

Arbetsvillkor som underlättar respektive försvårar utförandet av tvångsåtgärder inom barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård

Elina Jidesjö

Arbetsvillkor som underlättar respektive försvårar utförande av tvångsåtgärder inom barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård

Elina Jidesjö

Tidigare studier visar att tvångsåtgärder inom barn- och ungdomspsykiatrisk (BUP) slutenvård väcker känslor hos samtliga involverade. Dock finns knapphändigt med forskning inom området. Denna studie syftar till att med utgångspunkt i Krav-resursmodellen undersöka hur vårdpersonal inom BUP slutenvård upplever utförandet av tvångsåtgärder, med fokus på hur krav och resurser kan bidra till att försvåra eller underlätta situationen. Semistrukturerade intervjuer har genomförts med åtta deltagare från sex olika regioner, både sjuksköterskor och skötare, och materialet analyserats tematiskt. Resultaten visar att de krav som försvårar är emotionell påfrestning, andra patienters oro och behov, kollegor som agerar oaksamt, vårdnadshavare på plats och etiska dilemman. Resurser som kan underlätta är rutinerade kollegor, utbildning på arbetsplatsen, tillräcklig bemanning, fysisk arbetsmiljö, samarbete, gemensam reflektion och stöd samt kommunikation med patienten. Studiens resultat belyser tidigare knapphändigt uppmärksammade insikter, som hur oaksamt handhavande av personal kan komma att försvåra, och hur en ständig kommunikation med patienten kan underlätta i situationen.

Keywords: Child and Adolescence Psychiatry, Coercive Measures, Healthcare Professionals, Inpatient care, JDR

Inledning

Barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) slutenvårdsavdelningar finns att tillgå i 15 av 21 regioner över hela Sverige (Uppdrag Psykisk hälsa, 2019). Avdelningarna finns till för samhällets minderåriga patienter som lider av psykisk ohälsa i sådan omfattning att de behöver heldygnsvård. Det kan röra sig om tillstånd som exempelvis psykos, djupa depressioner, självmordstankar eller ätstörningar. Det finns ett antal yrkesprofessioner kopplade till BUP slutenvårdsavdelningar, men den personalgrupp som främst arbetar på plats dygnet runt är skötare, sjuksköterskor och specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor. Det är framförallt dessa yrkesgrupper som därav också utför de tvångsåtgärder som kan komma att krävas. Trots att tvingande åtgärder tillämpas med patientens bästa i fokus och är något som ingår i vårdarens yrkesroll så går det inte att undkomma att det är en emotionellt påfrestande situation för samtliga involverade parter. Denna studie ämnar undersöka hur personal inom BUP slutenvård upplever att arbetsrelaterade faktorer påverkar situationer av tvångsåtgärder till att bli mer eller mindre påfrestande, samt hur arbetsrelaterade faktorer kan hjälpa eller försvåra för personalen att utföra denna typ av arbete på ett så professionellt sätt som möjligt. För att undersöka och definiera arbetsrelaterade faktorer har krav-resursmodellen (fritt översatt till svenska från the Job Demand-Resources model; JD-R) (Bakker & Demerouti, 2007) tillämpats.

Tvångsåtgärder inom Barn- och ungdomspsykiatri

I Sverige år 2018 blev 2694 individer mellan 0 – 18 år inskrivna på BUP slutenvårdsavdelning (Uppdrag Psykisk hälsa, 2019). Utav dessa utsattes 301 patienter för någon form av tvångsåtgärd vid ett eller flera tillfällen, se Tabell 1 (Socialstyrelsen, 2019).

Tabell 1

Antal utförda tvångsåtgärder inom BUP slutenvård 2018 (Socialstyrelsen, 2019)

Åtgärd	Antal utförda åtgärder
Fastspänning	174
Avskiljning	125
Läkemedelstillförsel under fasthållning/fastspänning	161
Inskränkning av elektronisk kommunikation	0
Övervakning av försändelser	0
Kroppsvsitation	11
Ytlig kroppsbesiktning	12

All form av tvångsvård är hårt reglerad utifrån stiftade lagar och för att överhuvudtaget få tillämpa tvångsåtgärder krävs i första hand beslut om tvångsvård, utifrån Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128). Tvångsåtgärder kan se ut på olika sätt men handlar gemensamt om att psykiatri tillämpar vårdande och/eller behandlande åtgärder mot patientens vilja, detta på grund utav dennes psykiska status. Olika former av tvångsåtgärder kan vara fastspänning i bältessäng, avskiljande (exempelvis låsas in i ett rum eller en separat del på avdelningen), läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande, inskränkning av elektronisk kommunikation (exempelvis få restriktioner gällande användning av sin mobiltelefon eller dator), övervakning av försändelser (exempelvis att brev och epostmeddelanden kontrolleras innan de får nå patienten), kroppsvisitation, ytlig kroppsbesiktning (Socialstyrelsen, 2019). Tvångsåtgärder ska vara ett sistahandsalternativ när allt annat provats utan verkan. Det kan röra sig om att en patient skadar sig själv eller andra, försöker rymma, har sönder materiella ting och helt enkelt inte förmår sluta (Socialstyrelsen, 2020). Utifrån en norsk studie av Furre, Sandvik, Friis, Knutzen och Hanssen-Bauer (2016) framgår det att den vanligaste anledningen till att tvångsåtgärd inom BUP slutenvård krävs är att patienten försöker skada andra, den näst vanligaste anledningen är att hen försöker skada sig själv, därefter att patienten förstör materiella ting, försöker rymma och sist utåtagerande beteende.

Tvångsvård: Förklaring och lagstiftning

Tvångslagstiftningar gällande hur samhället ska förhålla sig till psykiskt sjuka medborgare har funnits sedan medeltiden (Internetmedicin, 2020), och de utvecklas kontinuerligt. I Sverige idag är det Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (SFS 1991:1128) som ligger som rättslig grund för tvångsvård och tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård. Tvångsvård enligt LPT innebär att en individ, utifrån sitt psykiska tillstånd, fräntas rättigheten att själv bestämma huruvida vård

ska tillämpas eller ej. Enligt Sveriges rikets lag (SFS 1991:1128) beskrivs förutsättningarna för tvångsvård som följer:

3§ Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

För att tvångsvård enligt LPT ska kunna vara aktuellt krävs alltså att patienten lider av en allvarlig psykisk störning (exempelvis psykos, svåra personlighetsstörningar, maniska skov), bedöms vara i behov av dygnetruntvård (för att skyddas från att fara illa själv eller skada andra), men själv motsätter sig detta. Samtliga av dessa tre kriterier behöver vara uppfyllda för att tvångsvård ska vara aktuellt (Internetmedicin, 2020). Beslut om tvångsvård ska göras utav två legitimerade läkare. Dessa undersöker patienten och utfärdar ett vårdintyg, enligt LPT §4. Vårdintyget fylls i av läkarna i direkt anslutning till intagningsundersökningen och följer sedan med patienten under hela vårdtiden, detta av juridiska skäl. Om patienten motsätter sig kvarstanna tills undersökning gjorts och eventuellt vårdintyg skrivits så kan läkare fatta beslut om kvarhållning tills dess att en ordentlig bedömning kunnat göras (detta enligt LPT §6). Efter att ett vårdintyg utfärdats krävs det att en chefsöverläkare tar ett beslut om fortsatt intagning. Denna prövning behöver ske inom 24 timmar från det att patienten anlant till den aktuella vårdinrättningen, med eller utan utfärdat vårdintyg. Om chefsöverläkaren bedömer att kriterierna för tvångsvård är uppfyllda görs beslut om intagning enligt LPT §6b. Även en patient som blivit inskriven frivilligt kan under vårdtiden komma att bli omhändertagen enligt LPT, om patientens tillstånd eller inställning till vård skulle förändras på ett sätt att de tre kriterierna för tvångsvård uppfylls. Detta benämns som konvertering och går under lagen LPT §11. (Internetmedicin, 2020). Chefsöverläkaren har möjlighet att bedöma att tvångsvård krävs i upp till fyra veckor, men därefter måste ansökan till Förvaltningsrätten göras för eventuell fortsatt vård enligt LPT Att vårdas enligt LPT innebär även att det finns möjlighet för vårdpersonalen att tillämpa tvångsåtgärder. Även dessa är tydligt reglerade i svensk lagstiftning, och ingen tvångsåtgärd får tillämpas utan beslut av läkare (SFS 1991:1128). I juli 2020 skedde lagändringar specifikt kring tvångsvård av minderåriga. Dessa lagändringar syftade till att förbättra och humanisera situationen för barn i behov av tvångsvård, detta utifrån barnrättsperspektivet och barnkonventionen (Prop. 2019/20:84).

19a§ Om det finns en omedelbar fara för att en patient som är under 18 år lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga får patienten spännas fast med bälte. Ett beslut om fastspänning fattas av chefsöverläkaren. Beslutet gäller högst en timme. Tiden för fastspänningen får förlängas genom nya beslut som gäller under högst en timme i taget. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. *Lag (2020:354)*.

20a§ En patient som är under 18 år får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt beteende allvarligt

försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Ett beslut om avskiljande fattas av chefsöverläkaren. Beslutet gäller högst två timmar. Tiden för avskiljandet får förlängas genom nya beslut som gäller under högst två timmar i taget. Hälso- och sjukvårdspersonal ska hålla patienten under fortlöpande uppsikt under den tid patienten hålls avskild. *Lag (2020:354)*.

22b§ Ett beslut om en inskränkning enligt 20b§ (patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster) gäller om patienten är under 18 år, högst en vecka. *Lag (2020:354)*.

22c§ Om en patient som är under 18 år har blivit föremål för någon eller några tvångsåtgärder i form av fastspänning, avskiljning eller inskränkning i sin rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster vid minst tre tillfällen under vårdperioden, ska Inspektionen för vård och omsorg underrättas om dessa åtgärder. *Lag (2020:354)* (SFS 1991:1128)

Utöver lagen finns särskilda föreskrifter från Socialstyrelsen gällande tvångsvård inom psykiatri (SOSFS 2008:18), där det bland annat står skrivet att varje verksamhetschef ansvarar för att upprätta lokala riktlinjer kring utförande av tvångsåtgärder. Detta för att säkerställa att vården utförs i överrensstämmelse med lagen, och för både patientens och personalens säkerhet och trygghet. Enligt en studie av Kjellin och Engström (2006) saknar sju av 24 utav Sveriges BUP kliniker sådana riktlinjer och de riktlinjer som finns på resterande kliniker varierar i omfattning mellan en halv sida till rejäla dokument med handfasta rutiner och instruktioner.

