bara vill ha mänsklig kontakt. Personalen kan då få indikationer om patienten vill vara delaktig i sin vård. När patienten är delaktig kan i vissa fall tvångsåtgärder förebyggas.

Information

Bristfällig information kan ge upphov till ökad oro, ångest och kontrollförlust. Patienter beskrev brist på information om deras behandling, vårdplan, deras rättigheter och anledning till tvångsvård. Trots att några patienter tyckte att informationen var tillräcklig och fungerade bra tyckte ändå en majoritet av patienterna att det fanns en brist på information. Bristande information om läkemedlet kan också vara en anledning till att medicineringen ses som något negativt då patienterna inte är beredda på eventuella biverkningar eller hur läkemedlet fungerar. Både positiva och negativa upplevelser kan visa på vikten av information, stöd och förberedelse. Patienter som får information, stöd och förberedelse i god tid kan uppleva tvångsåtgärder som mindre traumatiskt. Patienterna önskade mer tid med personalen för att samtala. I en studie på en akut psykiatrisk avdelning framkom att information om behandling kunde hjälpa patienterna att se ett sammanhang och mening ur en skrämmande och kaotisk upplevelse (Pollock, Grime, Baker, & Mantala, 2004). Samma studie tog upp att inte veta vad som skulle hända eller varför kunde öka förvirring och osäkerhet (a.a.). Patienter i en studie

från en annan låst psykiatrisk avdelning betonade att patienten även hade ett ansvar som var demonstrerat genom en positiv attityd till vården, ta initiativ och söka information (Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009). Vårdpersonalen kan hjälpa till att få patienten mer medveten om sin behandling genom information. Individuellt anpassad information kan göra att patienten uppfattar och tar till sig informationen på ett bättre sätt. Ovisshet och oro hos patienterna hade kunnat besparas genom kontinuerlig information om situationen och vad som ska hända härnäst. Genom stöd och information kan sjuksköterskan förebygga att tvångsåtgärder blir nödvändiga och detta kan resultera i minskat lidande för patienten.

Människovärde

I samband med tvångsvård kan patienter uppleva att människovärdet inte respekteras. Flera patienter upplevde att de blev bemötta som en sjukdom och inte som en människa. Flertalet patienter upplevde sig kränkta, nedvärderade, förödmjukade, och ignorerade. De kände heller inte sig som kapabla och värdiga människor, vissa upplevde även att personalen gärna använde tvång. Patienter upplevde även förlust av värdig identitet, misslyckande, kraftlöshet och att de inte blev lyssnade på i samband med tvångsåtgärder. Resultatet visade på att patienterna ofta upplevde dåligt bemötande i samband med tvångsåtgärder som tvångsmedicinering, fastspänning och isolering. Fastspänning orsakade inte enbart stark oro hos patienterna utan sågs även som den åtgärd som inskränkte mest på de mänskliga rättigheterna. Principen om alla människors lika värde är en grundpelare i Förenta Nationernas (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (FN-Förbundet, 2012). I en resolution från FN's generalförsamling finns 25 principer, en huvudprincip är att personer med psykisk sjukdom ska behandlas mänskligt och med respekt för sin värdighet (UN. General assembly, 1991). Ingen ska diskrimineras på grund av psykisk störning (a.a.). I en studie med inriktning inom rättspsykiatrisk tvångsvård framkom att patienter upplevde sig kränkta, nedvärderade och förödmjukade (Hörberg, Sjögren, & Dahlberg, 2012). I samma studie framkom att vården upplevdes som icke vårdande vård, att personalen inte var där för patienterna utan för att de var tvungna (a.a.). Bemötandet har en stor och viktig roll inom psykiatrin, det är därför viktigt att personalen bemöter patienterna på ett värdigt och respektfullt vis. I etiska koden för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan verkar för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor, trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras (ICN, 2007). Det framkommer inte i studierna vilken yrkeskategori som

inte respekterar de mänskliga rättigheterna, men sjuksköterskan har ändå ansvar att påverka arbetsplatsen till att respektera de mänskliga rättigheterna

