



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors erfarenheter av tvångsåtgärder inom den slutna sjukvården

En litteraturstudie

Författare: Izabella Andersson och Felicia Samuelsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors erfarenheter av tvångsåtgärder inom den slutna sjukvården

En litteraturstudie

Författare: Izabella Andersson och Felicia Samuelsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskan har en central roll när patienter vårdas med tvång och det råder kunskapsbrist om sjuksköterskors erfarenheter av tvångsåtgärder. **Syfte:** Att sammanställa och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda med tvångsåtgärder inom slutenvården. **Metod:** 14 vetenskapliga artiklar har i en litteraturöversikt sammanställts. **Resultat:** Tre huvudteman identifierades: känslouttryck, etiska reflektioner och avdelningens arbetsmiljö. Känslor som uttrycktes var skuld, rädsla, ilska och tillfreds. I etiska reflektioner framkom en önskan att göra gott samt en konflikt mellan tvång och autonomi. Erfarenheter av arbetsmiljöns inverkan på tvångsåtgärder var personskador, säkerhet, kunskapsnivå och genusperspektiv. **Slutsats:** Tvångsåtgärder används som sista alternativ och etiska dilemman uppstår när det används. Skillnader i känslor framkom mellan olika länder samt skillnader mellan kvinnliga och manliga sjuksköterskor, vilket bör lyftas vidare i framtida studier.

Nyckelord

sjuksköterskor, tvångsåtgärder, erfarenheter, slutenvård

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Lagar och riktlinjer för tvångsåtgärder	3
Olika tvångsåtgärder	4
Etiskt perspektiv vid tvångsåtgärder	5
Sjuksköterskans roll vid tvångsåtgärder	5
Erfarenheter	6
Känslor	6
Perspektiv och utgångspunkter	7
Syfte	8
Specifika frågeställningar	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Data analys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Känslouttryck	14
Skuld	14
Rädsla	15
Ilska	15
Tillfreds	16
Etiska reflektioner	16
Önskan att göra gott	16
Konflikt mellan tvång och autonomi	17
Avdelningens arbetsmiljö	17
Personskador på avdelningen	17
Säkerhet	18
Kunskapsnivåer på avdelningen	18
Genusperspektiv på avdelningen	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Känslomässig påfrestning	23
Etiska dilemman	24
Genusskillnader hos sjuksköterskor	25
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28

Introduktion

Problemområde

Enligt World Health Organization (u.å.) är tvångsvård vanligt i många av världens länder idag. Under 2016 vårdades 11 288 patienter inom sluten psykiatrisk tvångsvård i Sverige (Socialstyrelsen, u.å.). Vid sluten psykiatrisk tvångsvård vårdas patienten på en sjukvårdsinrättning inom slutenvården (LPT, SFS 1991:1128, 2§). Det finns olika typer av tvångsåtgärder: fastspänning, tvångsmedicinering och avskiljning (Socialstyrelsen, 2015) som i hög grad påverkar både patienter och sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2013). I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:736), 2§, fastställs att all vård ska ges med respekt och värdighet för alla patienter. Sjuksköterskor måste vara professionella i sitt möte med varje enskild patient (Socialstyrelsen, 2013). För att vara professionell krävs det att sjuksköterskan är trygg och vet hur situationer som kan innebära hot eller våld ska hanteras (ibid.). Vid tvångsåtgärder är det av stor vikt med ett bra bemötande och god omvårdnad, där ett felaktigt bemötande starkt kan påverka patientens syn på den psykiatriska vården (Socialstyrelsen, 2009). Sjuksköterskans kunskaper och attityder om tvångsåtgärder måste identifieras eftersom det kan påverka vårdandet i det kliniska arbetet (Suen, 2006). Dessutom påverkas sjukvårdspersonal av tidigare erfarenheter, vilket resulterar i kunskaper som kan vara både subjektiva och konkreta (Ekebergh, 2017). Tidigare erfarenheter kan spegla sjukvårdspersonalens språk, förhållningssätt samt hur de handlar i olika situationer (ibid.). Det är brist på svensk forskning inom området tvångsvård, vilket försvårar utformningen av kliniska riktlinjer (Wallsten, 2013). En studie med tio Europeiska länder inklusive Sverige beskriver att det behövs mer forskning om interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter vid tvångsåtgärder för att uppnå en bra vårdrelation (Raboch et al., 2010). Det råder även kunskapsbrist om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda med tvång (VanDerNagel, Tuts, Hoekstra, & Noorthoorn, 2009). Med anledning av den bristande kunskap som finns inom ämnesområdet (Wallsten, 2013; Raboch et al., 2010; VanDerNagel et al., 2009) är det av vikt att göra en sammanställning för att beskriva vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att vårda patienter med tvångsåtgärder.

Bakgrund

Lagar och riktlinjer för tvångsåtgärder

Olika lagar som reglerar den svenska psykiatrivården är både specifika för verksamheten samt gemensamma med hela hälso-och sjukvårdsorganisationen (Ottosson, 2015). I lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128), 2§, anges att tvångsåtgärder endast ska brukas om patienten inte frivilligt vill medverka i vården. För att tvångsvård ska vara aktuellt måste tre övergripande kriterier uppfyllas:

1. Patienten har en allvarlig psykisk störning (LPT, SFS 1991:1128, 3§). Psykisk störning innefattar depression med suicidrisk, psykotiska symtom, svåra personlighetsstörningar med psykotisk karaktär och svårt tvångsmässigt beteende (ibid.).
2. Patienten är i behov av sluten psykiatrisk tvångsvård, vilket innebär att patienten måste ha ett oundvikligt behov av psykiatrisk vård (LPT, SFS 1991:1128, 3§). Vården kan inte tillgodoses på annat vis än intagning på sjukvårdsinrättning med kvalificerad vård eller likvärdig nödvändig vård (ibid.).
3. Patienten motsätter sig den vård som krävs enligt punkt två (LPT, SFS 1991:1128, 3§). Alternativt kan inte vården ges med patientens samtycke på grund av patientens psykiska tillstånd (ibid.).

Vid vårdbedömning avgörs om patienten utgör eventuell fara för sig själv eller andra i omgivningen (LPT, SFS 1991:1128, 3§). Tvång används för att patienten ska hindras från att lämna området, samt är viktigt för att vårdinrättningen ska vara säker och ordningsam (LPT, SFS 1991:1128, 18 §). Vid turbulenta situationer kan tvångsåtgärder som isolering, tvångsmedicinering eller bältesläggning tillämpas i Sverige inom ramen för LPT (Salzmann-Eriksson, 2014). Tvångsvård kan ges inom två olika vårdformer: sluten psykiatrisk tvångsvård eller öppen psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128, 2§). Sluten psykiatrisk tvångsvård innebär att patienten vårdas på en sjukvårdsinrättning inom slutenvården och får inte vistas utanför vårdinrättningen (LPT, SFS 1991:1128, 18§). Målet med tvångsvård är att patienten slutligen ska medverka frivilligt och acceptera den hjälp som patienten är i behov av (Ottosson, 2015).

I Förenta Nationernas (FN, 1991) resolution 46/119 om skydd för personer med psykisk sjukdom och förbättring av psykisk hälsa anges att tvångsvård ska avslutas så snabbt som möjligt. Resolutionen anger även att alla former av tvång inom sjukvården ska dokumenteras, samt orsaken till åtgärden. När en patient vårdas med tvång måste behörig sjukvårdspersonal noga övervaka hela processen (ibid.). Baserat på FNs resolution 46/119, se ovan, har WHO publicerat tio grundläggande principer vid psykiatrisk sjukvård som utformades genom en jämförande analys av 45 olika länders lagar rörande psykiatrisk vård (WHO, 1996). I den fjärde principen: Tillhandahållande av minst inskränkande vårdform, beskriver WHO att vård till personer med psykiska sjukdomar ska ges med så lite inskränkande metoder som möjligt. Där kriterier för att tvångsvård och tvångsåtgärder ska få utövas redovisas (WHO, 1996). Vidare rekommenderas att isoleringsrum ska avskaffas samt att sjukvårdspersonal ska få mer utbildning att använda alternativa metoder istället för tvångsåtgärder (WHO, 1996).

Olika tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder används om det finns risk för att patienten ska skada sig själv eller sin omgivning, samt vägrar ta emot behandling (Gelder, Harrison & Cowen, 2006; FN, 1991; Raboch et al., 2010). Tvångsåtgärder används som sista möjliga alternativet när det inte finns några andra metoder som fungerar (ibid.). När vårdpersonal använder tvångsåtgärder ska de vara så milda som möjligt (Gelder et al., 2006). Processen för tillämpning av tvångsåtgärder skiljer sig beroende på vart situationen inträffar i världen. Exempelvis i några skandinaviska länder är beslutet om tvångsåtgärder en lätt rättslig process, i USA kan det krävas domstolsbeslut samt i England och Wales finns specifika bestämmelser för användning av tvångsåtgärder (ibid.).