Patientens upplevelse vid tvångsåtgärd

Den forskning som finns att tillgå gällande patienters upplevelser från tvångsvård inom BUP är knapphändig, högst troligt av etiska skäl. I Sverige publicerade dock Barnombudsmannen en rapport 2014 där barn och ungdomars upplevelser och erfarenheter av psykiatrisk vård uppmärksammades. I denna rapport lyftes även upplevelser från specifikt tvångsvård och tvångsåtgärder. Det framgick att barn upplevt tvångsvården som bestraffande och uppfostrande. Situationer med tvångsåtgärder har beskrivits framkalla känslor av maktlöshet och panik, att det är en upplevelse som är både kränkande och som upplevs som övergrepp. Vidare har barn i Barnombudsmannens (2014) rapport uppgett att bemötandet av vårdpersonal har stor betydelse för hur pass traumatisk en tvångssituation kan bli. Ofta har barnen kunnat, åtminstone i efterhand, förstå varför tvångsåtgärd varit nödvändig, men att själva utförandet och bemötandet av tvångsutförande vårdpersonal varit det som upplevts jobbigast. Barnen berättar också om att de ofta upplevt en avsaknad av dialog från vårdpersonalens sida, samtidigt som kommunikation och ett lyssnade öra enligt barn kan vara det som lugnar. Vidare har barn beskrivit hur de upplevt sig missförstådda utav vårdpersonal, vilket föranlett tvångsåtgärder. I rapporten återges en flickas beskrivning av hur hon brusat upp för att hon känt ett desperat behov av närhet, en kram, men då istället blivit fastspänd i bältessäng.

Det finns fler studier med fokus på patienters upplevelser från vuxenpsykiatrisk slutenvård. I en studie av Haglund, Von Knorring och Von Essen (2003) lades fokus på både patientens upplevelse av och sjuksköterskans syn på tvångsmedicinering. Patienterna uttryckte sig ha känt en rädsla för att de skulle dö eller bli sjuka av läkemedlet de tvingades få. Flera deltagare upplevde psykiskt obehag i form av panik, ilska och sorg samt fysiskt obehag. Vidare upplevde deltagarna ha fått sin integritet kränkt (Haglund et al., 2003). Detta återkommer i en studie av Olofsson och Norberg (2000), där patienters och vårdpersonals upplevelser av

tvångsåtgärder belyses. Patienterna i studien uttrycker även där känslan av att ha fått sin integritet kränkt vid tillfället för tvångsåtgärd. De uttrycker sig även ha känt sig misslyckade, osäkra och kaosartade. I båda ovannämnda studier nämner patienterna hur de i tvångssituationen upplevt en avsaknad av kommunikation från vårdpersonalens sida, och hur detta påverkat dem negativt känslomässigt då de inte känt sig hörda/sedda och inte alltid förstått vad som händer eller varför (Haglund et al., 2003; Olofsson & Haglund, 2000). Både i studien av Olofsson och Norberg (2000) och av Haglund et al. (2003) uttrycker även en del av patienterna att de efter tillfrisknande insett att de behövde få den vård de fick, även den av tvångsinslag, men att de i stunden ej kunde ta emot den och därav behövde att någon bestämde det åt dem.

Vårdpersonalens upplevelse vid utförande av tvångsåtgärd

Matthews och Williamson (2015), Pelto-Piri, Engström och Engström (2012) och Fredäng (2007) är några av synnerligen få forskare som utfört studier med syfte att utforska vårdpersonalens perspektiv från BUP slutenvård. Samtliga författare beskriver hur deltagare uppgett sig uppleva utförandet av tvångsåtgärder som känslomässigt och psykiskt påfrestande. Fredäng (2007) genomförde en studie i Sverige med fokus på vårdpersonalens etiska dilemman kopplat till utövande av tvångsåtgärder på barn och ungdomar inom slutenvård psykiatri. Deltagare i studien har uttryckt att utförandet av tvångsåtgärder upplevs vara både obehagligt, fruktansvärt och påfrestande, och att de etiska svårigheterna inte upplevs lika stora som de känslomässiga. Detta så till vida att vårdpersonalen menade på att de visste varför de utförde tvångsåtgärden, och kunde motivera detta för sig själva ur ett etiskt perspektiv, men rent känslomässigt påverkade det dem ändå. Detta återfinns beskrivet även av deltagarna i Pelto-Piri et al.'s (2012) studie. Deltagarna i den engelska studien av Matthews och Williamson (2015) beskriver dessutom dilemman i att försöka leva upp till organisationens krav på att som vårdpersonal vara känslomässigt kontrollerad, samtidigt som tvångssituationer frambringar både en moralisk stress och känslor av empati och omsorg hos aktören, och att denna slitning ger upphov till att vårdpersonalen bränner ut sig. Vidare beskrivs hur vårdpersonal uppgett sig hantera stressen vid utförandet av tvångsåtgärder genom att normalisera utförandet, depersonalisera patienten och koppla bort sina egna känslor, något som även återfinns berättat av deltagare i studien av Fredäng (2007). Det beskrivs i båda nämnda studier hur arbetet med utförande av tvångsåtgärder mot barn gjort vårdpersonalen känslomässigt avtrubbade, som ett sätt att hantera det.

Både Matthews och Williamson (2015) och Pelto-Piri et al. (2012) beskriver hur vårdpersonalen uttryckt en avsaknad av organisatoriska stöd kopplat till utförande av påfrestande situationer i arbetet, exempelvis tvångsåtgärder. Deltagare i studien av Matthews och Williamson (2015) menade att personalen "på golvet" gav ett känslomässigt stöd medan ledningen inte verkade förstå att personalen påverkades utav det arbete de utförde, och det fanns en tydlig avsaknad av stödjande samtal. Deltagare i den omnämnda studien beskriver också hur de känt sig utelämnade i situationer som varit potentiellt farliga, detta på grund av personalbrist (Matthews & Williamson, 2015). Vidare, i studien av Pelto-Piri et al. (2012) framgår det att det inte funnits något socialt stöd från chef på plats vid svåra situationer, som tvångsåtgärder, utan flera deltagare beskrev hur de hanterade känslomässiga arbetsrelaterade trångmål privat med vänner eller familj (Pelto-Piri et al., 2012). Behovet av samtalsstöd för personal efter utförande av tvångsåtgärd beskrivs även i en studie av Olofsson (2005) vara av stor vikt. Här fokuseras främst på reflekterande gruppsamtal tillsammans med personalen som varit med vid utförandet, vilket visade ha positiva effekter för de flesta deltagarna. Vidare, i en studie av Kjellin och Engström (2006) framgår däremot att det är mer vanligt

förekommande med uppföljande samtal med personal efter tvångsåtgärd, och istället mer ovanligt att dessa samtal hålls med patient och vårdnadshavare.

Det finns fler studier gällande vårdpersonalens upplevelser av tvångsåtgärder inom vuxenpsykiatrisk slutenvård, och vårdpersonalens upplevelser i dessa studier tenderar att skilja sig åt mer så till vida att vårdpersonalen är av olika åsikt i större utsträckning. I tidigare omnämnd studie av Olofsson och Haglund (2000) menar viss vårdpersonal att tvångsåtgärder är något negativt och att det är en ovärdig situation både för patient och vårdpersonal. Dock menar annan vårdpersonal i samma studie att de positiva aspekterna av tvångsåtgärder väger upp för de negativa. Vidare uttrycker deltagare i en brasiliansk studie att utförandet av tvångsåtgärder är både utmanande, riskabelt och ger upphov till konflikter i arbetsgruppen (Vedana, da Silva, Ventura, Giaccon, Zanetti, Miasso & Borges, 2018). Utöver detta menar vissa utav deltagarna att utförande av tvångsåtgärder ger upphov till både ångest, oro, efterföljande sömnproblem, nedstämdhet och känslomässig vånda hos vårdpersonalen, medan vissa enbart belyser hur de ser tvångsåtgärderna som en trygghet för att ej bli tillfogade fysisk skada av patienter. Nämnvärt är att deltagare i studien av Vedana et al. (2018) nämner sina kollegor som en faktor som skapar oro hos dem själva, då vissa upplevs använda sig av tvångsåtgärder på ett oaktsamt sätt, som ett sätt att straffa patienten.

Det kan även nämnas att i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) finns sedan 2016 en specifik paragraf, 11§, gällande starkt psykiskt påfrestande arbete. Där framgår att arbetsgivare inom psykiskt påfrestande arbeten, exempelvis psykiatrisk vård, ska vidta åtgärder för att motverka att arbetsuppgifter och arbetssituationer leder till ohälsa hos personalen. Som förslag på åtgärder nämns samtalsstöd och handledning, information och utbildning, socialt stöd från andra arbetstagare och rutiner för att hantera krävande situationer. Utifrån krav-resurs-modellen (Bakker & Demerouti, 2007) kan dessa typer av åtgärder ses som resurser i arbetet som hjälper de anställda att hantera de krav i arbetet som ställs på dem.