Slutsats

I denna studie har patientens upplevelse av psykiatrisk tvångsvård inom slutenvård blivit belyst. Litteraturstudien visade att information, delaktighet och människovärde var de punkter som främst påverkade hur patienter upplevde tvångsvården. Resultatet visade att patienter ofta upplevde bristande information som försämrar upplevelsen av tvångsvård. Det visade även att patienter vill vara mer delaktiga i sin vård samt beslut som rör patienten. Det framkom även att patienter i många fall blir dåligt bemötta, människovärdet åsidosätts och de blir inte respekterade. De i studien framkomna resultaten tyder på att patienter inom tvångsvården generellt sätt har en negativ upplevelse. Denna studie kan användas av personal yrkesverksam inom tvångsvården för att ge en uppfattning om hur patienten kan uppleva tvångsvården. Resultatet riktar sig till patienter inom Lagen om psykiatrisk vård men många delar kan även överföras till patienter inom Lagen om rättspsykiatrisk vård. Studien kan även användas på samhällsnivå, nya riktlinjer och lagar inom tvångsvården kan behövas och en ny lag har utformats, denna lag ska ersätta den gamla Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Den nya lagen kommer bland annat innebära att patienten ska få nödvändig psykiatrisk vård och det stöd som han eller hon behöver, vården ska också syfta till att patienten frivilligt ska medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Denna lag träder i kraft januari 2016 och genom förändringarna kan denna innebära att patienten får en bättre upplevelse av tvångsvården. Det är viktigt att som vårdpersonal bemöta patienter enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård med en lika god vård som en person utan tvångsvård, för att denna inte ska förlora sitt mänskliga värde.

Förslag på vidare forskning

Denna studie styrker tidigare forsknings resultat och tillför ytterligare bevisning som indikerar att tvångsvården kan vara i behov av att utvecklas. Denna studie har enbart undersökt patient perspektivet, i vidare forskning kan personalens perspektiv också undersökas för att jämföra upplevelserna hos dessa grupper. Få patienter tog upp i vilket sammanhang bemötandet eller delaktighet var bristande. Att inkludera personalens upplevelse av delaktighet och bemötande kan vara relevant för vidare forskning, på så sätt spegla båda sidor och förtydliga problemområden ytterligare.

REFERENSER

Artiklar använda till resultatet är markerade med (*)

*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), pp. 15-22.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
FN-Förbundet. (2012, December 4). *FN-förbundet- Una Sweden*. Retrieved Maj 22, 2014, from fn: <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur .

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats* (pp. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

*Gault, I. (2008). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health and social care in the community* (17) , pp. 504-513.

Gutafsson, E. (2010). *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet- En rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (10), pp. 65-72.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. In M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod* (pp. 129-137). Lund: Studentlitteratur AB.

*Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. . *Journal of mental health* (18), pp. 152-160.

Hörberg, U., Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012, November 1). To be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing* (12) , pp. 743-751.

ICN. (2007). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jacobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp- En ordbok*. Lund: Studentlitteratur AB.

Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Informa Health Care* (63), pp. 501-507.

*Johansson, M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (9), pp. 639-947.

Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad- autonomi, gemenskap och meningsfulla handlingar. In I. Skärsäter, & B. Arvidsson, *Psykiatrisk omvårdnad- Att stödja hälsofrämjande processer* (pp. 21-35). Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet. (2014, Januari 31). *Svensk MeSH*. Retrieved Mars 26, 2014, from Karolinska Institutet: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm

*Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D. W., et al. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (47), pp. 1169-1179.

Kim, S. H. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. In M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (pp. 69-90). Lund: Studentlitteratur AB.

*Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., et al. (2012, November 9). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* (48), pp. 16-24.

*Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2011). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry* (58), pp. 496-504.

*Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing* (17), pp. 279-286.

*Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010, Januari 6). Mental Health Service User's Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint. *International Journal of Social Psychiatry* (56), pp. 60-73.

*McGuinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (20), pp. 726-734.

*Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001, Februari 2). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (8), pp. 357-366.

*Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing* (33), pp. 89-97.

Ottosson, H., & Ottosson, J.-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber AB.

Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9:e upplagan ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pollock, K., Grime, J., Baker, E., & Mantala, K. (2004, Augusti). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, (13), pp. 389-401.

Röda korsets högskola. (2005, November). *Röda korset*. Retrieved Februari 25, 2014, from röda korsets högskola: http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

Regeringskansliet. (1991, Juni 20). *Sveriges Riksdag*. Retrieved Januari 23, 2014, from Sveriges Riksdag: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. In F. Friberg, *Dags för uppsats* (pp. 97-100). Lund: Studentlitteratur AB.

*Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011, September 21). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry* (199), pp. 239-244.

Sjöstrand, M., & Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, (22), pp. 113-120.

Socialdepartementet. (1991, Juni 20). *Svensk författningssamling 1991:1128*. Retrieved Februari 11, 2014, from Sveriges Riksdag: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/

Socialstyrelsen. (2013, November). Retrieved Maj 16, 2014, from Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19264/2013-11-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2013, November 27). *Bättre vård- mindre tvång?* Retrieved Maj 21, 2014, from Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19264/2013-11-27.pdf>

Socialstyrelsen. (1999, Januari 1). *Psykiatrisk tvångsvård enligt LPT*. Retrieved Februari 6, 2014, from socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard\(lpt\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/psykiatrisktvangsvard(lpt))

Socialstyrelsen. (2012). *Socialstyrelsens termbank*. Retrieved Februari 6, 2014, from termbank.socialstyrelsen: <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=218>

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

UN. General assembly. (1991). *General Assembly of United Nations*. Retrieved Maj 22, 2014, from un.org: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/582/07/IMG/NR058207.pdf?OpenElement>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer*. Retrieved Maj 26, 2014, from Codex: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

WMA. (2013, Oktober). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved Maj 26, 2014, from WMA: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, ab-stract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
2014-01-30	PsycInfo	1	Quality of life AND Coercive Care	Peer reviewed, English, Swedish language	Fritext	9		
2014-02-05	PsycInfo	1	Coercive* or Compulsor*	Peer reviewd, English, Swedish language	Fritext	4,371		
		2	Coercive* or Compulsor* AND Psychiatr*	-	Fritext	2,870		
		3	Coercive* or Compulsor* AND Psychiatr* Care	-	Fritext	2,468		
2014-02-13	Cinahl	1	Coercive* or Compulsor*	Peer reviewed, Swedish, English, Norwegian language	Fritext	1,272		
		2	Coercive* or Compulsor* AND Psychiatr*	-	Fritext	608		
		3	Coercive* or Compulsor* AND Psychiatr* Care	-	Fritext	436		
2014-02-20	Cinahl	1	Coerciv* or compuls* AND care	Peer reviewed, 2000-2014, Linked fulltext	Fritext	218	3	1 Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan.

2014-03-26	Cinahl	1	Coerc*	Peer reviewed, 2000-2014, English, Norwegian, Swedish	Fritext	1,370			
		2	Compulsor*	-		734			
		3	Psychiatr*	-		34,406			
		4	Experience*	-		114,762			
		5	Qualitative	-		49,176			
		6	Interview*	-		109,117			
		7	1 OR 2	-		2,073			
		8	1 OR 2 AND 3	-		1,457			
		9	1 OR 2 AND 3 AND 4	-		1,383			
		10	1 OR 2 AND 3 AND 4 AND 5	-		1,373			
		11	1 OR 2 AND 3 AND 4 AND 5	-		Coerc* OR Compulsor* TI Title	281		
		12	2 AND 3 AND 4 AND 5	-		Compulsor* TI Title	1	1	
		13	2 AND Mental* AND 4 AND 5	-		Compulsor* TI Title	4	2	1 Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services.
		14	2 AND 4 AND 5	-		Compulsor* TI Title	9		
		15	2 OR 1 AND 5	-		Compulsor* OR Coerc* AB Abstrakt	660		
		16	2 OR 1 AND 5 AND 4	-		Compulsor* OR Coerc* AB Abstrakt Compulsor*	608		
		17	2 OR 1 AND 5 AND 4	-		OR coerc* AB Abstrakt, Experience* AB Abstrakt	605		
		18	2 OR 1 AND 5 AND Patients experience*	-		Compulsor* OR Coerc* AB Abstrakt, Patients experience* AB Abstrakt	556	6	1 Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians.
2014-03-26	PubMed	1	Coerc* OR Compulsor* AND Psychiatr*	2000-2014, English, Norwegian, Swedish	Fritext	2,072			
		2	Coerc* OR Compulsor* AND Psychiatr* AND Experience*	-	Coerc* OR Compulsor* Title/Abstract	250	3		