I Sverige finns det olika typer av tvångsåtgärder beroende på situationen, exempel på tvångsåtgärder är: tvångsmedicinering, avskiljning och fastspänning med bälte (Socialstyrelsen, 2015). Tvångsmedicinering används om patienten vägrar inta viktiga läkemedel som läkaren har ordinerat. Avskiljning innebär att patienten blir isolerad i ett rum med anledning av att patienten stör andra på avdelningen och får högst utföras i åtta timmar. Fastspänning används vid risk att patienten ska skada sig själv eller andra och utförs under en kortare tid med personal närvarande i rummet (ibid.). Hur fastspänning går till kan se olika ut beroende på vilket land det är i (WHO, 2017). Fasthållning eller fastspänning kan ske både manuellt och mekaniskt. Antingen genom att vårdpersonal håller fast patienten manuellt, eller

använder sig av hjälpmedel som bälte, rep, handbojor och åtdraget tyg (ibid.). Raboch et al. (2010) undersökte tvångsåtgärder i Sverige och nio andra europeiska länder där resultatet visade att tvångsmedicinering var vanligast i åtta av länderna. Fysiska tvångsåtgärder var vanligast i två av länderna. Avskiljning användes minst och endast i sex av tio länder (ibid.).

Användning av fysiska tvångsåtgärder är obehagligt för patienten både före, under och efter processen (Lindqvist, 2012). Det kan leda till att vårdpersonal eller patienter skadar sig (ibid.). Några komplikationer som kan uppstå i samband med fasthållning är ödem, trycksår, blödning, malnutrition, dehydrering, aspiration, andningsbesvär, förstoppning och inkontinens (Demir, 2007). Vidare redogör WHO (2017) att fastspänning kan orsaka muskelsvaghet, blåmärken, cirkulationsproblem och även livshotande tillstånd som koma och kvävning.

Etiskt perspektiv vid tvångsåtgärder

Etiska dilemman kan inträffa i samband med tvångsåtgärder eftersom patienten förtjänar rätten till autonomi, men har samtidigt ett stort behov av vård och behandling (Gelder et al., 2006). Förenta Nationernas (FN, 1948) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastställer att alla har rätt till frihet, men anger även att alla har rätt till en god sjukvård. Patienter med psykiska störningar kan ha svårigheter med verklighetsuppfattningen och att avgöra vad som är bäst för sin egen hälsa (Ottosson, 2015). Om fördelarna med tvångsåtgärder är större än nackdelarna kan tvång utföras, för att på så skonsamt vis som möjligt inte kränka patientens integritet. Som sjukvårdspersonal är det ytterst viktigt att visa empati, förklara anledningen till åtgärden, informera att åtgärden utförs lagligt samt förklara att det ska upphöra så snabbt som möjligt (ibid.). Därtill ingår det i sjuksköterskans profession och yrkesutövning att omvårdnaden ska följa de etiska koder som antagits på internationell nivå av International Council of Nurses (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Sjuksköterskans roll vid tvångsåtgärder

Inom ramen för sjuksköterskans yrke ingår ofta att rekommendera om tvångsåtgärder bör tillämpas på en patient eller inte, samt att vara delaktiga i utförandet (Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab & Pazargadi, 2014). Sjuksköterskor tillhör den yrkesgrupp som ofta står sina patienter väldigt nära, speciellt inom psykiatrivården (Løkensgard, 1997). Att utföra en tvångsåtgärd påverkar i hög grad både sjukvårdspersonal och patient (Socialstyrelsen, 2013). Sjuksköterskan är den inom sjukvården som ofta besitter en central roll när patienter vårdas

med tvång (Suen, 2006). Svensk sjuksköterskeförening (2014) har redogjort fyra olika ansvarsområden inom sjuksköterskeprofessionen som är att: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Sjuksköterskor ska i enlighet med nämnda ansvarsområden alltid respektera patienten och se till mänskliga rättigheter i alla avseenden (ibid.). En litteraturöversikt med tio europeiska länder visar att det behövs mer forskning om interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter vid tvångsåtgärder, för att nå en bättre patientrelation (Raboch et al., 2010). Därtill efterfrågas mer kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter under tvång (VanDerNagel et al., 2009).

Erfarenheter

Tidigare forskning har visat att erfarenheter sjuksköterskan har av att vårda patienter med tvång kan påverka hur sjuksköterskan resonerar vid beslutsfattande (Fereidooni Moghadam et al., 2014). Erfarenheter brukar vardagligt definieras som kunskap via sinnesintryck och utövande arbete (Haglund, u.å.). Erfarenhet innebär både resultatet av en process samt den pågående processen under tiden färdigheter förvärvas (ibid.). Ekebergh (2017) menar att sjukvårdspersonals erfarenheter bildar konkreta, subjektiva och levda kunskaper. Dessa visar sig i personalens språk, förhållningssätt och hur de handlar. Inom vården kan verksamheten inte enbart baseras på teoretisk kunskap utan klinisk erfarenhet är en viktig del i arbetet. Erfarenhetsbaserad färdighet utvecklas allt eftersom sjuksköterskan interagerar med patienter och vårdarbetet. Hur en person lär sig nya saker beror på tidigare erfarenheter samt på den enskilda individens sätt att se på det som ska läras (ibid.). Sjuksköterskor med mer erfarenhet av tvångsvård har ofta kompetens att se andra metoder som kan användas istället för tvångsåtgärder, exempelvis samtal (Gelder et al., 2006). Ekebergh (2017) anger att aktiviteter som sjuksköterskan gör dagligen brukar inte analyseras djupare men reflexion kan ske. Reflexion sker när sjuksköterskan på grund av tidigare erfarenheter utvecklar speciella tankar, minnen, känslor och förväntningar. För att lära sig ny kunskap är det viktigt att trotsa tidigare erfarenheter och förståelse för att bilda en ny förståelse av nya situationer (ibid.).

Känslor

Känslouttryck som människor föds med är avsky och glädje, men människor lär sig även av den miljö som man växer upp i och utvecklar olika känslor beroende på miljön (Bunkholdt, 2004). Känslor som kan utvecklas är exempelvis skuld, skam och avundsjuka. Det är vanligt att utföra handlingar som resulterar i positiva känslomässiga upplevelser. Motsatt önskar

människor avhålla sig ifrån situationer som kan resultera i negativa känslomässiga upplevelser. Det skiljer sig mellan alla människor vilka slags situationer som kan skapa olika typer av känslor, eftersom varje individ tolkar situationer varierande. Tidigare erfarenheter människor bär med sig skapar inlärd föreställningar och varje aktuell händelse styr vilka känslor som uppstår. Kognitiva funktioner som människors tankar kan styra känslomässiga reaktioner, exempelvis kan starka känslor leda till att personer känner rädsla för att tappa kontrollen (ibid.).

Perspektiv och utgångspunkter

Humanvetenskap innebär att människan studeras ur ett helhetsperspektiv (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Forskningsprocessen består av mellanmännsliga händelser, förlopp och relationer. Inom humanvetenskapen ses människan som en fri person med egna val och ett eget ansvar (ibid.). Föreliggande litteraturstudie utgick från det humanistiska perspektivet.

Den hermeneutiska traditionen är ett vetenskapsteoretiskt perspektiv med subjektivt synsätt som syftar till att förstå och har en koppling till humanvetenskapen (Uhrenfeldt, 2012). Förståelse innebär att forskaren vill förstå individens upplevelser, erfarenheter och tankar. Forskarna använder sig av olika metoder exempelvis samtal eller observationer för att beskriva och tolka världen som önskas förstås (ibid.). I genomförd litteraturstudie var sjuksköterskor den målgrupp som stod i fokus. Studiens perspektiv riktades mot förståelse av sjuksköterskors erfarenheter och känslor vid tvångsåtgärder, vilket gjordes via tolkning av tidigare vetenskapliga studier.

Föreliggande studie har använt sig av Barkers omvårdnadsteori, tidvattenmodellen (Barker & Buchanan Barker, 2010). Modellen utvecklades ursprungligen som verktyg att handleda sjuksköterskor vid omvårdnad inom psykiatrivården (ibid.). Ett centralt antagande i modellen är *att göra det som måste göras* (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Begreppet syftar till att människan växer och utvecklas genom att göra det som måste göras i olika livsskeden, också i mötet med lidandet (ibid.).