Arbetsrelaterade faktorer enligt krav-resursmodellen

Krav-resursmodellen är en arbetsrelaterad stressmodell som föreslår att det inom alla yrkeskategorier finns olika slags *krav* som den anställde ställs inför och det finns *resurser* som kan underlätta för den anställde (Bakker & Demerouti, 2007). Exempel på krav i arbetet är hög arbetsbelastning, tidspress, ogynnsam fysisk arbetsmiljö, känslomässigt påfrestande kontakter, högt ställda krav, oklara förväntningar på yrkesrollen, otillräcklig möjlighet till återhämtning och så vidare. Exempel på resurser i arbetet kan vara socialt stöd från såväl kollegor som chef, tydlighet i arbetsbets-/rollbeskrivning, hanterbar nivå på arbetsuppgifter, utvecklingsmöjligheter, tydlig återkoppling från chef, tydliga mål, arbetssäkerhet, lön, kompetens, möjlighet till påverkan och inflytande och så vidare. Det sociala stödet nämner Bakker och Demerouti (2007) som en av de mest betydande resurserna, vilket stärks utifrån den genomgång som gjorts av tidigare forskning där det sociala stödet identifieras som den en av de mest betydande resurserna (Kjellin & Engström, 2006; Matthews & Williamson, 2015; Pelto-Piri et al., 2012; Olofsson, 2005). Krav-resursmodellen är kontextuell i meningen att det i olika typer av yrken kan vara olika typer av krav, liksom olika typer av resurser, som är de mest relevanta vad gäller betydelsen för de anställdas hälsa och välbefinnande i arbetet. För att kunna undersöka balansen mellan krav och resurser i en given yrkesgrupp innebär det då att först identifiera viktiga krav och resurser i denna typ av yrke (Bakker & Demerouti, 2007). Föreliggande studie är inspirerad av krav-resursmodellen så till vida att ett specifikt arbetsinnehåll, att utföra tvångsåtgärder, undersöks ur ett krav-resursperspektiv.

Syfte och frågeställning

Den forskning som idag finns att tillgå rörande arbetet på BUP och tvångsvård ur vårdpersonalens perspektiv är tämligen knapphändig. Tvångsåtgärder som specifik förebyggelse är enligt tidigare forskning emotionellt påfrestande för samtliga inblandade och en speciell situation, men trots det en situation som ändå är ofrånkomlig inom slutenvårdspsykiatrin. Denna studie syftar därför till fylla i kunskapsluckor och bidra till en ökad förståelse för hur vårdpersonal upplever att de har möjlighet att hantera dessa situationer, samt vilken betydelse brist eller tillgång till arbetsrelaterade resurser har för personalen att hantera detta specifika kravet yrkesrollen kräver. Ju bättre förutsättningar och möjligheter vårdpersonalen har till att genomföra en tvångsåtgärd på ett professionellt sätt, desto mer värdig bör situationen också bli för patienten. Förhoppningen är att kunna identifiera arbetsrelaterade faktorer som skulle vara möjliga att förändra och förbättra för att göra de påfrestande situationerna om än lite mer humana och påfrestande för samtliga inblandade parter. Studien syfte kan specificeras i följande två frågeställningar:

- Vilka krav i arbetet påverkar vid utförandet av tvångsåtgärder och gör situationen mer påfrestande?
- Vilka resurser i arbetet påverkar vid utförandet av tvångsåtgärder och gör situationen mer eller mindre påfrestande?

Metod

Urval och deltagare

I urvalsprocessen togs tre specifika kriterier som krav för deltagande i studien. Enligt McBurney och White (2010) är detta att benämna som målinriktat urval. Kriterierna för urvalsgruppen var att deltagarna skulle arbeta på en BUP slutenvårdsavdelning, ha yrkesbefattningen skötare eller sjuksköterska samt ha deltagit vid utförandet av minst *tre* tvångsåtgärder på avdelningen. Utifrån detta uppnås en intern homogenitet i urvalsgruppen så tillvida att samtliga deltagare arbetar på samma slags arbetsplats, medan intern heterogenitet uppnås genom att eftersträva variation i deltagargruppen avseende ålder, kön, och erfarenhet i yrket (McBurney & White, 2010). För att minimera risken att deltagare eventuellt skulle uppleva en lojalitetskonflikt gentemot sin arbetsplats utifrån vad de eventuellt bör och inte bör säga, så har rekryteringen av deltagare skett direkt via de anställda och ej via arbetsplatsernas ledning. Ambitionen har även varit att rekrytera deltagare från olika regioner för att få en geografisk spridning och därmed öka generaliserbarheten för studien (Kvale & Brinkmann, 2014). För att nå potentiella deltagare har Kommunals fackförbund för vårdanställda kontaktats i 16 olika regioner med förhoppning om att de skulle kunna förmedla kontakt, och även Vårdförbundet har kontaktats i samma syfte. Vidare har deltagare sökts via slutna grupper på Facebook som riktat sig till rätt målgrupp. De Facebook-grupper som använts i rekryteringen är ”Skötare i psykiatrin”, ”Sjuksköterskan”, ”Skötare och andra inom psykiatrin”, ”Psykiatrisjuksköterska och stolt!”, samtliga slutna grupper till för respektive yrkesgrupp. Sökningar har även gjorts på LinkedIn utifrån arbetsplats ”BUP” samt ”barn- och ungdomspsykiatri”. Individer som angett sig vara anställda på dessa arbetsplatser har sedan kontaktats via sidans meddelandefunktion med förfrågan om deltagande i studien. Slutligen har bekanta och vänner bekanta som arbetar inom relevant sektor tillfrågats om deltagande.

Under hela urvalsprocessen har samtliga tillfrågade potentiella deltagare ombetts sprida informationen om studien vidare, i en förhoppning om att kunna värva fler deltagare genom en eventuell snöbollseffekt (Kvale & Brinkmann, 2014). Sammanslaget tillfrågades cirka 50 vårdpersonal inom BUP slutenvård personligen, och utöver det lades en öppen förfrågan ut i de omnämnda facebookgrupperna, som i sin tur hade mellan 636 – 33.000 medlemmar. Den slutgiltiga deltagargruppen kom att bestå av åtta vårdpersonal (N=8) varav fem skötare och tre sjuksköterskor (inräknat specialistutbildad psykiatrisjuksköterska samt sjuksköterska med sektionsledarroll), se Tabell 2. Utifrån det antal individer som blivit tillfrågade och delgetts möjligheten att delta i studien talar detta slutliga deltagarantal för ett stort individbortfall. Samtliga deltagare var anställda inom BUP slutenvård i Sverige, i sex olika regioner. I studien uppges ej vem av deltagarna som arbetar i vilken region, och inte heller åldern på var och en av deltagarna. Detta med deltagarnas trygghet och konfidentialitet i beaktning (Vetenskapsrådet, 2017). Enbart två av åtta deltagare (en i varje yrkesgrupp) var män, vilket relativt väl speglar hur könsfördelningen de facto ser ut inom sjukvården. Detta utifrån Socialstyrelsens rapport om könsfördelning inom hälsa- och sjukvårdspersonal som 2018 visade på att 88% av landets sjuksköterskor då var kvinnor och 12% män (Socialstyrelsen, 2020). Åldersspridningen hos deltagarna var mellan 32–47 år, med en medelålder på 40 år.

Tabell 2

Sammanfattning av studiens deltagare och bakgrundsdata

Deltagare	Kön	Yrkesbefattning	Arbetat c:a antal år i BUP slutenvård
Lena	Kvinna	Skötare	15
Maria	Kvinna	Skötare	7
Daniella	Kvinna	Skötare	7
Frida	Kvinna	Skötare	2
Peter	Man	Skötare	2
Stina	Kvinna	Sjuksköterska	7
Katja	Kvinna	Sjuksköterska	6
Anders	Man	Sjuksköterska	8

Material

Studiens empiriska material inhämtades med hjälp utav semistrukturerade intervjuer, utifrån en kvalitativ ansats. Detta med syfte att komma så nära deltagarna och deras erfarenhet, upplevelser och livsvärld som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2014). Utifrån studiens syfte skapades en intervjuguide som studiens ansvarige utgick ifrån vid intervjuerna. Intervjuguiden började med ett antal bakgrundsfrågor så som ålder, kön, yrkesbefattning, antal år arbetade i BUP slutenvård, antal år arbetade inom psykiatri. Därefter följde 10 huvudfrågor, som exempelvis ”Kan du berätta om några utav de tvångsåtgärder som ni på avdelningen kan använda er utav?”. Var och en utav dessa frågor hade ett antal uppföljande frågor, som exempelvis ”Kan du berätta vad som hände?”, ”Hur tänker du kring det?”. De 10 huvudfrågorna ställdes till varje deltagare, medan de uppföljande frågorna tillämpades utifrån vad som passade i var och en av intervjusituationerna. Vid konstruktionen av intervjuguiden togs det i beaktning att samtliga frågor skulle formuleras på ett öppet sätt, så tillvida att de ej kunde uppfattas som ledande åt något håll. När deltagarna bett om vidare förklaring av den

ställda intervjufrågan har resultat från tidigare forskning samt svar från andra deltagare i intervjun exemplifierats. Ambitionen var även att i intervjusituationen konstruera och ställa följdfrågor utifrån vad intervjupersonen berättade, något som Kvale och Brinkmann (2014) benämner som andrafrågor. Under intervjuernas gång har tystnad och pauser medvetet använts och bejakats för att ge deltagarna utrymme att tänka efter och reflektera, och på så vis förhoppningsvis finna mer saker att delge (Kvale & Brinkmann, 2014).

Samtliga intervjuer spelades in för att sedan kunna transkriberas. Inspelningarna startades vid första intervjufrågan och avslutades efter sista intervjufrågan, varvid dialog mellan intervjuare och deltagare pågick både före och efter själva inspelningen. Intervjuerna varade i mellan 32 – 66 minuter, och det transkriberade materialet omfattar totalt 59 sidor text (textstorlek 12, enkelt radavstånd).

Procedur

I en första kontakt med deltagarna (i personlig förfrågan om deltagande, samt i det öppna inlägget till facebook-grupperna) har grundläggande information om studien delgetts, så som studiens syfte, att studien är ett examensarbete, hur deltagarkriterierna ser ut, att intervjuerna som kommer ske beräknas ta mellan 45–60 minuter. På grund utav rådande Covid19-pandemi och regeringens utfärdade riktlinjer om social avhållsamhet så informeras deltagarna redan i missivbrevet om att samtliga intervjuer kommer att ske via telefon för båda parter trygghet (Folkhälsomyndigheten, 2020). I ett senare skede då intresserade respondenter återkopplade direkt till studiens ansvarige kontrollerades att aktuell respondent uppfyllde kriterierna för deltagande i studien. Missivbrev skickades ut till godkända respondenter, vilket i sig innehöll mer omfattande information om studien än vad som givits i den första kontakten. I detta skede inhämtades informerat samtycke och konfidentiella aspekter förklarades för de deltagande, detta i enighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2017). Därefter bokades telefonintervju in med respektive deltagare.