		3	Coerc* OR Compulsor* AND Psychiatr* AND Experience* AND Qualitative	-	Coerc* OR Compulsor* Title/Abstract	49	8	3 A plea for respect: Involuntary hospitalised psychiatry patients' narratives about being subjected to coercion. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study Impact of coercive measures on life stories: qualitative study.
2014-03-26	PsycInfo	1	Patient experience AND Compulsor* OR Coerc* AND Qualitative	2000-2014, English, Norwegian, Swedish, Peer reviewed	Patient experience, Compulsor*, Coerc* AB Abstrakt Qualitative Fritext	41	3	2 Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis.
2014-04-10	Summon-Manuell sökning	1 2 3	Former patients experience of psychiatric care: Patients experience of involuntary psychiatric care: Forced medication in psychiatric care:			28,969 9,704 14,154	1 1 1	1 Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation 1 Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. 1 Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions.
2014-05-07	PubMed	1	Coerc* OR Compulsor* OR Involuntar* AND psychiatr* AND experience* AND qualitative	Publication dates: 10 years, English		50	2	

		2	Involuntar* AND psychiatr* AND experience* AND qualitative	-		15	1	1 Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre
		3	Involuntar* AND experience* AND qualitative	-		41	1	
2014-05-07	PsycInfo	1	Involuntar* AND patient experience* AND qualitative	2000-2014, English, Swedish, Norwegian, Peer reviewed	Involuntar* AND patient experience* AB Abstrakt, Qualitative Fritext	28	1	1 Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint.
		2	Involuntary AND mental OR psychiatr* AND patient perception*	-	Involuntary AND mental OR psychiatr* AB Abstrakt, patient perception* Fritext	37	5	
2014-05-11	PsycInfo	1	Patient´s experience* AND psychiatr*	2000-2014, English, Swedish, Norwegian, Peer reviewed, qualitative study	Patient´s experience* AND psychiatr* Title	25	2	1 Seclusion and restraint in psychiatry; patient´s experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives.