Tidvattenmodellen betonar att alla livserfarenheter påverkar individen (Barker, 2001). Barker har lånat delar från kaosteori till sin teori där människans kaotiska natur i beteende,

erfarenheter och upplevelser framhävs. Barker menar att det är viktigt att anpassa sig till förändring vid olika situationer i rollen som sjuksköterska för att utföra god omvårdnad. Via anpassningsbart bemötande skapas förutsättningar att se varje individs mänskliga erfarenheter. Vilka erfarenheter människan bär med sig om världen, sig själv och andra hör samman med de livshistorier som skapats och vilka innebörder tidigare saker i livet haft. I stället för att endast fokusera på det aktuella problemet är det av vikt att analysera tidigare erfarenheter och hur det påverkat individen för att få en bättre förståelse (ibid.). Barkers teori beskriver att patienten kan vara i behov av att vistas i en trygg och säker miljö, där sjuksköterskans ansvarsområde är att säkerhet tillgodoses (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Tvångsåtgärder utförs för att skydda patienten så patienten inte skadar sig själv eller andra (Løkensgard, 1997). Tidvattenmodellen lyfter att relationen vid omvårdnad tillhör själva behandlingen, genom att sjuksköterskan är instrumentet som leder till förändring (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Syfte

Syftet med studien var att sammanställa och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med tvångsåtgärder inom den slutna sjukvården.

Specifika frågeställningar

Vad uttrycker sjuksköterskor för känslor i samband med tvångsåtgärder?

Metod

Föreliggande studie är av litteraturstudiedesign. Litteraturstudie innebär att en sammanställning av studier görs med hjälp av vetenskaplig litteratur inom det valda ämnesområdet (Kristensson, 2014). Målet med litteraturstudien var att få utökad kunskap och en översikt inom det valda ämnesområdet (Polit & Beck, 2017). I litteraturstudien inkluderades åtta kvalitativa, två mixed method samt fyra kvantitativa artiklar. Författarna ansåg att både kvalitativa och kvantitativa artiklar var av vikt för att svara på syftet.

Kvalitativa studier syftar till att förstå personers upplevelser, tankar och erfarenheter genom att beskriva, tolka och tematisera (Kristensson, 2014). Kvantitativa studier grundas på att verkligheten är mätbar genom att undersöka bland annat likheter, skillnader eller effekt av fenomen (ibid.). De 14 artiklar som ingår i litteraturstudien har sökts i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. Kvalitetsgranskningar gjordes med modifierade versioner av

Forsberg och Wengströms (2013) granskningsmallar. Artiklarna sammanfattades i en översiktstabell och analyserades med integrerad analys (Friberg, 2017).

Urval

Artikelsökningar genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. PubMed är en version av Medline, det är en databas som innehåller omfattande material av vetenskapliga artiklar inom medicin och omvårdnad (Willman et al., 2016). CINAHL innehåller artiklar från engelska omvårdnadsskrifter och fokuserar främst på omvårdnadsvetenskap. PsycINFO är en mindre databas med vetenskapliga studier som fokuserar på betendevetenskapliga ämnesområden exempelvis psykologi och psykiatri (ibid.). Inklusionskriterier för sökningen var vetenskapliga artiklar publicerade på engelska i internationella tidskrifter, med personer över 18 år, samt publicerade år 2007–2017. Alla vårdformer förutom slutenvården exkluderades, eftersom det inte besvarade studiens syfte. Inga länder eller världsdelar exkluderades från sökningen. Termer som användes kombinerades med thesaurus, även kallat ämnesord från de olika databaserna (Kristensson, 2014). I PubMed benämns ämnesord som MeSH-termer, i CINAHL som CINAHL Headings och i PsycINFO som thesaurus. Ämnesord gör sökningen mer specifik, de fungerar som etiketter på artiklarna baserat på innehållet. Booleska sökoperatörer AND och OR användes för att generera en så känslig sökning som möjligt, AND används för att slå ihop sökord och OR för att bredda sökningen med närliggande termer (ibid.).

Datainsamling

Databasernas sökmotorer svarade olika på termerna, med anledning av det har olika termer använts beroende på vilka som gav mest signifikanta resultat relaterat till studiens syfte. I CINAHL användes följande sökord: *compulsory treatment, involuntary treatment, patient restraint, physical restraint, nurses perceptions, nurses experiences, nurses attitudes, "nurses' attitudes"* och CINAHL Headings [*Restraint, Physical*], se tabell 1. I PubMed användes följande sökord: *compulsory treatment, involuntary treatment, patient restraint, physical restraint, nurses perceptions, nurses experiences, nurse experience, nurses attitudes, inpatients* och MeSH-term [*Treatment Refusal*], se tabell 2. I PsycINFO användes följande sökord sökord: *nurses perceptions, nurses attitudes, nurses experiences, "nurses' perceptions", "nurses' attitudes", "nurses' experiences", compulsory treatment, involuntary treatment, patient restraint, physical restraint* och Thesaurus [*Physical Restraint*], se tabell 3.

Eftersom resultatet av sökningarna var omfattande valde författarna att genomföra tre urval för att avgöra de lämpligaste artiklarna till studien. Urvalsprocessen genomfördes likadant för alla databaser, se tabell 1-3. Först lästes titlarna på alla sökträffar. Abstrakt lästes en gång individuellt och granskades därefter i första urvalet gemensamt av författarna. I andra urvalet lästes artiklar i fulltext av båda författarna och slutligen kvalitetsgranskades 15 artiklar av författarna.

Tabell 1. sökningarna i databas CINAHL

Datum	Databas sökning	Sökord / boolesk sökoperator	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	1:a Urval	2:a Urval	Granskning	Motiv till exkludering	Antal valda
17-11-13	Cinahl 1:a sök	<i>compulsory treatment OR involuntary treatment OR patient restraint OR physical restraint AND nurses perceptions OR nurses experiences OR nurses attitudes</i>	2007-2017, english and swedish, >18år	102	20	14	9	6	svarade ej på syftet	6
17-11-14	Cinahl 2:a sök	<i>(MH "Restraint, Physical/EI/MT/NU/ED/PF/ST/SN") AND "nurses' attitudes" OR nurses perceptions OR nurses experiences</i>	2007-2017, english and swedish, >18år	13	3 (+ 4*)	2	1	1	dubbletter, svarade ej på syftet	1

*dubbletter

Tabell 2. sökningarna i databas PubMed

Datum	Databas sökning	Sökord / boolesk sökoperator	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	1:a Urval	2:a Urval	granskning	Motiv till exkludering	Antal valda
17-11-13	PubMed 1:a sök	<i>compulsory treatment OR involuntary treatment OR patient restraint OR physical restraint AND nurses perceptions OR nurses experiences OR nurses attitudes</i>	2007-2017, english and swedish, >18år	89	17 (+ 15*)	9	6	4	dubbletter, svarade ej på syftet, låg kvalitet	3
17-11-13	PubMed 2:a sök	<i>compulsory treatment OR involuntary treatment OR physical</i>	2007-2017, english and swedish,	39	2 (+ 10*)	1	0	0	dubbletter, svarade ej på syftet	0

		<i>restraint OR "Treatment Refusal"[Mesh] AND nurse experience</i>	<i>>18år</i>							
17-11-13	PubMed 3:e sök	<i>compulsory treatment OR involuntary treatment OR physical restraint OR "Treatment Refusal"[Mesh] AND nurses attitudes AND inpatients</i>	<i>2007-2017, english and swedish, >18år</i>	9	2 (+ 3*)	1	0	0	dubletter, svarade ej på syftet	0

*dubletter

Tabell 3. sökningar i databas PsycINFO

Datum	Databas sökning	Sökord / boolesk sökoperatör	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	1:a Urval	2:a Urval	Granskning	Motiv till exkludering	Antal valda
17-11-14	Psyc-INFO 1: sök	<i>MM "Physical Restraint" AND "nurses' perceptions" OR "nurses' attitudes" OR "nurses' experiences"</i>	<i>2007-2017, english and swedish, >18år</i>	11	6 (+ 2*)	5	4	4	Dubletter, svarade ej på syftet	4
17-11-13	Psyc-INFO 2: sök	<i>compulsory treatment OR involuntary treatment OR patient restraint OR physical restraint AND nurses perceptions OR nurses experiences OR nurses attitudes</i>	<i>2007-2017, english and swedish, >18år</i>	101	15 (+ 16*)	7	2	0	Dubletter, svarade ej på syftet	0

*dubletter

Kvalitén på studierna undersöktes med hjälp av granskningsmallar från Forsberg och Wengström (2013) för både kvalitativa och kvantitativa studier. Mallarna modifierades utifrån individuella studier och vid mixed-method design kombinerades mallarna. Frågorna i granskningsmallarna besvarades utefter ja eller nej, där varje ja graderades med ett poäng. En procentsats beräknades genom att antalet ja dividerades med totalsumman. 80-100 % ansågs av författarna vara hög kvalité, 70-79 % ansågs vara av medelkvalité och under 70 % var låg kvalité. Varje artikel granskades först enskilt av författarna och därefter jämfördes resultaten gemensamt. Tio artiklar var av hög kvalité och fyra artiklar av medelkvalité. En artikel med

låg kvalitet fick 50% efter granskningen och uteslöts från föreliggande studie. Etiskt resonemang fanns inte med i granskningsmallarna men valdes att beaktas och inkluderas i granskningen. De 14 studier som presenteras i föreliggande litteraturstudie kommer från tolv olika länder. Studier från Sverige eftersöktes men inga påträffades i sökningarna.