Vid telefonintervjuerna ringde studiens ansvarige upp aktuell respondent och började samtalet med lite kallprat för att på så vis försöka uppnå en mer avslappnad stämning. Därefter beskrev studiens ansvarige återigen syftet med studien, betonade att samtlig information som framkommer kommer att hållas konfidentiellt enligt de forskningsetiska principerna, och bad sedan om tillåtelse att spela in intervjun. Här poängterades även att efter att studien genomförts och examinerats kommer ljudinspelningen att destroyeras, och att i studien kommer omnämnda namn och platser anonymiseras. Efter detta slutliga steg påbörjades inspelningen och intervjun påbörjades enligt intervjuguiden.

Databearbetning

De inspelade intervjuerna har bearbetats i första hand genom transkribering, vilket innebär att ljudinspelningarna har lyssnats på och samtidigt skrivits ner ordagrant, dock med vissa undantag. Uttalanden som ”hm”, ”eh”, ”mm” samt upprepningar har utelämnats vid transkriberingen. Även när ett och samma ord upprepats två eller flera gånger efter varandra har upprepningen utelämnats. Detta med avsikt att få en mer lättläst och sammanhängande text (Kvale & Brinkmann, 2014). Utifrån en etisk synpunkt har deltagarna redan vid transkriberingsfasen givits fingerade namn, och omnämnande av städer och specifika arbetsplatser har omformulerats till exempelvis ”Staden” och ”Sjukhuset”. Ett par utav deltagarna önskade få se transkriberingarna i sin helhet när de var genomförda för att känna

sig trygga i att deras identitet ej kunde härledas, varpå transkriberingarna mailades till dessa deltagare innan vidare bearbetning påbörjades. Transkriberingen har skett löpande och i direkt anslutning till respektive intervju.

För att analysera bearbetade data tillämpades tematisk analys utifrån Braun och Clarkes (2008) sex steg, med syftet att finna mönster och teman i de genomförda intervjuerna. Då studiens syftade till att identifiera krav och resurser har samtliga transkriberade intervjuer lästs igenom upprepade gånger på datorn. Varje omnämnt krav samt resurs färgkodades och för att enkelt kunna särskilja vem som sagt vad tilldelades varje intervju/deltagare en specifik färg. I nästa steg kopierades samtliga färgkodade stycken in i ett nytt dokument och delades därifrån upp utifrån om utifrån deltagarnas utsagor var att benämna som krav eller resurser. Därefter meningskoncentrerades styckena, det vill säga att överflödigt text plockades bort så att enbart den huvudsakliga och relevanta informationen för respektive tema kvarstod (Kvale & Brinkmann, 2014). I ett slutligt skede av tematiseringen sorterades samtliga krav och resurser utifrån vad uttalandet berörde, varpå internt homogena men externt heterogena teman kunde identifieras (Braun & Clarke, 2008).

Utifrån de olika färgkodningarna var det möjligt att se hur många av deltagarna som omnämnt ett och samma krav eller resurs. Som sista steg tilldelades temana relevanta benämningar utifrån innehållet.

Resultat

Resultatet presenteras i två avsnitt utifrån studiens frågeställningar. Det första avsnittet avser behandla studiens första frågeställning gällande krav som påverkar vid utförande av tvångsåtgärder, och de teman som identifierats. Det andra avsnittet behandlar studiens andra frågeställning gällande resurser som påverkar vid utförandet av tvångsåtgärder, och de teman som identifierats. En sammanställning av samtliga teman i relation till respektive frågeställning presenteras i Tabell 3.

Återgivna citat har under resultatbearbetningen formulerats om från talspråk till skriftspråk för att göra texten mer lättläst (Kvale & Brinkmann, 2014). Även meningsbyggnad har till viss del bearbetats så att citaten är begripliga trots att de är tagna ur sitt sammanhang. Samtidig bearbetning av citat har dock gjorts utan att innebörden i respondenternas utsagor påverkats.

Tabell 3

Sammanfattning av identifierade teman i utifrån studiens frågeställningar

Frågeställning	Teman
Vilka krav i arbetet påverkar vid utförandet av tvångsåtgärder och gör situationen mer påfrestande?	Emotionell påfrestning Etiska dilemman Andra patienters oro och behov Vårdnadshavare på plats Etiska dilemman
Vilka resurser i arbetet påverkar vid utförandet av tvångsåtgärder och gör situationen mindre påfrestande?	Rutinerade kollegor Fysisk arbetsmiljö Bemanning Samarbete

Krav som påverkar utförandet

I intervjuerna med deltagarna utkristalliserade sig fem krav som omnämndes försvåra utförandet av tvångsåtgärder. Dessa var emotionell påfrestning, kollegor som agerar oaktsamt, andra patienters oro och behov, vårdnadshavare på plats och etiska dilemman. Det kan även nämnas att deltagarna var samstämmiga

Emotionell påfrestning. Det framgår i deltagarnas utsagor att känslomässig påverkan är så gott som oundvikligt vid utförande av tvångsåtgärder, och att det i sig är en faktor som kan bidra till att göra situationen svår. En deltagare beskriver att framförallt tvångssituationer då patienten är nära hennes egna barn åldersmässigt blir enormt jobbiga känslomässigt, då det kommer nära på ett personligt sätt. Den emotionella påverkan beskrivs drabba deltagarna oavsett om själva utförandet av tvångsåtgärden gått bra utifrån att kringfaktorer varit väl fungerande, och trots att deltagarna beskriver att de vet om att tvångsåtgärder i vissa fall är helt nödvändiga: ”Hur det än är så väcker det ju mycket tankar och känslor, och man blir ju emotionellt påverkad av att utföra tvångsåtgärder gentemot en annan människa.” Deltagare beskriver även att det faktum att det rör sig om ett barn tenderar att göra den emotionella påfrestningen mer påtaglig än om det rör sig om en vuxen individ: ”... jag tycker generellt att det är väldigt påfrestande känslomässigt att spanna fast ett barn, så jag har haft ganska jobbigt med det.”

En av studiens deltagare menar att denna emotionella påverkan på personalen tenderar att påverka patienten negativt i tvångssituationen:

Vissa kollegor kan ju tycka att situationen blir jobbig och då börjar de prata om all möjlig skit, och det är i mina ögon inte gynnande för patienten, att man pratar om vad man ska göra i eftermiddag eller vad man ska göra i helgen.

Samma deltagare beskriver också att det finns en fara i att gå på sin känsla och utan patientens godkännande exempelvis hålla denne i handen under åtgärden för att man själv vill känna att det känns bra och tröstande. Patienten kanske känner något helt annat och upplever det obehagligt att bli vidrörd under tiden hen är fastspänd. En annan deltagare beskriver å andra sidan hur det kan kännas trösterikt för personalen att prata med patienten samt beröra denne under utförandet, exempelvis stryka över håret eller hålla i handen. Denne deltagare menar också att det kan vara positivt att i situationen visa patienten att man själv också blir känslomässigt påverkad. Utav studiens åtta deltagare beskriver endast en deltagare hur hon inte påverkas känslomässigt av att utföra tvångsåtgärder:

I och med att jag jobbat så länge (15 år) har jag ju bältat jättemycket. Efteråt tycker jag inte att det känns jobbigt för min del. Det kanske låter lite knasigt att jag inte blir ledsen eller så i efterhand, det tycker jag med, men så är det. Jag vet ju varför man gör det och man gör det ju inte i första hand.

Kollegor som agerar oaktsamt. Merparten av studiens deltagare berättar om hur de upplevt kollegors handhavande och agerande gentemot patienten som oaktsamt, något som påverkat

både patienten och personalen negativt i situationen. Oaktsamheten kan dessutom vara en risk för skada. Deltagare beskriver hur de upplevt kollegor vara hårdhänta, ta till mer styrka än vad situationen krävt och agerat gränslöst.

Vi larmade och det kom jättemycket personal, framförallt lite större, starka män som tyckte att de skulle ta över situationen och gå in på ett sätt som blev onödigt hårt kan jag tycka. Patienten uttryckte även efteråt att hen var rädd utifrån hur framförallt de här männen agerade i situationen.

Det framgår även att det oaktsamma agerandet främst upplevts gälla de kollegor som kommit från vuxenpsykiatriska avdelningarna vid situationer som krävt förstärkning, att de tenderar att ta över situationen på ett sätt som personalen ej är bekväm med: ”De har en stor brist på förståelse tycker jag. Det ska dundras på och det ska göras under hårdhänta former. Jag upplever nog att de är mer hårdhänta och mer gränslösa så.” Fyra av de fem deltagare som omnämner detta oaktsamma handhavande som en negativt bidragande faktor betonar att det främst upplevts röra kollegor av manligt kön:

Min spontana känsla är att det i många lägen kan vara lättare för kvinnlig personal att ställa om till att vara mer försiktig, för absolut har det ju varit lägen då man känt att ”oj oj, lugn här nu!”.

En deltagare beskriver även hur en kollega agerat vårdslöst gentemot en patient, och senare uttryckt att han förstod att det var fel, men att han fått adrenalinpåslag och agerat utan att tänka.

Andra patienters oro och behov. Det framgår att merparten av deltagarna upplever att situationen påverkas negativt när de vet att det finns andra patienter på avdelningen, att det då är svårt att ha hela sitt fokus med sig i situationen. Deltagare menar att det ger upphov till stress att veta att övriga patienter påverkas av att behöva höra/se en medpatient utsättas för tvång: ”De andra patienterna blir ju rädda och skrädda också.”

Deltagare beskriver även hur det blir en stress att försöka försäkra sig om att någon ur personalgruppen finns till hands även för de övriga patienterna:

Det kan vara en stressande faktor att man inte hinner med de övriga patienterna, att alla resurser går åt den patienten som är i behov av tvångsåtgärden. Det behövs någon som kan ta hand om de andra patienterna för att personalen som är i situationen ska kunna släppa det och bara fokusera på vad de gör.

Det finns även beskrivet av deltagare att det kan vara en försvårande omständighet när en patient agerar ut i miljön ute bland andra patienter, utifrån att de kan bli väldigt påverkade av vad de kan få bevittna.