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Johansson M, Lundman B.</p> <p>Patients´ experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses.</p> <p>Sweden, 2002</p>	<p>To obtain a deeper understanding of being subjected to involuntary psychiatric care.</p>	<p>Urval: 5 patienter, 3kvinnor & 2 män. Medelålder 35år. Inklussionskriterier: Vårdade av tvångsvård på psykiatrisk avdelning två senaste åren. Psykiskt stabil. Exklussionskriterier: Patienter enligt LRV. Datainsamlingsmetod: Intervjuer med en berättande metod.</p>	<p>Genomförande: Intervjuerna skedde antingen i hemmet eller den psykiatriska kliniken de tillhörde. Deltagaren fick information verbalt och skriftligt. Analys: Skedde genom en fenomenologisk hermeneutisk metod.</p>	<p>Resultat: Få begränsad autonomi.</p> <p>Bli kränkt genom inkräktad på den fysiska integriteten och det mänskliga värdet.</p> <p>Vara utanför och inte bli sedd eller hörd.</p> <p>Bli respekterad som en individ.</p> <p>Bli skyddad och brydd om.</p>	<p>Svagheter: Liten studie kan påverka överförbarheten.</p> <p>Styrkor: Diskuterar förförståelsen, ökar pålitligheten.</p>
<p>Andreasson E, Skärsäter I.</p> <p>Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan.</p> <p>Sweden, 2012</p>	<p>To describe patients´ conceptions and experiences of care in compulsory treatment for acute onset of psychosis.</p>	<p>Urval: 12 patienter (7män & 5 kvinnor) genom strategiskt urval. Inklussionskriterier: Tvångsvårdad, diagnostiserad med psykisk störning, tala och förstå svenska. Exklussionskriterier: Patienter med vanföreställningar, kommunikationsproblem. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Genomförande: Platsen för intervjun fick deltagaren bestämma efter skriftligt samtycke. Intervjuerna varade mellan 29-78 minuter. Analys: Fenomenologisk analys.</p>	<p>Resultat: Få tillräckligt med stöd: Få god vård, Få nödvändigt skydd, Få hjälp med att förstå, Få vård i läkande inställning</p> <p>Uppfatta respektfull vård: Bekräftad som en människa, Självständighet, Deltagande</p>	<p>Svagheter: Endast patienter från en klinik och kan skilja sig mellan klinikerna, minskar trovärdigheten och överförbarheten. Styrkor: Välbeskriven metod, ökar bekräftelsebarhet. Utformad som underlag till en handlingsplan</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L.</p> <p>Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions.</p> <p>Sweden, 2003</p>	<p>To describe: patient experiences of and nurse perceptions of patient experiences of forced medication before, during and after forced medication; patient and nurse perceptions of alternatives to forced medication; and whether patients according to patients and nurses, retrospectively approved of forced medication.</p>	<p>Urval: 11 patienter (8 kvinnor, 3 män) och 11 sjuksköterskor (ej relevant). Inklussionskriterier: Tvångsmedicinering under nuvarande besöket på kliniken. Psykiskt stabil. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Genomförande: Intervjuerna skedde på kliniken och varade mellan 15-45 min. Underskrivet samtycke från alla deltagare samt fick verbal o skriftlig information. Analys: Skedde genom innehållsanalys.</p>	<p>Resultat: Upplevelse av sjukdomen, Upplevelsen av att bli tvångsmedicinerad, Upplevelse av medicin</p>	<p>Svagheter: Endast respondenter från en klinik, kan påverka överförbarheten. Styrkor: Variation på deltagarna, ökar överförbarheten. Erfaren intervjuare, ökar trovärdigheten.</p>
<p>Olofsson, B Jacobsson, L A plea for respect: Involuntary hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion Sweden, 2001</p>	<p>To describe involuntarily hospitalized psychiatric patients' narrated experience of coercion, and their thoughts on how to prevent coercion.</p>	<p>Urval: 18 patienter, 12 kvinnor, 6 män. Inklussionskriterier: Svensktalande, opåverkad tal och hörsel förmåga, planerad utskrivning inom 3 dagar. Datainsamlingsmetod: I slutet vårdtillfället blev dem tillfrågade av sjuksköterskan på avdelningen om deltagande i studien, sedan träffade försteförfattaren patienterna och gav skriftlig och muntlig information. Intervjuer användes.</p>	<p>Genomförande. Skildrande intervjuer utfördes i slutet av deras vårdtillfälle. Intervjuerna varade mellan 13 och 60 min. Intervjuerna transkriberades ordagrant. Analys: Kvalitativ innehållsanalys. En författare utförde kodningen, den andra läste alla transkriberingar och diskuterade återkommande kategorier och teman, även hur man bäst formulerade dessa i ord med utomstående.</p>	<p>Inte bli respekterad som person, Vård som känns meningslös och dålig, Vara en sämre människa, Bli involverad i sin egen vård, Att få god vård, Att vara mänsklig som andra, Tvång nödvändigt som skydd, God relation och personal som tar sig tid till patienten var viktigt.</p>	<p>Styrkor: Hög trovärdighet genom diskussion av teman och kategorier. Godkännande etiskt både från chefspsykiater och etisk kommitté. Svagheter: Kanske ändras patienter syn på vården när intervjun sker så nära utskrivning. Stor tidsskillnad i intervju tid. Kanske patienter med engelskt språk kunde inkluderats om det fanns.