Data analys

Artiklarna som valdes efter kvalitetsgranskningen sammanfattades i en översiktstabell (Friberg, 2017). Data analyserades med en integrerad analys som omfattar tre olika steg. Först lästes alla valda artiklar i sin helhet flera gånger för att påvisa eventuella likheter och skillnader, samt skapa en förståelse för helheten. Likheter och skillnader jämfördes i syfte, teori, metodologiskt utförande samt analys. Därefter gjordes en sammanfattning, sammanställning och tematisering av studierna. Sista steget innefattade resultatredovisning under de olika kategorierna (ibid.). Under analysprocessen identifierade författarna tre huvudteman med subteman. En färgkodning genomfördes för att dela in resultat av studierna under de huvudteman som identifierats.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetik innebär att forskarna reflekterar över allt som genomförs och dess etiska aspekter (Sandman & Kjellström, 2013). Det är viktigt att göra forskningsetiska avvägningar även i litteraturstudier eftersom författarna måste granska om inkluderade studier är etiskt försvarbara eller inte (Kristensson, 2014). Forskningsetik fokuserar på människors rättigheter och värden (Council for International Organizations of Medical Sciences, u.å.).

Helsingforsdeklarationen som antogs av World Medical Association (WMA) berör all medicinsk forskning på människor (WMA, 2017). Deklarationen framtog för att klargöra de etiska principer som alltid måste beaktas och respekteras vid forskning. WMA rekommenderar alla som arbetar med medicinsk forskning att beakta deklarationen. Vid all forskning måste forskaren väga nyttan av studien med risker för skada. Lagregleringen för etiskt förhållningssätt vid forskning kan skilja sig i olika länder. Utöver nationella lagar måste internationella föreskrifter och rekommendationer beaktas, och WMA anger att inga nationella krav bör förändra det skydd som helsingforsdeklarationen innebär (ibid.). Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 1§) reglerar all forskning med människor i Sverige och fastställer 6§ att studien först får genomföras när det blivit godkänt vid etikprövning (SFS 2003:460). I föreliggande litteraturstudie har granskningar

genomförts på alla artiklar för att fastställa om prövning gjorts av en etisk kommitté och i vilken grad ett etiskt resonemang förts. Målet var att alla inkluderade studier skulle genomgått etisk prövning. Studierna som granskades till litteraturstudien kom från flera olika länder runt om i världen. Därför var det av hög vikt att föra en etisk tankegång ur ett internationellt perspektiv, samt vara införstådd med hur forskningsetik regleras på internationell nivå. Tre studier var inte granskade av etisk kommitté, men i samtliga inkluderade studier har ett etiskt resonemang förts.

Resultat

De 14 studier som presenteras i föreliggande litteraturstudie kommer från tolv olika länder, Australien, USA, Turkiet, Sudan, Taiwan, Belgien, Nya Zeeland, Irland, Finland, Israel, Storbritannien och Saudiarabien. Analysen resulterade i tre huvudteman *känslouttryck*, *etiska reflektioner* och *avdelningens arbetsmiljö*, vardera med subteman som redovisas, se figur 1.



Figur 1. Presentation av huvudteman med subteman.

Känslouttryck

Skuld

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda med tvångsåtgärder är att det skapar skuld känslor (Moran, Scott, Matthew & Vallimaki, 2009; Chuang & Huang, 2007; Chapman et al., 2016). I Mahmouds (2017) kvantitativa enkätstudie från Sudan uttryckte 51 % av sjuksköterskorna ($n=96$) skuld känslor i samband med eller efter de utfört tvångsåtgärder, samt 81 % mådde sämre eller blev mer upprörda efter åtgärden. Zenecirci (2007) genomförde en mixed-method studie i Turkiet, där 80,7 % av sjuksköterskorna ($n=254$) upplevde skuld känslor när patienter bad personalen att inte bli fastbundna, samt 68,5 % kände skuld eftersom de inte ansåg att patienterna inte borde vara fastbundna. I resultatet av en kvalitativ fokusgruppsstudie från Irland framhävs det att sjuksköterskor ($n=23$) tycker att tvångsåtgärder är emot deras vårdprinciper, vilket ofta resulterar i känslor av skuld (Moran et al., 2009). För att kunna genomföra sina arbetsuppgifter försökte sjuksköterskorna trycka undan känslorna som uppstod vid vårdssituationer med tvång. Trots det uttryckte dem besvär både under och efter en tvångsåtgärd (ibid). Vidare i en kvalitativa intervjustudie från Taiwan framhävde sjuksköterskor ($n=12$) att tvångsåtgärder känns fel att utföra i professionen, vilket skapade skuld känslor (Chuang & Huang, 2007). En metod som används för att hantera och underlätta känslor från tidigare incidenter är att dela med sig av de tankar som uppstår i samband med tvångsåtgärder till andra kollegor (Chuang & Huang, 2007). I resultatet från en kvalitativ intervjustudie i Australien förklarade sjuksköterskor ($n=15$) att de efter ett nattpass hade svårt att somna på morgonen till följd av att de genomfört tvångsåtgärder under arbetspasset (Chapman et al., 2016).

Motsatt framkom det i andra resultat att majoriteten av sjuksköterskor inte kände några skuld känslor efter de vårdat med tvångsåtgärder (Korkeila, Koivisto, Paavilainen & Kylv, 2016; Khalil, Al Ghamdi & Al Malki, 2017; Gelkopf et al., 2009). Korkeila et al. (2016) visade i en finsk kvantitativ enkätundersökning att det endast var 9,7 % sjuksköterskor ($n=165$) som kände skuld känslor (Korkeila et al., 2016). Resultatet i en saudiarabisk kvantitativ enkätstudie visade att 38,2 % sjuksköterskor ($n=37$) kände skuld känslor i samband med tvångsåtgärder (Khalil et al., 2017). Gelkopf et al. (2009) redovisar i sin enkätstudie från Israel att endast 19 % av sjuksköterskorna ($n=111$) hade skuld känslor.

Rädsla

Bigwood och Crowe (2008) lyfter i sin kvalitativa intervjustudie från Nya Zeeland att sjuksköterskor ($n=7$) uttrycker en personlig rädsla vid tvångsåtgärder, där även ångest är en vanlig känsla baserat på rädslan. Ibland kan rädsla motverkas genom stöttning och förberedelse. Stöd och samtal med kollegor är också viktigt för att kunna hantera situationerna, och humor kan även göra att spänning och rädsla släpper (ibid). Ytterligare beskrivs sjuksköterskors erfarenheter under tvångsåtgärder som rädsla, ångest och emotionell stress (Moran et al., 2009; Chuang & Huang, 2007). Moran et al. (2009) redovisar att sjuksköterskors rädsla återkommer på grund av ångest från tidigare incidenter, samt för att några sjuksköterskor anser att det inte är en del av deras arbetsuppgifter att utföra tvångsåtgärder. Negativa erfarenheter av tvångsåtgärder uttrycktes eftersom det resulterade i fysiska, känslomässiga och psykologiska konsekvenser för både patient och sjuksköterska, vilket kunde förstöra patientrelationen (Muir-Cochrane, Baird & Mccann, 2015; Chapman et al., 2016; Korkeila et al., 2016). Det framkom i en kvalitativ intervjustudie från Storbritannien att sjuksköterskor ($n=30$) uttryckte en större rädsla när de blev hotade av patienter som inte vårdats tidigare, för att de inte visste om patienten var kapabel till att genomföra sina hot (Perkins, Prosser, Riley & Whittington, 2011).

Däremot visade Korkeilas et al. (2016) resultat att majoriteten av sjuksköterskor inte kände någon rädsla relaterat till tvångsåtgärder, och endast en tredjedel av deltagarna uttryckte rädsla för sin egen säkerhet. Ytterligare instämmer andra resultat till att sjuksköterskor inte känner rädsla i samband med tvångsåtgärder (Gelkopf et al., 2009; Khalil et al., 2017). I Gelkopfs et al. (2009) studie uttryckte endast 10,7 % sjuksköterskor rädsla vid utförandet.