Vårdnadshavare på plats. Hälften av studiens deltagare beskriver att patientens vårdnadshavare på plats kan bidra till en försvårad situation när tvångsåtgärd behöver tillämpas, detta utifrån att de kan lägga sig i och försöka avstyra situationen samt det faktum att det blir känslomässigt påfrestande för både patient och vårdnadshavare att vara tillsammans i en sådan situation.

Vi brukar ta iväg vårdnadshavarna till en annan del av avdelningen när tvångsåtgärden utförs, och försöker verkligen uppmuntra till att vi inte vill ha en vårdnadshavare i

närheten. Dels för att det kan vara triggnande och att det givetvis är en väldigt tuff situation, bara att tänka realistiskt när man ser att någon utför tvång på ens barn.

Deltagare beskriver att vårdnadshavare kan ha svårt att förstå varför en tvångsåtgärd behöver tillämpas och vill vara nära och skydda sitt barn i dessa situationer: ”Man får försöka få föräldern att förstå varför vi gör som vi gör.” En av deltagarna beskriver att hon upplever det påfrestande och svårt att behöva avhysa vårdnadshavarna, som de annars önskar ska vara delaktiga i patientens vård, men att hon samtidigt anser det vara helt rätt att vårdnadshavare inte ska vara med vid dessa specifika situationer. Vidare är sju av studiens åtta deltagare av åsikten att vårdnadshavare inte ska närvara vid tvångssituationer för att på så sätt underlätta för både patient, personal och vårdnadshavare. Den deltagare som är ambivalent i frågan beskriver:

Jag hade vid något tillfälle en förälder som hjälpte till och bälta. Sen så fick vi ju reda på att det hade varit övergrepp i den familjen. Och det kändes ju inte bra... Då har ju vi varit med och hjälpt till och hålla fast den här patienten, och föräldern har varit med i det sammanhanget, och sen har det hänt ännu mer saker hemma. Innan det kände jag att det kanske till och med var bra om föräldrarna var med, men efter det så har jag ju tänkt om lite där, och känner att vi vet ju inte alls vad som händer hemma, så det kanske inte alls är bra.

Deltagaren menar dock att det trots händelsen inte införts några riktlinjer på avdelningen kring vårdnadshavares eventuella delaktighet vid utförande av tvångsåtgärd.

Etiska dilemman. Att i vissa fall behöva utföra tvångsåtgärder som man inte själv anser är befogade eller rätt för patienten beskriver deltagare som en försvärande faktor i utförandet av tvångsåtgärder. Två deltagare beskriver en frustration och maktlöshet över att de måste agera i enlighet med läkarens beslut, trots att de själva inte står bakom beslutet:

Ibland ger läkaren upp, om det till exempel är en jourläkare eller så som inte känner patienten så väljer de istället att tvångsmedicinera trots att vi på avdelningen känner att vi har koll på läget. Det är en jättefrustration!

Samma deltagare beskriver hur han upprepade gånger bevittnat hur patienter utvecklat ett beroende av den lugnade medicin som ges vid tvångsmedicinering, att de satt i system att agera ut på ett visst sätt för att de då vet att de kommer få injektionen som leder till det rus de vill åt. Även detta beskriver deltagaren som en svår och frustrerande situation att stå på sidan av och se utan att kunna göra något åt läkarens beslut. Det beskrivs även av deltagare hur han upplevt avdelningens egna rutiner som tvivelaktiga rent etiskt, något som gjort det svårt för honom vid utförandet:

Vi arbetar lite mer med fasthållning snarare än att direkt bälteslägga eller injicera. För att använda det som en slags mellanväg kan man väl se det som. Jag vet inte om jag tycker det är en mellanväg... Men det är i alla fall så vi jobbar.

En annan deltagare beskriver även hur hon haft kollegor som ansett tvångsåtgärder vara rakt igenom oetiskt och därav vägrat utföra dess, men tillslut gjort det ytterst motvilligt, vilket skapat en otrygghet för samtliga inblandade i situationen.

Resurser som påverkar utförandet

Analysen av resurser i arbetet som underlättar situationen vid utförande av tvångsåtgärd resulterade i identifiering av sju teman. Dessa var rutinerade kollegor, bemanning, samarbete, utbildning på arbetsplatsen, gemensam reflektion och stöd samt extern förstärkning.

Rutinerade kollegor. Samtliga av studiens deltagare beskriver hur det är en nästintill avgörande resurs att de kollegor man har med sig i situationen är rutinerade, vet vad de ska göra, hur de ska göra, hur riktlinjer och rutiner ser ut. Detta för att utförandet av tvångsåtgärden ska gå snabbt och smidigt till när det väl gäller och krävs. En deltagare menar att det även direkt påverkar patienten i situationen om personalen har koll på läget och vet vad hen ska göra:

Om jag är trygg i situationen och vet vad jag ska göra så känner förhoppningsvis också patienten det, att jag kan behålla mitt lugn och att jag stråla ut eller signalera någon slags trygghet även om det såklart är en jättepåfrestande situation för hen att vara i.

En annan deltagare beskriver uttryckligen att ”rutinerad personal försvårar, rutinerad personal underlättar. Vet man vilka man jobbar med så vet man i förväg hur en bältning kommer gå.” Vid avsaknad av resursen, när kompetensen brister, vittnar flertalet deltagare om hur de upplevt att det bidragit till otrygga och farliga situationer: ”Vid en bältesläggning hade bältena inte varit tillräckligt hårt åtdragna, så patienten kunde agera ut mot både sig själv och personal för det hade inte spänts åt tillräckligt hårt helt enkelt.” I deltagarnas berättelser framgår det även hur det kan bli till något negativt och riskfyllt med för mycket ny personal på plats, framförallt under situationer som kräver tvångsåtgärder. En deltagare menar på att hon många gånger upplevt det som en stress att utföra tvångsåtgärder ihop med helt nya kollegor eller för många nya kollegor, då hon känt ett ansvar att i situationen ha koll både på patienten och på den nya personalen. Deltagare beskriver även en komplexitet inför det faktum att oavsett hur rutinerad och erfaren man är så går det ändå aldrig att förutspå hur man kommer att reagera i en viss situation. Detta utifrån att det är en väldigt speciell situation och det är så mycket mer än bara erfarenhet och rutin som spelar in, exempelvis egen dagsform och mående, vilken patient det rör sig om samt hur situationen i stort ser ut.

Fysisk arbetsmiljö. Mer än hälften av studiens deltagare beskriver hur en ändamålsenlig fysisk arbetsmiljö är en betydande resurs i situationer som kräver tvångsåtgärder, och att det i vissa fall kan vara rent avgörande för vad för slags tvångsåtgärd man kan tillämpa. Betydande faktorer i den fysiska arbetsmiljön kan vara exempelvis bältesängens tillgänglighet, avdelningens utformning, storlek på lokaler och dörrhåll.

Bältesängen måste vara lättillgänglig, för när det är bråttom är det viktigt att det går snabbt. Är den svårtillgänglig blir det inte tryggt, det är jätteviktigt att det går undan! Om det föreligger en bältesituation så är det ju något fruktansvärt allvarligt som kommer hända om man inte utför den här åtgärden!

Flertalet deltagare beskriver även att det optimala för en avdelning är att det finns möjlighet att avgränsa så att man har en LPT-del. Detta för att bland annat kunna avskilja en patient vid behov, men utan att hen behöver avskiljas på en så liten yta som bara sitt rum. En deltagare beskriver hur det underlättat i situationer av fastspänning efter att de sett över förvaringen av material som behövs och tillhör bältesängen:

Vi har våra låsknappar till bältessängen hängande i en liten påse på sängen så att man har dem nära till hands hela tiden. Tidigare, innan vi skaffade den här påsen, så låg låsknapparna i fönstret inne i vårt bältesrum och det var ju inte så bra för de kunde ju vara på villovägar och man hittade dem inte. Det är viktigt att det finns nära till hands, sådana saker.

Ytterligare en deltagare beskriver hur det kan påverka andra patienter negativt när det är för lyhört på avdelningen och om rummen ligger för nära varandra: ”Om vi bältade en patient i ett rum och så hade vi en patient i rummet mittemot så hörde de ju allting, och de blir ju såklart påverkade av det.”. Samma deltagare beskriver hur det kan påverka en situation av tvångsåtgärd negativt och bli potentiellt farligt när patientrummen inte är stora nog:

Vissa av rummen är så små och det kan vara två sängar därinne så det kan vara väldigt svårt att hantera såna här situationer. Att det blir för trångt helt enkelt, ofta vid en fasthållning, och senare vid en eventuell bältesläggning ska ju patienten också transporteras ut från rummet och in till bältessängen. Då finns det ju risk att man snubblar, att man tappar greppet.

Vidare beskriver två av deltagarna hur det försvårat situationen då de av olika anledningar inte haft tillgång till bältessäng på avdelningen. En av deltagarna berättar:

En patient agerade ut och vi fick hålla fast hen under väldigt lång tid innan vår bältessäng kom vilket jag också tyckte ställde till bekymmer, för patienten framförallt. Hen hade en känd problematik av närkontakt med andra människor. Det blev inte bra.

Bemannning. Samtliga av studiens åtta deltagare är eniga i att en god bemanning är en förutsättning för att kunna utföra en tvångsåtgärd på ett bra och säkert sätt. Det behöver finnas tillräckligt med personal hos den aktuella patienten, och personal som kan ta hand om övriga patienter och anhöriga på avdelningen. En av deltagarna beskriver hur hon tydligt kan se att graden av bemanning påverkar utförandet av tvångsåtgärder:

När vi väl hamnar i att behöva utföra en tvångsåtgärd kan jag tydligt se en skillnad en dag när vi är mer personal kontra en dag när vi är färre i personalen. Att det blir en större påfrestning när vi är färre personal och att det blir lättare att alla agerar professionellt i en sån situation då vi är fler.

Fler än hälften av deltagarna beskriver hur de ser att brist på bemanning är en riskfaktor i situationer av tvångsåtgärder, då det kan bli en potentiellt farlig situation med risk för skada både för patient och personal. Hälften av studiens deltagare beskriver att det finns en riktlinje gällande att man ska vara minst fem personal vid exempelvis fastspänning, detta utifrån att en ska hålla patientens huvud och resterande fyra hålla varsin extremitet på patienten.