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Hughes, R Hayward, M Finlay, W.M.L Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. United Kingdom, 2009	To explore patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery.	Urval: 12 deltagare, 5 män, 7 kvinnor. Med tidigare erfarenhet av tvångsvård. Ålder: 19-62. 1 deltagare var under vård, 11 var utskrivna. Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerade intervjuer.	Genomförande: Intervjuerna spelades in och varade mellan 60-90min. Intervjuschema användes. Analys: Tematisk analys. Teman antecknades. Transkribering och framkomna teman granskades av ytterligare två forskare. Deltagarna fick även lämna synpunkter på analysen.	Patienternas upplevelse av sig själv relaterat till relationen med personal. Upplevd förlust av kompetens och erfarenhet av medicinering som hinder för återhämtning.	Styrkor: Hög trovärdighet genom granskning av transkribering och teman av två utomstående forskare. Deltagare fick även lämna synpunkter. Både erfarenheter från patient som nu är under vård och efter vård. Svagheter: Metoddelen är svagt beskriven. Vissa delar i metoden saknas vilket minskar bekräftelsebarhet.
Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R, Schrank B, Schaffer M, Amering M. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. Austria, 2011	To establish a typology of coercion perspectives and styles of integration into life stories.	Urval: 15 personer (7kvinnor & 8män). Inklussionskriterier: Använder för nuvarande psykisk hälsovård, historia med tvångsvård, mellan 18-65år. Exklussionskriterier: Akut psykiskt tillstånd, svår tankestörning eller kognitiv nedsättning. Datainsamlingsmetod: Kvalitativ design. Djupgående semi strukturerade personliga intervjuer.	Genomförande: Intervjuer på sjukhus i Vienna efter verbal & skriftlig information, samt undertecknat samtycke. Analys: Analys efter teman genom en modifierad grounded theory syn.	Resultat: En nödvändig nödbroms. En onödig överreaktion. Praktik i behov av förbättring. Tvångsvården är över men inget man vill minnas. En livsändrande upplevelse. Motivation för politiskt engagemang	Styrkor: Välbeskriven samt väl utförd metod ökar bekräftelsebarhet. Svagheter: Trovärdigheten och överförbarheten kan påverkas negativt då deltagarna var intresserade och ville vara med i studien, andra deltagare kunde ha gett ett mer negativt resultat.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Katsakou, C Rose, D Amos, T Bowers, L McCabe, R Oliver, D Wykes, T Priebe, S Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalization was right or wrong: a qualitative study United Kingdom, 2011	To explore involuntary patients' retrospective views on why their hospitalization was right or wrong.	Urval: 59 patienter tvångsintagna på akutavdelning på 22 olika sjukhus i England. 25 kvinnor och 34 män. Ålder 27-47 Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer.	Genomförande: Intervjuerna utfördes 3 mån – 1 år efter utskrivning. Utfördes i patientens hem och varade 30-90min. Intervjun spelades in. Datainsamling fortsatte till saturation. Studien byggde på grounded theory. Analys: Tematisk analys.	Bli utsatt för tvångsåtgärder: Positiva Behov av tvångsvård, förstod inte sjukdomen. Behövde medicin Social situation ohållbar. Möjlighet att prata med någon. Trygghet. Negativa Onödigt, avbrott i livet Negativ verkan på psykisk sjukdom Kan ha funnits andra alternativ. Förlust av kontroll över livet. Personal har makt över patienten. Inte bli involverad i vården. Inte tillräcklig information.	Styrkor: Många forskare som jämförde sina uppfattningar och resultat. Högt deltagarantal, hög svarsfrekvens, studie på olika sjukhus. Detta ger hög trovärdighet och överförbarhet till stora delar av Storbritannien Svagheter: Kan vara svårt för patienten som är i ett annat mentalt tillstånd att sätta sig in i vad dem tidigare upplevt, tänkt och velat när dem var intagna.
Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. Sweden, 2001	To increase understanding of psychiatric patients', nurses' and physicians' experience of coercion, in relation to their own and the other parties' experiences.	Urval: 7 patienter (5 kvinnor, 2 män), 7 sjuksköterskor och 7 läkare. Endast patienterna är av relevans i syftet. Inklusionskriterier: Tvångsvård, svensktalande, hörsel samt talförmåga, planer på utskrivning finns på inom 3 dagar framöver. Datainsamlingsmetod: Intervjuer med berättande metod.	Genomförande: Intervjuerna skedde på kliniken i slutet på deras sjukhusperiod efter skriftligt samtycke undertecknats. Intervjuerna varade mellan 18-60minuter för patienterna. Analys: Skedde genom fokus på berättande material.	Platsen där tvånget utspelar sig, Hur genomfördes tvånget, Tvångets syfte, Mötet mellan patient & personal, Att förebygga tvångsåtgärder.	Styrkor: Metod var välbeskriven, ökar bekräftelsebarhet. Svagheter: Överförbarheten kan variera beroende på hur man tolkar de beskrivna upplevelsorna