Ilska

Sjuksköterskor anser att problem uppstår när patienter aktuella för tvångsåtgärder behandlas olika av vårdpersonalen (Perkins et al., 2011). Det skapar ilska hos sjuksköterskorna eftersom de anser att flera situationer av tvång kunnat undvikas om patienter behandlats likvärdigt (ibid.). Motsatt redovisar Zencirci (2009) att ilska är ovanligt i samband med att patienter fysiskt skadat vårdpersonal eller inte gav sjuksköterskan något annat alternativ än bältning. Sjuksköterskor ansåg att fokuset ibland var inriktat på att försöka hantera sin egen ilska i samband med tvångsåtgärder, istället för att fokusera på hur patienten mår (Morans et al., 2009). Däremot redovisar Korkeilas et al. (2016) att det endast var 4,8 % ($n= 165$) som kände

ilska mot patienter i relation till tvångsåtgärder, liknande i Gelkopfs et al. (2009) studie var det endast 7,7 % ($n=111$) som kände ilska.

Tillfreds

Majoriteten av sjuksköterskor såg tvångsåtgärder som en lyckad åtgärd (Korkeila et al., 2016). 94,5 % sjuksköterskor ($n=254$) kände sig avslappnade efter användandet av fysiska tvångsåtgärder med anledning att det var för patientens bästa (Zencirci, 2009). Sjuksköterskor känner sig tillfreds med att utföra tvångsåtgärder om alla andra metoder testats för att undvika åtgärden, samt om tvånget utförs på kortast möjliga tid och att vårdrelationen inte tar skada (Bigwood & Crowe, 2008).

I Chapmans et al. (2016) studie beskriver sjuksköterskor motsatsen, de känner sig inte tillfreds utan gör det enbart för att det är en nödvändig del av arbetet som måste göras. I resultatet från en australiensisk kvalitativ intervjustudie beskriver sjuksköterskor ($n=39$) att det ofta upplevde splittrade åsikter och tankar om tvångsåtgärder för att det är svårt att genomföra (Muir-Cochranes et al., 2015). Samtidigt ser de positivt på handlingen med tanke på att det inte finns några bättre alternativ (ibid.). Sjuksköterskor anser att tvångsåtgärder är en väletablerad del av arbetet som de har en positiv attityd till eftersom det inte finns andra alternativ (Muir-Cochrane et al., 2015; Bigwood & Crowe, 2008; Mahmoud, 2017; Chapman et al., 2016; Bigwood & Crowe, 2008; Chuang & Huang, 2007; Korkeila et al., 2016).

Etiska reflektioner

Önskan att göra gott

I resultatet framkom det att sjuksköterskors huvudmål och största anledningen till att använda fysiska tvångsåtgärder är principen att göra gott (Goethals, Dierckx & Gastman, 2013; Chuang & Hang, 2007). Fysiska tvångsåtgärder är för stunden den bästa tänkbara metod för att skydda patienten och andra personer i omgivningen (Moran et al., 2009; Goethals et al., 2013; Mahmoud, 2017; Korkeila et al., 2016; Bigwood & Crowe, 2008). Sjuksköterskor försöker i största utsträckning använda alternativa metoder för att undvika tvångsåtgärder (Moran et al., 2009). Goethals et al. (2013) genomförde en kvalitativ intervjustudie i Belgien där resultatet visade att sjuksköterskors ($n=21$) erfarenheter var att integriteten skadas vid tvångsåtgärder. Därför är det viktigt att ta patientens integritet på stort allvar genom att

försöka undvika handlingen i största mån. Sjuksköterskor menade att de hamnade i ett etiskt dilemma där de vägde risk för eventuella komplikationer av interventionen, exempelvis bältning, med faran i den aktuella situationen (ibid). Under intervjuer i Chapmans et al., (2016) studie framkom det att sjuksköterskan känner ett professionellt ansvar att verka som patientens advokat, och vid tvångsåtgärder uppfylls inte det målet.

Konflikt mellan tvång och autonomi

Sjuksköterskor beskriver erfarenheter av beslutsfattandet inför tvångsåtgärder som extra svårt för de hamnar i dilemma mellan patientens autonomi och patientens fysiska säkerhet (Goethals et al., 2013). Sjuksköterskor kämpar med en inre konflikt mellan patientens rätt till frihet och att behöva begränsa den rätten (Chuang & Huang, 2007). De vill i största mån använda så milda fysiska åtgärder som möjligt, samt avlägsna fastspänning snarast så patienten återfår sin frihet och autonomi (Goethals et al., 2013). Vid fasthållning menar sjuksköterskor att patienten förlorar sin värdighet och måste behandlas ytterst respektfullt, genom att tydligt förklara varför och hur åtgärderna utförs samt syftet med åtgärderna (ibid.). 75 av 254 sjuksköterskor i Zencircis (2009) studie accepterade att patientens frihet och rättigheter kränks i samband med tvångsåtgärder. Motsatt ansåg 50 % av totalt 165 sjuksköterskor att patientens autonomi inte påverkas av tvångsåtgärder (Korkeila et al., 2016). I Mahmouds (2017) resultat framkom det att 47,9 % sjuksköterskor ($n=96$) anser att patienten förlorar sin värdighet i samband med tvångsåtgärder.

Avdelningens arbetsmiljö

Personskador på avdelningen

80 % sjuksköterskor ($n=110$) i en mixed-method studie från USA uppgav att de någon gång blivit överfallna av en patient på sin arbetsplats (Moylan & Cullinan, 2011). Studiens resultat visade inte på skillnad mellan sjuksköterskor som blivit överfallna och de som inte blivit överfallna i beslutsprocessen att utföra tvångsåtgärder. Däremot använde majoriteten av sjuksköterskorna tvångsåtgärder på aggressiva patienter i ett sent skede (ibid.). Ytterligare uppgav Chapman et al. (2016) att alla sjuksköterskor hade fått olika fysiska skador av patienter när de tillämpat tvång via manuell fasthållning. När bältning inte fungerade optimalt fick sjuksköterskor hålla fast patienten vilket resulterade i smärta och ömhet i kroppen (ibid.). Sjuksköterskor betonade vikten av att använda tvångsåtgärder snabbt vid risk för skada och

våld (Perkins et al., 2011). De ansåg att tvångsåtgärder är en självklar del i vården och ska användas om vårdpersonal, patient eller omgivning riskerar att skadas (ibid.).

Säkerhet

Sjuksköterskors erfarenheter av att utföra tvångsåtgärder är för att skydda patienten, -närstående, -omgivningen och -andra patienter (Muir-Cochrane et al., 2015; Chuang & Huang, 2007; Perkins et al., 2011; Goethals et al., 2013; Gelkopf et al., 2009; Bigwood & Crowe, 2008; Zencirci, 2009; Korkeila et al., 2016; Keser Özcan, Bilgin, Akin, & Badirgali Boyacioglu, 2015; Chapman et al., 2016; Khalil et al., 2017). Tvångsåtgärder kan även lugna aggressiva patienter (Mahmoud, 2017).

En del tvångsåtgärder kan vara aktuella att använda direkt, medan andra övervägs noga av sjuksköterskan beroende på vilken akut fara patienten befinner sig i (Goethals et al., 2013). De framhäver att tvångsåtgärder används om patienten är i behov av livsnödvändiga medicinska åtgärder (ibid.). Därtill känner sjuksköterskor en större säkerhet om fler kollegor närvarar vid tvångsåtgärder samt om någon har en god relation till patienten (Perkins et al., 2011). Dock framhävs att personalbrist hindrade dem från att skapa närmre patientrelationer och möjlighet att lära känna patientens aggressiva gränser (ibid.). Ytterligare sjuksköterskor instämmer i att tvångsåtgärder utförs på grund av personalbrist (Zencirci, 2009; Muir-Cochrane et al., 2015; Mahmoud, 2017; Chapman et al., 2016). 65,6 % sjuksköterskor ($n=96$) ansåg att det var otillräckligt med personal under utförandet av tvångsåtgärden (Mahmoud, 2017). Motsatt framkom det att majoriteten av sjuksköterskor ansåg att tvångsåtgärder inte beror på personalbrist (Korkeila et al., 2016; Khalil et al., 2017), men varje gång tvångsåtgärder brukas drabbas hela avdelningen, då flera resurser går till den enskilda patienten och andra blir lidande (Korkeila et al., 2016).