Vid en fastspänning ska man vara minst fem personal för att det ska gå rätt till. Det ska vara en som är lite arbetsledare och man ska vara tillräckligt med personal för att det ska gå så smidigt till som möjligt och bli så lite trauma för patienten som möjligt.

Dessa deltagare beskriver även hur de ofta upplever att det inte är möjligt att tillgodose riktlinjen om minst fem personal vid fastspänning. Detta utifrån att bemanningen brister och det inte finns personal så det räcker, varpå både patientens och personalens säkerhet blir lidande.

Vissa arbetspass jobbar man ju två personal, det är omöjligt att kunna ta hand om både den patienten som man behöver utföra en tvångsåtgärd på och samtidigt ta hand om övriga patienter på avdelningen. Ekvationen går inte ihop.

Samtliga deltagare i studien beskriver hur de är utrustade med personliga larmdosor för att snabbt kunna påkalla hjälp från närliggande avdelningar, vilket ofta behövs i samband med tvångsåtgärder. Samtliga menar att det är något som behövs för allas säkerhet och trygghet i situationer som kräver fler personal än vad som finns att tillgå på avdelningen.

Jag är väldigt tacksam för att systemet ser ut som det gör för det gör ju att jag kan känna mig trygg i att jag alltid har någon som backar upp mig i de här situationerna. Jag behöver aldrig vara ensam, det finns alltid någon som kan komma och stötta mig.

Nästan hälften av deltagarna beskriver positiva upplevelser av den förstärkning de får från kringliggande psykiatriska avdelningar. Deltagare menar att den personal som kommer är från vuxenpsykiatri, och att de har större erfarenhet av tvångsåtgärder än vad man har på BUP, och att de ändå lyssnar in personalen på BUP och finns behjälpliga på deras direktiv.

Jag upplever att det funderar jättebra, de är lyhörda och det har inte varit några svårigheter för att de har lärt sig på ett annat sätt eller så. De kommer in och följer order, de gör det de blir tillsagda att göra och det har funkat jättebra!

Fler av hälften av deltagarna beskriver däremot hur de upplever att personalen som kommer vid larm ofta tar över situationen, kör sitt eget race och har en låg toleransnivå, något deltagarna upplever påverkar situationen negativt:

Jag tänker att det skiljer sig endel i hur man ser på det här med tvångsåtgärder mellan vuxenpsykiatri och barnpsykiatri. Inom vuxenpsykiatri så känns det som att de kanske är mer vana med tvångsåtgärder, det är lägre tolerans och man kan hamna i diskussioner för att de inte förstår varför man ska försöka prata med patienten innan det blir en tvångsåtgärd utförd. Så det kan ju bli en krock.

Vidare beskriver en annan deltagare hur hon upplever personal från vuxenpsykiatriska avdelningarna ha en lägre toleransnivå:

Vi på BUP försöker ju i alla fall att lirka lite först, vi gör ju allt i vår makt för att patienten inte ska hamna i bälte, men personalen från vuxenpsykiatri är det annat med. Larmar vi då är det bältning till hundra procent enligt dem, men ofta behöver det inte vara så, ibland behöver det bara komma lite mer personal till avdelningen och då lugnar patienten ner sig bara av det. Men jag upplever att personalen från vuxenpsykiatri tycker att när vi larmar på dem så är det bältning som gäller eller så är det slöseri på deras tid att de kommer.

Ett par deltagare berättar att larmet även går till väktare som cirkulerar i området. En av deltagarna beskriver väktarens närhet som en trygghet, och att hen håller sig i bakgrunden och enbart griper in om hen blir ombedd av personalen eller ser att personalen kommer till skada. Gällande brist på resurser i form av extern förstärkning beskriver två deltagare från olika regioner hur de tidigare inte haft några närliggande avdelningar eller annan personal att tillgå, vilket gett upphov till mer riskfyllda situationer när turbulenta situationer förelegat.

Deltagarna beskriver att de då fått tillkalla polis eller vaktbolag, och en av deltagarna beskriver vidare hur det vid en akut situation tog 45 minuter innan förstärkning kom.

Samarbete. Alla deltagare förutom en belyser i intervjuerna hur ett välfungerande samarbete och kommunikation i personalgruppen är en förutsättning och en resurs i situationer som kräver tvångsåtgärder. Deltagare beskriver vikten av att känna sig trygg med sina kollegor, att ha en samsyn och en tydlig dialog sinsemellan: ”Det behövs ett otroligt gott samarbete mellan dem som är med och är involverade i situationen.”. Fler än hälften av studiens deltagare beskriver att en sjuksköterska alltid är arbetsledare för tvångsåtgärden och därmed styr personalgruppen under utförandet samt ansvarar för att tala om för patienten vad som händer. Detta beskriver samtliga som en resurs som underlättar.

Det som är utmärkande för de tvångssituationer som fungerat bra är att det finns en tydlig kommunikation personalen emellan och framförallt att det finns en person i situationen som för talan så att säga. För att undvika missförstånd och för att det ska bli tydligt för patienten vad man gör och varför. [...] Det handlar framförallt om en tydlighet oss emellan, att man känner att man kan lita på de tre eller fyra som man gör en fasthållning eller bältesläggning med, och att man har en tydlig kommunikation men att det egentligen bara är en som pratar.

Nästan hälften av deltagarna beskriver även hur det är en underlättande faktor om personalgruppen pratat ihop sig innan tvångsåtgärden och gjort en plan för hur de ska gå tillväga i den specifika situationen, vem som ska hålla var, vem som är arbetsledare och liknande. Vidare beskriver ett par deltagare hur samarbetet med läkaren är en betydande del i situationen, att det underlättar om man har en god relation och en tillit till varandras kompetens. Deltagare omnämner även att det kan försvåra situationen avsevärt om läkaren inte är tydlig i sina direktiv och inte ger personalen direktiven i god tid, att ”om man väntar för länge med att utföra tvångsåtgärden kan det bli en både jobbig, farlig och en mer dramatisk situation för alla inblandade”.

Utbildning på arbetsplatsen. Det framgår tydligt att kompetensutveckling och utbildning på arbetsplatsen är en resurs. Mer än hälften av deltagarna beskriver hur de på sina respektive arbetsplatser fortlöpande utbildas i och använder sig av olika arbetsmetoder och tillvägagångssätt vid utförande av tvångsåtgärder. Detta för att samtlig personal ska arbeta på samma sätt, känna sig trygga i situationen och veta hur de ska agera för att minimera skada både för patient och personal. Deltagare omnämner olika arbetsmetoder för att förebygga tumultartade situationer (exempelvis lågaffektivt bemötande, Bergen-modellen) och att hantera situationer av mer tumultartad karaktär (exempelvis självförsvar, Terma/Resima).

Vi använder ett tillvägagångssätt i de här situationerna dels med lågaffektivt bemötande och dels en självförsvarsutbildning som alla ska ha gått just för att alla ska kunna agera tillsammans och på rätt sätt. Då handlar det om hur man transporterar patienten till bältesängen till exempel. Och hur man ska hålla i patienten, för ibland kan man behöva lägga ner dem på golvet först och sen lyfta dem till bältesängen.

En av deltagarna beskriver hur dessa utbildningar innefattar grundläggande delar i det fysiska handhavandet kring tvångsåtgärder, men att de även inbegriper etiska aspekter med stor omsorg och respekt för patienten. Hon beskriver hur man går igenom saker som att patientens ben alltid ska ligga ihop och ej särade på och att patienten alltid ska få en filt på sig, i respekt för patienten och dess integritet. Hälften av deltagarna poängterar dock hur utbildning i sig

skiljer sig från verkligheten, att varje situation av tvångsåtgärd är väldigt unik, och att det som främst krävs av personalen för bästa möjliga förutsättningar är erfarenhet och träning: ”Man behöver ha erfarenhet av liknande situationer. Även om den ena situationen inte är den andra lik så behöver man ändå ha någon form av erfarenhet med sig tillsammans med kunskap.” Flera deltagare beskriver att de önskat mer kontinuerlig träning i de olika arbetsmetoderna och handhavandet vid tvångsåtgärder för att kunna känna sig helt trygga när situation uppstår:

Jag tänker att man inte kan gå igenom det tillräckligt många gånger, hur man ska tänka och gå till väga vid en tvångssituation. Framförallt hos oss där det inte är så vanligt förekommande, jag har själv varit med om tre tillfällen de senaste två åren. Det är svårt att fästa det ända in i ryggraden när det är så sällan som det inträffar.

Gemensam reflektion och stöd. Samtliga av studiens åtta deltagare är eniga i att reflektion och stöd i någon form är en viktig del i arbetet på BUP generellt, och i synnerhet i anslutning till att tvångsåtgärd utförts. Det framgår i intervjuerna att samtliga deltagares arbetsplatser har som ambition att efter varje påfrestande arbetspass, exempelvis efter utförande av tvångsåtgärd, ha en reflekterande stund i personalgruppen innan man lämnar arbetet. Deltagarna beskriver att det är viktigt med den reflekterande stunden, debriefing, för den egna bearbetningen, för att kunna lämna arbetet kvar på jobbet samt för att gå igenom vad det faktiskt var som hände, vad man gjorde bra, vad som kunde gjorts bättre och hur man ska kunna dra lärdom av situationen inför nästa gång något liknande sker.

Vi speglar ju alltid efter varje pass även om det inte varit något speciellt, just för att alla människor är olika och man kan uppleva situationer olika. Det kan ju vara någon som tycker att det var en jättelugn dag, men en kollega kanske tycker att någon situation var jättejobbig, och därför speglar vi varje dag. [...] Och det är viktigt med spegling och reflektion tillsammans, det måste finnas, annars kan man inte jobba med det här.

Den gemensamma reflektionen beskrivs av deltagare ha en direkt påverkan på nästa situation av tvångssituation utifrån att man tillsammans granskar personalgruppens agerande för att kunna förbättra eventuella saker till nästa gång det sker.