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>McGuinness D, Dowling M, Trimble T.</p> <p>Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre.</p> <p>Ireland, 2013</p>	<p>The aim was to gain an understanding of what it means to have involuntary hospital admission.</p>	<p>Urval: 6 deltagare. Selektivt urval. Inklussionskriterier: 18år och äldre, vård har övergått till frivillig vård, planerad och accepterad utskrivning. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Genomförande: Intervjuerna skedde på godkänd psykiatrisk klinik. Skriftlig information samt skriftligt samtycke. Intervjuerna varade mellan 8-43 minuter. Analys: Analys skedde genom fenomenologisk analys, inspirerat av IPA.</p>	<p>Resultat: Upplevelsen av de första dagarna, Upplevelse av behandling, Att gå vidare.</p>	<p>Styrkor: Välbeskriven metod, ökar bekräftelsebarhet.</p> <p>Svagheter: Svårt att överföra: Liten studie på en klinik. Trovärdighet kan påverkas negativt då deltagarna frivilligt ville bli intervjuade, samt i slutet på sin vårdtid.</p>
<p>Lilja L, Hellzén O.</p> <p>Former patients´experience of psychiatric care: A qualitative investigation.</p> <p>Sweden, 2008</p>	<p>The aim was to extend our understanding of former psychiatric inpatients´experience their time of admission to a psychiatric inpatients unit.</p>	<p>Urval: 10 personer (3män & 7kvinnor). Inklussionskriterier: Utskrivna patienter, ingen aktiv medicinsk behandling. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade djupgående intervjuer</p>	<p>Genomförande: Intervjun skedde där deltagaren valde och varade mellan 30-78minuter. Information gavs om studien samt att man kunde avbryta deltagande. Analys: Analyserad genom kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultat: Bli sedd som en sjukdom. Söka efter en känsla av kontroll i en främmande och skrämmande miljö. Ge efter undertryckande vård. Träffa en allvetande mästare. Vård som ett ljus i mörkret.</p>	<p>Styrkor: Trovärdigheten ökad genom diskussion av analysen samt att deltagarna fick ta del av resultat.</p> <p>Svagheter: Mängden deltagare i studien är relativt liten kan påverka överförbarheten negativt.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher J A Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint South Africa, 2010	To describe the perceptions and experiences of service users of the use of sedation, seclusion and restraint during psychiatric emergency; To identify the preferred choices of service users should they be placed in a situation that requires the use of sedation, seclusion and restraint.	Urval: 43 deltagare, 22 kvinnor och 21 män. Ålder 25-60år. Inklusionskriterier: Upplevt tvångsmedicinering, isolering eller fastspänning antingen personligen eller som medpatient Datainsamlingsmetod: Fas 1: Fokusgrupper för att utveckla intervjuschema Fas 2: Semistrukturerade intervjuer.	Genomförande: Fokusgruppen innehöll 8 deltagare, utvalda genom stickprov. Fokusgruppen blev inspelad och transkriberades ordagrant. Utifrån transkribering framkom teman som sedan användes i en andra fokusgrupp med lika många deltagare. Intervjuerna i fas 2 utfördes av 7 deltagare som intervjuade andra deltagare med hjälp av ett intervjuschema format utifrån fokusgruppernas fynd. Analys: beskrivande statistik, innehållsanalys	Upplevelse av bristande information mellan patient och personal, Kränkning av rättigheter i samband med akut insjuknande, Kvarhållningsmetoder ansågs som bestraffande, Medicinering användes ofta, Att se någon bli utsatt för tvångsåtgärder orsakade mer ångest.	Styrkor: Trovärdighet och pålitlighet stärks genom att deltagarna i studien integrerades i forskningsprocessen från start. Tillförlitlighet stärks av en väl beskriven metod Svagheter: Resultatet kan vara svårt att överförbara.
Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kousmanen L, Hane K, Holli M, Välimäki M Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives Finland, 2010	To explore psychiatric inpatients' experiences of, and their suggestions for, improvement of seclusion/restraint, and alternatives to their use in Finland.	Urval: 31 patienter, 11 kvinnor och 19 män. Ålder 20-64 år. Inklusionskriterier: Blivit isolerad/fastspänd under studiens period, 18-65 år, Finsktalande, villig att delta i studien, och ha givit informerat samtycke. Exklusionskriterier: Oförmåga att kommunicera med forskarna Datainsamlingsmetod: Strukturerade intervjuer med öppna frågor.	Genomförande. Studien utfördes på sex låsta avdelningar på två sjukhus i södra Finland. Intervjuerna varade mellan 11 och 60 minuter. Intervjuerna spelades in på band för dem som godkände det, om inte detta godkändes skrevs anteckningar om vad som framkom under intervjun. Detta transkriberades sedan. Analys: Induktiv innehållsanalys	Otillräcklig uppmärksamhet under isolering/ fastspänning. Grundläggande behov upprätthålls ej. Fick inte tillräcklig information. Missnöjd med hur personalen behandlar dem. Brist på aktiviteter. Kommunikationsproblem mellan patienter och personal.	Styrkor: Trovärdighet stärks genom vald metod. Studien håller en hög tillförlitlighet genom grundlig metod. Svagheter: Endast två sjukhus i Finland deltog i studien vilket kan sänka överförbarheten.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Gault, I Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services United Kingdom, 2008	Analyzing service-user and carer perspectives on medication compliance and their experience of compulsory treatment.	Urval: 19 personer inkluderades i studien. 11 vårdtagare och 8 anhörigvårdare. Ålder: 20-89 10 män, 9 kvinnor Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerade intervjuer genomfördes	Genomförande: Deltagare rekryterades på möten där syfte och mål presenterades. Studien fokuserade på de som hade varit med om tvångsmedicinering och tvångsvård. Intervjuerna utfördes i ett tyst rum. Datainsamling fortsatte tills saturation. Analys: Inspirerades av Grounded Theory	Identitetsförlust, Att spela ett spel, Upplevelse av medicinering, Terapeutisk okunnighet, Ökad kontroll	Styrkor: Anhörigas åsikter och syn användes för bekräftelse vilket ökar trovärdigheten. Stödpersonal för patienterna under och efter intervjun. Svagheter: Analys svagt beskriven detta minskar trovärdigheten. Resultatet kan överföras till liknande verksamheter i Storbritannien.
Laugharne R, Priebe S, McCabe R, Garland N, Clifford D. Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis United Kingdom, 2011	To investigate the experiences and attitudes of patients with psychosis in relation to trust, choice and power.	Urval: 22 intervjuer (12män & 10 kvinnor). Strategiskt urval. Inklusionskriterier: Patienter diagnostiserade med en psykotisk sjukdom under sjukhusvård. Datainsamlingsmetod Djupgående intervjuer för att utforska, upptäcka och generera idéer.	Genomförande: Intervjuer i deltagarens hem eller på sjukhus, ansikte mot ansikte. Skriftlig information samt samtycke skulle undertecknas innan intervjun. Analys: Analys skedde kvalitativt genom komponenter från grounded theory och tema baserad analys.	Resultat: Faktorer som ökar tillit. Faktorer som minskar tillit. Faktorer som ökar val. Faktorer som minskar val. Faktorer som ökar makt. Faktorer som minskar makt.	Styrkor: Djupgående intervjuer ger bra information om patientens upplevelse. Alla intervjuer blev analyserade av minst två forskare vilket ökar trovärdigheten. Man undersökte patienter från två olika kliniker, vilket ökar trovärdigheten samt överförbarheten.