Kunskapsnivåer på avdelningen

I Gelkopfs et al. (2009) studie uttryckte hälften av sjuksköterskorna att det som främst påverkade förekomsten av tvångsåtgärder på avdelningen var om vårdpersonalen saknade erfarenhet. När sjuksköterskor både är utbildade och har god arbetslivserfarenhet minskar användningen av tvångsåtgärder på avdelningen (Muir-Cochrane et al., 2015). Sjuksköterskor med längre erfarenheter av vårdmiljön hade positivare attityder till tvångsåtgärder, samt utförde tvångsåtgärder på ett bättre sätt (Mahmoud, 2017; Chuang & Huang, 2007). I

resultatet i en kvantitativ enkätundersökning från Turkiet framkom det att sjuksköterskor ($n=144$) accepterar tvångsåtgärden i högre grad om den ofta brukas på avdelningen (Keser Özcan et al., 2015). Ett annat studieresultat visade att sjuksköterskor som arbetat mindre än fem år eller endast arbetat tillfälligt på en avdelning hade positivare erfarenheter än de som arbetat längre och var fast anställda (Korkeila et al., 2016). De sjuksköterskor som varit delaktiga i tvångsåtgärder tio gånger under tolv månader tyckte att åtgärden missbrukades (ibid.).

Sjuksköterskor med hög kompetens såg tvångsåtgärder som ett terapeutiskt instrument vid våldshantering, medan de med mindre kompetens såg åtgärden som ett resultat av misslyckad våldshantering (Gelkopf et al., 2009). Sjuksköterskor med hög kunskapsnivå var väl insatta i potentiella risker med tvångsåtgärder, vilket gjorde att de noga övervägde deras beslutsfattande (Goethals et al., 2013). Det framkom att sjuksköterskor med positiva attityder och mindre kunskap använde tvångsåtgärder oftare än de med negativa attityder och mer kunskap (Khalil et al., 2017). Vidare framhävs en kunskapsbrist i korrekt fasthållning av patienter och utbildning efterfrågas. Sjuksköterskor ansåg inte att fasthållning var en tvångsåtgärd om det utfördes för att patienten skulle få en medicinsk behandling (Chapman et al., 2016).

Genusperspektiv på avdelningen

Manliga sjuksköterskor anser att de oftare utför tvångsåtgärder än kvinnor, de menar att kvinnliga sjuksköterskor försöker undvika att hamna i dessa situationer (Bigwood & Crowe, 2008). Ytterligare påvisas att fler manliga sjuksköterskor utför tvångsåtgärder än kvinnliga, men skillnader sågs inte i kunskapsnivå, attityd och arbetssätt (Khalil et al., 2017). Under en tolv månadersperiod hade hälften av männen deltagit i tvångsåtgärder, men endast en femtedel av kvinnorna (Korkeila et al., 2016). Kvinnor tenderade att ropa efter männen för att få hjälp med situationer som bedömdes vara våldsamma, vilket grundade sig i den sociala föreställningen att om det fanns en högre omfattning manliga sjuksköterskor på avdelningen, minskade förekomsten av tvångsåtgärder (Gelkopf et al., 2009). I Mahmouds (2017) studie fanns det ingen markant skillnad i attityder kring tvångsåtgärder mellan manlig och kvinnliga sjuksköterskor, 46,2 % av männen hade positiv attityd och 53,8 % av kvinnorna. Däremot visade ett annat resultat att männen hade positivare attityd till att använda tvångsåtgärder och kvinnor uttryckte mer negativa känslor i samband med situationerna (Gelkopf et al., 2009).

Diskussion

Diskussion av vald metod

I diskussion av metod lyfts fördelar och nackdelar kring val av design, -studier och databaser, samt språkbarriärer och kvalitetsgranskning. Föreliggande studie är av litteraturstudiedesign vilket enligt Kristensson (2014) är att föredra när en specifik frågeställning ska besvaras om ett kliniskt problem, där en sammanställning av flera tidigare forskningsresultat kan öka förutsättningen för att förstå problemet. Då syftet med föreliggande studien var att beskriva erfarenheter av tvångsåtgärder ansåg författarna att den valda designen var lämplig. Det finns redan relevant forskning över området vilket möjliggjorde sammanställning av flera tidigare forskningsresultat. En sammanställning av 14 tidigare forskningsresultat över området gjorde att författarna fick en överblick av det aktuella kunskapsläget vilket ökade förutsättningen att förstå det kliniska problemet. En möjlig nackdel med vald design är att eventuell färgning av inkluderade studieresultat kan ske och litteraturstudien vinklas. Författarna har i högsta mån ställt sig objektiva till den insamlade datan genom hela arbetets gång.

Åtta kvalitativa studier analyserades för att subjektivt förstå enskilda sjuksköterskor och deras erfarenheter. En nackdel med att subjektivt undersöka individers tankar är att det är svårt att generalisera till hela populationen (Kristensson, 2014). I föreliggande studie har författarna haft i åtanke att enskilda sjuksköterskors tankar inte bör generaliseras till hela populationen sjuksköterskor. Därtill har en diskussion om eventuella systematiska fel, bias, förts eftersom det finns en risk att forskarna i studierna kan ha tolkat subjektiva erfarenheter hos deltagarna fel. Det har däremot observerats flera likheter i resultatredovisningar mellan de kvalitativa och kvantitativa studierna, vilket ökar litteraturstudiens trovärdighet. Kvantitativa studier ger mer generaliserbara resultat och slutsatser (Kristensson, 2014). Med anledning av det valde författarna att inkludera fyra kvantitativa studier för att öka litteraturstudiens generaliserbarhet. Enbart kvantitativa studier hade gjort det svårt att besvara ett syfte som vill beskriva erfarenheter av ett fenomen, då kvantitativ data inte redovisar individers erfarenheter på djupet. Därför gjordes ett val att kombinera både kvalitativa och kvantitativa studier, eftersom det gav en övergripande samt detaljrik bild av problemområdet.

Det är syftet som styr vilken litteratur som ska ingå, därför också vilka databaser som är lämpliga (Kristensson, 2014). Sökningar i CINAHL och Pubmed gjordes för litteraturstudien

fokuserar på omvårdnadsområdet vilket tillhör sjuksköterskans profession, samt PsycINFO med anledning att tvångsåtgärder främst förekommer inom psykiatrisk vård. Författarnas val att använda tre databaser gjordes för att täcka en stor datamängd. En nackdel med valda databaser var att ett stort antal dubletter identifierades i träffarna.

Författarna valde att kombinera ämnesord med fritextsökning. En kombination av sökorden gör sökningen mer snäv (Forsberg & Wengström, 2013). Önskvärt hade varit att använda sig av fler ämnesord, men kombinationen av önskade ämnesord resulterade inte i den specificitet som eftersöktes. Sökorden skulle vara både känsliga för att finna relevant litteratur och specifika för att utesluta oväsentlig data (Kristensson, 2014). Flertal artiklar återkom i sökningarna, samt i olika databaser, vilket visar på sökordens specificitet att svara på syftet. Med hjälp av den booleska sökoperanden AND blev sökningarna begränsade och avsmalnande till ämnet (Forsberg & Wengström, 2013). Formulering i sökningarna varierade i liten grad på grund av att databaserna svarade olika på begreppen. Eftersom relevanta artiklar identifierats när begreppen modifierats bevarades sökningarna trots variation.

Relevanta artiklar kan möjligtvis blivit exkluderade på grund av språk vilket kan ha påverkat studiens resultat, men att inkludera artiklar med ett språk som författarna inte behärskar leder med stor sannolikhet till feltolkning. Friberg (2017) redogör därtill att de flesta vetenskapliga artiklar är skrivna på engelska. Författarna har inte engelska som modersmål, vilket kan ha resulterat i feltolkning vid resultatbeskrivning. Vid översättning har eventuell feltolkning varit i åtanke genom hela arbetets gång, därav tillämpades översättningshjälpmedel. En kontinuerlig diskussion fördes även kring innehåll för att minimera risk för missförstånd. En begränsning att inkludera artiklar publicerade år 2007-2017 gjordes för att fokusera på så aktuell forskning som möjligt, eftersom sjukvården ständigt förändras. Tvångsåtgärder kan även förändrats i förekomst och utövning, därtill sjuksköterskans erfarenheter.

I föreliggande studie inkluderades 14 artiklar, vilket är ett litet antal i förhållande till hur många studier som finns inom ämnesområdet. De valda artiklarna visade däremot på stor relevans för att besvara syftet, jämfört med bortvalda som i högre grad fokuserade på patienters erfarenheter än sjuksköterskors. Andra artiklar var redan färgade med syfte att minska förekomst av tvångsåtgärder, vilket hade påverkat föreliggande resultat. Svensk forskning som besvarade syftet kunde inte påträffas i sökningarna, trots att försök gjordes i

flera olika databaser. Inkluderade studier kommer från tolv olika länder, vilket ökar generaliserbarheten till flera delar av världen. Däremot användes studier från länder med olika kultur och sjukvårdssystem vilket gör att generaliserbarheten bör tolkas med försiktighet. Forskning har visat att tvångsåtgärder kan skilja sig i metod, förekomst och utförande bland olika länder (Steinert et al., 2009). I föreliggande resultat lyfts likheter och skillnader av sjuksköterskors erfarenheter vid tvångsåtgärder i de olika studierna, med vetskap att kulturell härkomst ser olika ut i de inkluderade länderna.