Det finns ju inga hundra procentiga rätt och fel, alla de här tvångsåtgärderna innehåller så många små komponenter i sig, därför kan det vara bra att man även lyfter saker som ’Det kanske hade varit bra om vi gått baklänges’ eller ’Om vi inte hade gjort såhär’ eller ’Vi kanske skulle ha tänkt på att’. Att man är, inte kritisk, men lyfter saker för att man ska känna sig tryggare och bättre rustad inför nästa situation som händer.

Deltagare omnämner även stöd från ledningen som en faktor som kan påverka positivt. En deltagare beskriver hur hon i en tvångssituation upplevde att kollegor från en annan avdelning agerade vårdslöst, vilket hon senare lyfte med sin chef. Chefen i sin tur tog detta vidare och därefter upplevde deltagaren att hon inte sett kollegorna agera vårdslöst igen. Vidare beskriver nästan hälften av studiens deltagare dock hur denna resurs emellanåt saknas. Det framgår att det ibland inte är möjligt att genomföra en reflekterande stund på grund av personalbrist och för hög arbetsbelastning på avdelningen:

En svårighet är också att alla jobbar så väldigt olika utifrån att man går olika skift, så då är det ju inte alltid lätt att samla hela personalgruppen på en gång för reflektion. Det kan bli ett sådant moment som faller mellan stolarna ibland, att man har en reflektion med de flesta samlade men så kanske någon lämnas utanför och inte kan vara med.

Detta, menar deltagare, kan i sin tur ge upphov till att jobbiga känslor och tankar från situationen följer med hem. I intervjuerna beskrivs det hur deltagare kan ha svårt att sova när de kommer hem, och hur det kan bygga upp en otrygghet inför nästa tvångssituation eller rentav för att över huvud taget gå till jobbet.

Det kan vara svårt att hinna med att ha en reflekterande stund ibland men man får göra det ändå, så att man inte tar det med sig hem och går och mår dåligt hemma och känner att man inte klarar av att gå till jobbet.

En deltagare beskriver hur personalgruppen inte hann samlas för reflektion efter hennes första utförda tvångsåtgärd, innan hon gick hem för dagen och en helgs ledighet. Hennes chef ringde då upp henne för att kolla av läget och erbjuda att de kunde sitta ner och samtala kring händelsen när hon kom tillbaka till jobbet, vilket deltagaren upplevde som väldigt skönt och trygghande.

Kommunikation med patienten. Hur personalen kommunicerar med patienten under pågående tvångsåtgärd påtalar hälften av deltagarna är en faktor som till stor del påverkar hur situationen ska bli.

Ibland har jag känt att allting har fungerat jättebra och då handlar det just om det här med bemötandet under tiden tvångsåtgärden pågår. Att den personal som är ansvarig talar med patienten på ett bra sätt så att hen också är involverad och känner sig trygg. Och det behöver ju inte bara handla om att tala, det kan ju handla om hur man håller, att patienten inte tycker det känns bra och då får man ändra hur man håller till exempel.

Fler än hälften av deltagarna belyser vikten av att låta patienten vara delaktig så långt det går, i så mycket som går, trots att själva åtgärden utförs under tvång. Samtliga av dessa deltagare menar på att det finns mycket patienten faktiskt kan få vara delaktig i och bestämma i en tvångssituation, exempelvis vilken personal hen vill ha sittandes hos sig. Att låta patienten känna sig och vara delaktig ger upphov till att patienten känner sig tryggare, och därav blir situationen lugnare menar deltagarna. En deltagare beskriver att det under tvångssituationerna ska vara tyst i personalgruppen, och att man som personal ska vara väldigt noga med att inte göra något för sin egen skull, exempelvis klappa patienten på handen för att det känns bra för en själv att få trösta. Hon menar att ingen sådan beröring ska ske från personalens sida utan att man uttryckligen fått patientens godkännande. En annan deltagare menar å andra sidan på att det kan kännas bra att prata under tiden eller klappa patienten på axeln för att visa att man finns där, och att även om patienten är i affekt och inte lyssnar där och då, så kan det ändå kännas bra och som en tröst för en själv som personal att man försökt. Samma deltagare beskriver att hon upplever att det har en positiv inverkan på patienten och situationen när hon som personal ger av sig själv, visar att hon blir berörd och tycker att det är jobbigt att utföra tvång. Vidare beskrivs det av en deltagare hur han många gånger upplevt att kollegor bemött patienten som på autopilot, på ett sätt han inte upplevt varit gynnsamt för patientens känsla av trygghet:

Vissa, speciellt de som är mer vana vid de här situationerna, kan prata på ett visst sätt med patienterna som jag tycker känns märkligt. Det går som på autopilot, det kan låta nästan hårt och kallt. Och så behöver det inte vara! En tvångsåtgärd behöver inte vara hård och kall utan tvärtom så måste den ju vara omfamnande för att patienten ska känna att personalen gör detta av rätt anledning!

Samma deltagare beskriver hur han upplever det som svårt när patienten inte riktigt är närvarande i situationen så att han inte kan kommunicera med denne: ”När man känner att patienten är så pass, inte närvarande på det sätt man önskat, då blir det svårt för mig, liksom hur jag ska hantera situationen.”. Nästan hälften av deltagarna nämner även det lagstadgade uppföljande samtalet som personal ska ha med patienten efter en tvångsåtgärd. Deltagare belyser då vikten av att man i samtalet tar upp frågor kring hur patienten upplevde situationen, vad hen önskat att personalen skulle gjort annorlunda och hur hen skulle önska att personalen agerade om det uppstår en liknade situation i framtiden.

I det uppföljande samtalet med patienten ges det möjlighet för dem att dels bearbeta det som hänt men patienten ges också möjlighet att förklara hur han eller hon hade velat haft det eller hur de skulle vilja att vi gjorde om det blev nödvändigt med en tvångsåtgärd i framtiden, för att underlätta för patienten. Men också för att underlätta för oss som jobbar tänker jag. Det är ju lättare att möta en patient om man vet hur patienten skulle vilja ha det.

Samtliga av de deltagare som omnämner detta uppföljande samtal med patienten menar även att dessa samtal alltid genomförs och att det är en underlättande faktor inför nästa eventuella tvångsåtgärd, både för patienten och för personalen.

Diskussion

Efter en tematisk analys av insamlad data identifierades 12 teman, varav fem krav; *Emotionell påfrestning, andra patienters oro och behov, kollegor som agerar oaktsamt, vårdnadshavare och etiska dilemman*, och sju resurser; *Rutinerade kollegor, utbildnings på arbetsplatsen, bemanning, fysisk arbetsmiljö, samarbete, gemensam reflektion och stöd samt kommunikation med patienten*. Trots den geografiska spridningen av olika arbetsplatser där studiens respondenter var verksamma så fanns det många likheter i deltagarnas upplevelser, och en oväntad stor samstämmighet i deras tankar och åsikter.

Samtliga deltagare förutom en beskriver en *emotionell påfrestning* i samband med utförande av tvångsåtgärder. Detta kan ses även i tidigare forskning av Matthews och Williamson (2015), Pelto-Piri, Engström och Engström (2012), Fredäng (2007) och Vedana, da Silva et al. (2018). Den deltagare som beskriver att hon inte påverkas känslomässigt av att utföra tvångsåtgärder menar att detta är på grund av att hon arbetat så pass länge som 15 år. Detta skulle kunna kopplas till vad en annan deltagare berättade hur han upplevt att kollegor som är vana vid tvångssituationer tenderar att kommunicera som på autopilot, hårt och kallt, i sin *kommunikation med patienten* vid utförandet av tvång. Denna beskrivning, om att efter en tid i arbetet inte längre påverkas känslomässigt, skulle kunna handla om att personalen i fråga blivit avtrubbad. Fenomenet beskrivs i tidigare studier av Fredäng (2007) samt Matthews och Williamson (2015), där personal beskriver hur de blivit avtrubbade känslomässigt som ett sätt att hantera arbetet.

Samtliga deltagare i studien visade sig även vara eniga om att *gemensam reflektion och stöd* är av stor vikt för att dels bearbeta tvångssituationen och dels reflektera och dra lärdom till nästa situation. Detta resultat går i linje med tidigare forskning av Olofsson (2005), Matthews och Williamson (2015), Pelto-Piri et al. (2012) och Kjellin och Engström (2006).

Det visade sig i resultatet att det råder delade meningar och uppfattningar om vad som är korrekt agerande av personal vid utförandet av tvångsåtgärder, främst gällande ageranden kopplade till den *emotionella påfrestningen* och *kommunikationen med patienten*. En deltagare menar att det är fördelaktigt för patienten att personal pratar under situationen,

medan en annan deltagare menar att det ska vara lugnt och tyst för patientens skull. En deltagare belyser vikten av att som personal aldrig göra något för ”sin egen trösts skull”, som att hålla patienten i handen utan att uttryckligen be om lov, medan en annan deltagare menar att man som personal kan tala med patienten och exempelvis lägga en hand på denne för att det även kan kännas trösterikt för en själv. Vidare beskriver samma deltagare hur hon upplever att det är positivt att man som personal faktiskt visar patienten att man själv blir ledsen och tycker det är jobbigt, medan en annan deltagare beskriver hur hon upplever att genom att hon själv som personal visar en trygghet och ett lugn kan detta i sin tur också bidra till lugn hos patienten. Dessa delade meningar, främst kopplade till personalens egna känslor och påverkan av situationen, kan tydligt illustrera hur viktigt det är att ge tid och utrymme till *gemensam reflektion och stöd*. Detta för att i personalgruppen tillsammans få reflektera över sitt och andras arbetssätt, för att kunna bevara och utveckla trygga, värdiga och patientsäkra ingripanden, men även för att ge personalen möjlighet att bearbeta de många och olika känslor som kan uppstå i samband med tvångsåtgärder. De delade meningarna om hur personal ska agera vid tvångssituationer kan också tänkas vara ett resultat av att *utbildning på arbetsplatsen* hålls för sällan, varpå det gemensamma arbetssättet inte längre blir gemensamt. Nästan hälften av deltagarna i studien belyser just detta, att de upplever att utbildning i handhavande och agerande vid tvångssituationer hålls för sällan för att de ska känna sig helt trygga i det.