I föreliggande studie användes mallar för kvalitetsgranskning från Forsberg och Wengström (2013). I granskningsprocessen granskades först varje artikel enskilt och därefter jämfördes resultaten utefter Kristenssons (2014) rekommendationer för att öka objektiviteten. Det var första gången författarna genomförde kvalitetsgranskning med granskningsmallar och det finns en risk att artiklarna skattats annorlunda, jämförelsevis om en person med mer erfarenhet gjort granskningen. Efter granskning exkluderades en studie med låg kvalitet som visat brister i utförande samt avsaknad av klinisk betydelse. Studiens exkludering bedöms inte ha påverkat föreliggande resultat eftersom syftet inte blev besvarat i studien.

Det framkom att tre studier inte genomgått en formell etikprövning. I enlighet med Kristenssons (2014) beskrivning av forskningsetiska ställningstagande har författarna värderat studiernas etiska tankegång och bedömt att studierna är etiskt försvarbara då forskarna fört goda etiska resonemang och haft informerat samtycke. Det var endast sjuksköterskor som deltog i alla studierna via intervju eller enkätfrågor och risk för skada är därav låg, därtill överväger forskningens nytta dess risker. Utöver etiska aspekter hade studierna medel till hög kvalitet i utförande. Med bakgrund av det valdes studierna att inkluderas.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att sammanställa och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med tvångsåtgärder inom den slutna sjukvården. Följande tre intressanta fynd som framkom i resultatet valdes att diskuteras: *känslomässig påfrestning*, *etiska dilemman* och *genusskillnader hos sjuksköterskor*.

Känslomässig påfrestning

Resultatet i föreliggande litteraturstudie visade att sjuksköterskors erfarenheter av tvångsåtgärder är kopplat till starka känslor (Chapman et al., 2016; Korkeila et al., 2016; Perkins et al., 2011). Återkommande känslor som uttrycks är skuld (Moran et al., 2009; Chuang & Huang, 2007; Chapman et al., 2016), ilska och rädsla (Moran et al., 2009; Perkins et al., 2011). Flera studier överensstämmer med föreliggande resultat att sjuksköterskor upplever starka känslor där exempelvis ilska och rädsla är vanligt i samband med tvångsåtgärder (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellmans, 2002; VanDerNagel et al., 2009).

I föreliggande resultat framkom det att sjuksköterskor valde att hantera känslor som uppstod genom att dela med sig av tankar och erfarenheter till kollegor (Chuang & Huang, 2007; Bigwood & Crowe, 2008). Genom att samtala med kollegor kunde bearbetning av påfrestande situationer och känslor underlättas (ibid.). I enlighet med Bonners et al. (2002) studie har sjukvårdspersonal ett behov av att hantera känslor vid tvångsåtgärder, där debriefing betonas som en adekvat metod för att samtala mellan kollegor (ibid.). Motsatt föreliggande studies resultat lyfter VanDerNagel et al. (2009) att alla sjuksköterskor inte har ett behov av att samtala om sina känslor med kollegor, då sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet har bearbetat interventionerna flera gånger tidigare. Barkers (2001) teori tidvattenmodellen menar att alla erfarenheter påverkar individen eftersom det hör samman med livshistorier och vilken betydelse tidigare händelser haft (ibid.). Det styrker föreliggande resultat då rädsla uttrycktes i samband med tvångsåtgärder som sjuksköterskor menade berodde på ångest från tidigare situationer (Moran et al., 2009). Det är även förenligt med Fereidooni Moghadams et al. (2014) studie där det framkom att tidigare erfarenheter kan påverka hur sjuksköterskan hanterar nya situationer med tvångsåtgärder. Med bakgrund av föreliggande resultat som påvisat starka känslor vilka underlättas genom samtal, resonerar författarna kring hur samtal mellan kollegor vidare kan lyftas. Finns det ett behov av ytterligare verktyg för att underlätta samtal kring tvångsåtgärder? Tidvattenmodellen betonar att tidigare erfarenheter påverkar framtida handlande, därför bör de känslor sjuksköterskor upplever vid tvångsåtgärder inte förminskas utan bearbetas.

Sjuksköterskors känslor och känslouttryck varierade i de olika studierna som kom från tolv olika länder. I Steinerts et al. (2009) litteraturstudie med tolv olika länder visade det sig att skillnaderna på tvångsåtgärdernas form, förekomst och längd var stora beroende på vilket

land sjuksköterskor befinner sig i. Forskarna menade att skillnader kring tvångsåtgärder i västeuropeiska länder snarare kunde kopplas till kultur, politik och tradition än population och resurser. Därtill har det funnits ett ökat intresse att minska tvångsåtgärder runt om i världen (ibid). Då tvångsåtgärder utförs olika beroende på vart det inträffar i världen (Gelder et al., 2006; WHO, 2017) resonerar författarna kring att även känslouttryck vid tvångsåtgärder är kopplat till var sjuksköterskorna arbetar i världen. Vidare forskning kan vara av intresse för att undersöka om det finns något samband mellan sjuksköterskors känslouttryck vid tvångsåtgärder och vilket land det sker i.

Etiska dilemman

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:736, 2§) fastslår att sjukvården ska se till patientens behov av säkerhet, samtidigt som vården ska bygga på respekt för självbestämmande hos patienten. International Council of Nurses (2012) beskriver även att det ingår i sjuksköterskans profession att arbetet ska utföras etiskt korrekt. Resultatet i föreliggande litteraturstudie visade att sjuksköterskor tycker beslutsfattande inför tvångsåtgärder är svårt för det uppstår ett etiskt dilemma, mellan patientens autonomi och patientens fysiska säkerhet (Goethals et al., 2013). Sjuksköterskor kämpar med en inre konflikt mellan patientens rätt till frihet och att behöva begränsa den rätten (Chuang & Huang, 2007). Förenta Nationernas (1948) mänskliga rättigheter säger att alla människor har rätt till frihet, men även att alla har rätt till en god sjukvård, vilket stärker resultatet som visar på etiska dilemman. Vidare överensstämmer resultatet med Barton-Gooden, Dawkins och Bennetts (2013) studie där sjuksköterskor uttryckte moraliska dilemman när etiska principer inte upprätthölls under tvångsåtgärder som egentligen skulle hjälpt patienten (ibid).

I Barkers omvårdnadsteori lyfts ett centralt antagande *att göra det som måste göras* i vården där sjuksköterskans ansvarsområde är att säkerhet tillgodoses (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det kan kopplas till föreliggande resultat att tvång ska tillämpas först när inga andra alternativ finns (Moran et al., 2009; Goethals et al., 2013; Mahmoud 2017; Korkeila et al., 2016; Bigwood & Crowe, 2008). Med bakgrund av studieresultatet bör det betonas att det inte bara är patienter som påverkas vid tvångsåtgärder utan även sjuksköterskor som kämpar med inre etiska konflikter. Socialstyrelsen (2013) anger att vård med tvång inte bara påverkar patienten utan även sjuksköterskan (ibid.). Sjuksköterskors vilja att tillämpa alternativa åtgärder istället för tvång borde lyftas vidare för att framhäva andra metoder istället för

tvångsåtgärder, och på så vis eventuellt motverka de etiska problem sjuksköterskan ställs inför.

Sjuksköterskor förklarar att deras vilja att arbeta som patientens advokat inte upprätthålls vid tvångsåtgärder (Chapman, 2016). En del i sjuksköterskeprofessionen är att främja hälsa och lindra lidande samt respektera patientens rättigheter i alla avseenden (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att gå emot en patients vilja och göra något som kan orsaka lidande, exempelvis bältning, kan för sjuksköterskor upplevas som inte förenligt med professionens ansvarsområden. Tidvattenmodellen ser relationen mellan patient och sjuksköterska som en central del av behandlingen (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Eftersom sjuksköterskor uttrycker att patientens integritet och värdighet tar skada vid tvångsåtgärder (Goethals et al., 2013), kan därmed relationen mellan patient och sjuksköterska påverkas, vilket i sin tur kan påverka behandlingen i enlighet med tidvattenmodellen.

Genusskillnader hos sjuksköterskor

Resultatet av föreliggande studie visade på skillnader i vårdarbetet vid tvångsåtgärder beroende på om det är manliga eller kvinnliga sjuksköterskor som arbetar. Därtill uttryckte kvinnliga och manliga sjuksköterskor olika erfarenheter kring tvångsåtgärder i vårdarbetet. Det framkom att manliga sjuksköterskor utför fler tvångsåtgärder än kvinnliga (Khalil et al., 2017; Korkeila et al., 2016; Bigwood & Crowe, 2008), vilket överensstämmer med andra studier som visat på att tvångsåtgärder inom slutenvårdsavdelningar förekommer mer när det finns fler manliga sjuksköterskor som arbetar (Kodal, Kjaer & Larsens, 2017; Whittington, Bowers, Nolan, Simpson & Neil, 2009). Likaså godkänner manliga sjuksköterskor användandet i högre grad (Whittington et al., 2009).

Sjukvården påverkas av samhällets attityd till genusordning där feminint och maskulint kan avgöra olika arbetsuppgifter (Strömberg, 2011). Det syns i föreliggande resultat där kvinnor bad män om hjälp att utföra tvångsåtgärder för situationen upplevdes våldsam (Gelkopf et al., 2009). Likaså uttryckte manliga sjuksköterskor en föreställning att kvinnliga sjuksköterskor ville undvika tvångsåtgärder (Bigwood & Crowe, 2008). Föreliggande resultat överensstämmer med en annan studie där kvinnor var mer passiva vid tvångsåtgärder och undvek situationerna (VanDerNagel, 2009).

Barker menar i sin omvårdnadsteori att istället för att fokusera på det aktuella problemet bör analyser av tidigare erfarenheter göras och hur det påverkat individen (Barker, 2001). En tolkning kan göras med hjälp av Barkers teori; att tidigare erfarenheter hos sjuksköterskor kring tvångsåtgärder samt samhällets attityd till genusordning kan ha påverkat genuskillnader som finns idag. Med hjälp av föreliggande studie kan erfarenheter som framkommit lyftas inom verksamheten för att möjliggöra reflektion och öka medvetenheten om genuskillnader. Eftersom föreliggande studie visar på genuskillnader och Jorfeldt (2011) därtill anger att det finns ett vidare forskningsbehov om hur det påverkar sjukvården, kan det vara av intresse att framtida studier utforskar tvångsåtgärder ur ett genusperspektiv hos sjuksköterskor.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskor har erfarenheter av flera olika känslor i samband med tvångsåtgärder, där återkommande känslor är skuld, ilska, rädsla men även tillfreds. Känslorna innebär en påfrestning för sjuksköterskor där samtal med kollegor, stöttning, förberedelse och humor kan underlätta arbetet. I de 14 olika studierna från tolv länder varierade känslorna. Vidare forskning är av intresse för att undersöka om det finns något samband mellan sjuksköterskors känslouttryck vid tvångsåtgärder beroende på vilket land det sker i.

Sjuksköterskor ställs ofta inför etiska dilemman när patienter vårdas under tvång och använder tvångsåtgärder först om inga andra alternativ finns. Sjuksköterskans vilja att använda andra metoder än tvångsåtgärder bör framhävas ytterligare i verksamheter där tvångsåtgärder förekommer. Likaså bör det beaktas att inte bara patienter påverkas av tvångsåtgärder utan även sjuksköterskor påverkas psykiskt och fysiskt.

Manliga och kvinnliga sjuksköterskor har olika erfarenheter kring tvångsåtgärder. Manliga sjuksköterskor utför fler tvångsåtgärder än kvinnliga, och det existerar en föreställning att kvinnliga sjuksköterskor vill undvika åtgärderna. Genuskillnader hos sjuksköterskor vid tvångsåtgärder bör lyftas för diskussion inom verksamheter där det används för att öka medvetenheten kring ämnet. Framtida forskning som studerar tvångsåtgärder ur ett genusperspektiv hos sjuksköterskor kan vara av intresse.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetet har av författarna i studien fördelats likvärdigt. Båda författarna har läst och tagit del av alla artiklar. Samtliga delar i uppsatsen har skrivits och granskats gemensamt.

Referenser

- Barton-Gooden, A., Dawkins, P., & Bennett, J. (2015). Physical Restraint Usage at a Teaching Hospital: A Pilot Study. *Clinical Nursing Research* 24(1), 73-90.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care* 37(3), 79-87.
- Barker, P., & Buchanan Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues in Mental health nursing* 31(3), 171-180. doi: 10.3109/01612840903276696
- *Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 465–473.
- Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi: en introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- *Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the emergency department: A qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1273-1281. doi:10.1111/jocn.13159
- *Chuang, Y., & Huang, H. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16(3), 486-494. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (u.å.). *Our history*. Hämtad 7 november, 2017, från <https://cioms.ch/history/>
- Demir, A. (2007). Nurses' Use of Physical Restraints in four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship* 39(1), 38-45.
- Ekebergh, M. (2017). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet: vårdvetenskapens didaktik. I L. Wiklund Gustin., & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: i teori och praktik* (s. 488–502). Lund: Studentlitteratur.

Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2(1), 20-30.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengstrom, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Förenta Nationerna. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 14 December, 2017, från <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Förenta Nationerna. (1991). *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental Health Care*. A/RES/46/119. Hämtad 14 December, 2017, från <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

Gelder, M., Harrison, P., & Cowen, P. (2006). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. (5. uppl.) Oxford: Oxford University Press.

*Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763. doi:10.3109/01612840903159777

*Goethals, S., Dierck, C., & Gastmans, C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 16(4), 983-991. doi: 10.1007/s110119-012-9455-z

Haglund, D. (u.å.). Erfarenheter. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 10 april, 2017, från <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/erfarenhet>

International Council of Nurses. (2012). *The icn code of ethics for nurses*. [Broschyr]. Geneva: International Council of Nurses. Från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Jorfeldt, I. (2011). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 27–40). Lund: Studentlitteratur.

*Keser Özcan, N., Bilgin, H., Akin, M., & Badirgali Boyacioglu, N. E. (2015). Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19), 2881-2889. doi:10.1111/jocn.12903

*Khalil, A.I., Al Ghamdi, M.A.M., & Al Malki, S. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(4), 447-467.

Kodal, J.S., Kjæ, J.N., & Larsen, E.R. (2017). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*, 26, 1-6.

*Korkeila, H., Koivisto, A., Paavilainen, E., & Kylm, J. (2016). Psychiatric nurses emotional and ethical experiences regarding seclusion and restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), 464-475. doi:10.3109/01612840.2016.1163626

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Lindqvist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.

Løkensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

*Mahmoud, A. S. (2017). Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 2-7. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.01

*Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 599-605. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x

*Moylan, L. B., & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 526-534. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x

*Muir-Cochrane, E., Baird, J., & Mcann, T.V. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatients units: A qualitative study. *Journal of psychiatric & mental health nursing*, 22(2), 109-113. doi:10.1111/jpm.12189

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri* (8. uppl.). Stockholm: Liber.

*Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2011). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International journal of law and Psychiatry*, 35(1), 43-49. doi:10.1016/j.ijlp.2011.11.008

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Raboch, J., Kalisova, L., Nawka, A., Kitzlerova, E., Onchev, G., Karastergiou, A., . . .

Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(10), 1012-1017. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1012 [doi]

Salzmann-Erikson, M. (2014). Stabilitet, rytm och rörelser - att konstruera vårdande i intensiv psykiatri. I L. Wiklund (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 344-358). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 10 april, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 11 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 6 december, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård: Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)* [Broschyr]. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Bättre vård - mindre tvång?* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19264/2013-11-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Dina rättigheter i tvångsvården* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19642/2015-1-7.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å). *Statistikdatabas: psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 14 december, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard>

Suen, L. P., Lai, C. Y., Wong, T. S., Chow, S. Y., Kong, S. F., Ho, J. L., & ... Wong, I. C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal Of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03883.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor: inledning* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... Whittington, F. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(9), 889-97.

Strömberg, J. (2011). Genus och teknik i sjukvården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 57-73). Lund: Studentlitteratur.

Uhrenfeldt, L. (2012). Patricia Benners teori som referensram i en undersökning av skickliga sjuksköterskor: vetenskapsteoretisk diskussion. I V. Östergaard Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram: i forskning och utveckling* (s. 158-178). Stockholm: Liber.

VanDerNagel, J.E.L., Tuts, K.P., Hoekstra, T., & Noorthoorn, E.O. (2009). Seclusion: The perspective of nurses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 408-412. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.011.

Wallsten, T. (Red). (2013). *Psykiatrisk tvångsvård: kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, 60(6), 792-8. doi: 10.1176/ps.2009.60.6.792.

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Willman, A., Bahtsevani, B., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (u.å.). *10 facts on mental health*. Hämtad 4 april, 2017, från World health organization, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index6.html

World Health Organization. (2017). *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: training to act, unite and empower for mental health*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2017). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 6 December, 2017, från World medical association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1996). *Mental health care law : ten basic principles : with annotations suggesting selected actions to promote their implementation*. Hämtad 23 Januari, 2017, från World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf

*Zencirci, A.D. (2009). Attitudes, informed consent obtaining rates and feelings about physical restraint use among nurses. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1573-158.

* = artikeln ingår i studiens resultat