Gällande *bemannning* beskriver samtliga deltagare att all personal har tillgång till larmdosor som de kan trycka på vid akut behov av förstärkning från annan avdelning. Det är då främst personal från vuxenpsykiatriska avdelningar (detta då det oftast bara finns en BUP-avdelning per sjukhus) som kommer. Fler än hälften av studiens deltagare beskriver hur personalen från vuxenpsykiatriska avdelningarna tenderar att ”dundra på”, köra sitt egna race och ha en låg toleransnivå i situationen. Deltagare beskriver även en ovilja hos personalen att ge patienten chansen att lugna sig själv för att slippa fastspänning. Detta skulle kunna bidra till att personalen på BUP drar sig från att larma och väntar in i det sista, utifrån att de upplever att personalen som kommer agerar på ett oönskat sätt. Det i sin tur skulle onekligen kunna resultera i potentiellt farliga situationer för både personal och patienter.

I resultatet framgår hur en försvårande omständighet, ett krav, är kollegor som agerar oaktsamt. Deltagares beskrivning av hur de upplevt att *kollegor agerat vårdslöst*, gränslöst och varit för hårdhänta speglar de upplevelser som flertalet tidigare patienter beskrivit i Barnombudsmannens (2014) rapport, där de uttryckt sina erfarenheter av tvångsåtgärder inom BUP slutenvård. Denna beskrivning av oaktsamt och vårdslöst agerande av kollegor går även att finna i en tidigare studie från Brasilien av Vedana et. Al (2018). I tidigare studier från Sverige (Fredäng, 2007; Pelto-Piri, Engström & Engström, 2012) omnämns inte denna försvårande omständighet av någon deltagare. Det kan även vara värt att särskilt notera och att undersöka vidare att det, i detta kvinnodominerade yrke, så tydligt framgick att det var manliga kollegor som deltagarna upplevde utgjorde en försvårande omständighet genom att agera vårdslöst och oaktsamt. Tilläggas kan att detta uttrycktes både av manliga och kvinnliga deltagare i studien. Frågan är om detta har med faktiska könsskillnaderna att göra, eller om det främst är ”de kraftiga männen” som skickas fram i fysiskt krävande situationer, varpå de därmed syns mer ofta i dessa sammanhang, och det därmed också är deras felhantering som syns när det väl sker. Oavsett är en frågeställning som vore högst relevant och viktig att föra vidare dialog kring.

Resultatet visar även att flertalet deltagare beskriver hur *samarbete* med läkaren är viktigt, att det kan ge upphov till negativa konsekvenser när läkaren tar beslut för sent eller är otydligt i sina direktiv till berörd personal. Det finns även omnämnt av deltagare hur han upplevt *etiska dilemman* på flera sätt utifrån att läkare tagit beslut han inte tyckt varit etiskt korrekta. Läkarens roll och beslut kan alltså anses vara en högst betydande påverkansfaktor i utförandet

av tvångsåtgärd. Detta kan speglas i Engström (2006) där läkare beskriver en medvetenhet om sitt ansvar gällande dessa situationer och att detta kan bidra till en rädsla för att bli anmäld till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd när de tar beslut som inte blir bra för patienten eller för personalen.

Gällande *vårdnadshavare på plats* som försvårande faktor beskrivs det av alla deltagare förutom en hur de alltid försöker lotsa bort vårdnadshavare vid tvångssituationer, så att de ej är med under tiden. Detta för både patienten och vårdnadshavarens skull. En deltagare beskriver dock hur det händer att de låter vårdnadshavare delta vid utförandet av tvångsåtgärd, och hur det vid ett tillfälle deltog en vårdnadshavare som det senare visade sig förgrep sig på sitt barn hemma. Som Engström (2006) beskriver bär barn ofta symtomen för dysfunktionella hemförhållanden, det vill säga att barnets psykiskt dåliga mående är ett direkt resultat av att hen kommer från hemförhållanden som inte är bra. Inom BUP är detta något som är väl känt, och nämns även av deltagarna i denna studie, varav det kan tyckas att det borde tas i beaktning när riktlinjer och regler på avdelningen sätts, i synnerhet kopplade till vilka situationer vårdnadshavare ska ha rätt att delta vid och inte. En redan traumatisk situation som att under tvång bli fastspänd i bältessäng kan tänkas bli ett helt fruktansvärt trauma om ens förövare dessutom får vara delaktig i att spämma fast. Onekligen måste detta blivit en mycket svår upplevelse för patienten, trots att personalens intention och syfte var att genom tvång skydda patienten. Deltagaren berättar att de trots denna specifika händelse inte tagit några nya beslut kring huruvida vårdnadshavare ska få delta vid tvångsåtgärder eller inte.

Hälften av deltagarna beskriver bemötandet och *kommunikationen med patienten* är en faktor som påverkar situationen i allra högsta grad. De belyser vikten av att ha en dialog med patienten och låta denne vara delaktig så långt det bara går. Enligt Barnombudsmannens (2104) rapport har också flertalet barn som utsatts för tvångsvård uppgett att just bemötandet från vårdpersonalen har en väldigt stor betydelse för hur pass traumatisk en tvångsåtgärd kan upplevas.

Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten av föreliggande studie identifierat fem krav (emotionell påfrestning, andra patienters oro och behov, kollegor som agerar oaktsamt, vårdnadshavare och etiska dilemman) och sju resurser (rutinerade kollegor, utbildnings på arbetsplatsen, bemanning, fysisk arbetsmiljö, samarbete, gemensam reflektion och stöd samt kommunikation med patienten) som försvårar respektive underlättar utförandet av tvångsåtgärder. Samtliga åtta deltagare i studien var eniga i, och belyste vikten av rutinerade kollegor, god bemanning och vikten av gemensam reflektion och stöd. Det framgår även tydligt att utförandet av tvångsåtgärd ger upphov till emotionell påfrestning hos deltagarna. Merparten av deltagarna beskriver dessutom hur de upplevt att kollegor agerat vårdslöst och oaktsamt i tvångssituationer, något som påverkat situationen negativt. Merparten av deltagarna beskriver även hur det försvårar situationen när det finns andra patienter på avdelningen, och slutligen omnämns av de flesta deltagarna hur ett gott och välfungerande samarbete är en förutsättning i situationer då tvångsåtgärd krävs.

Studiens svagheter och styrkor

Vid arbetets början hade föreliggande studie enbart en frågeställning ("Vad finns det för krav och resurser som försvårar respektive underlättar vid utförande av tvångsåtgärd inom BUP slutenvård?"), men för att tydliggöra syftet med datainsamling och analysen och göra den mer stringent utvecklades den till två frågeställningar. Utifrån dessa två frågeställningar med fokus på vårdpersonalens upplevelser ansågs semistrukturerade intervjuer vara den metod som skulle kunna ge mest information och svar på frågeställningarna, något som upplevdes uppnås. Det fanns i ett första skede en ambition om att utföra intervjuerna fysiskt, i

närliggande två regioner, men på grund utav rådande omständigheter kopplade till covid19-pandemin och allmänna riktlinjer om social avhållsamhet fick den planen omvärderas och samtliga intervjuer fick hållas via telefon. Detta gav en större möjlighet till geografisk spridning på deltagarna, men det visade sig trots detta vara svårt att hitta deltagare till studien. Utifrån att ca 50 skötare/sjuksköterskor inom BUP tillfrågats personligen, och att öppna förfrågningar delats i facebook-grupper för skötare/sjuksköterskor om 636 – 33.000 medlemmar, så talar det faktiska deltagarantalet för ett stort individbortfall. Svårigheten att få tag i deltagare grundade sig högst troligt i att urvalskriterierna var snäva, samt att deltagarna söktes upp och kontaktades direkt utan enhetschef eller ledning som mellanhand. Det finns även en möjlighet att potentiella deltagare tackat nej till medverkan utifrån oro för att ”säga för mycket”, utifrån att psykiatrisk vård såklart går under sekretess, och att tvångsåtgärder är ett känsligt ämne att beröra, i synnerhet när det kommer till barn. Vissa av deltagarna har även nekats då de arbetat på BUP mottagning, det vill säga öppenvård, vilket inte är detsamma som slutenvård och därav inte ryms inom studiens krav. När studiens åtta deltagare tillslut rekryterats visade sig den geografiska spridningen sträcka sig över sex olika regioner. Vidare fanns en tanke om att i studien ange vilka regioner som deltagare representerat i studien, om än utan att härleda det till viss deltagare, men då konfidentialiteten under intervjuernas gång visat sig vara av största vikt för att deltagarna skulle känna sig trygga att dela med sig av sina erfarenheter togs det ett nytt beslut om att ej nämna regionerna vid namn i studien överhuvudtaget.

Gällande studiens generaliserbarhet kan den geografiska spridningen av arbetsplatser anses vara till gagn för den. Dock kan tilläggas att det inte är möjligt att statistiskt generalisera studier av självvalda urval, såsom föreliggande studie, till en hel population (Kvale & Brinkmann, 2014). Däremot finns i föreliggande studie en analytisk generaliserbarhet, då resultaten kan ge en fingervisning om vad för krav och resurser som skulle kunna omnämnas av deltagare även på andra BUP-kliniker i landet.

Med utgångspunkt i Kvale och Brinkmann's (2014) sju stadier av validering; Tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, validering och resultat, har föreliggande studie kontinuerligt kontrollerats och arbetats med för att för att på så vis få fram en slutprodukt med hög validitet. Vid arbetets början ägnades speciellt stor eftertanke till formulering av syfte och frågeställningar, för att skapa en tydlig grund. Fortlöpande under studiens gång har syfte och frågeställningar varit ledande, och det har tagits i stor beaktning att kontinuerligt gå tillbaks till dessa för att kontrollera relevans i materialet. Under intervjuerna lades en särskilt stor vikt vid att deltagarna skulle känna sig trygga och lyssnade till. Detta utifrån att det berörda ämnet var psykologiskt tungt, och intervjufrågorna krävde att deltagarna gick till sina personliga erfarenheter, känslor och tankar kring detta. För att uppnå en så trygg och samtidigt givande intervjusituation som möjligt lades stort fokus på att lyssna in deltagaren, upprepa vad hen sagt för möjlighet till deltagarvalidering, samt användande av tystnaden som ett utrymme för deltagaren att samla sig och tänka efter (Kvale & Brinkmann, 2014). Det faktum att deltagarna kontaktades direkt, utan att blanda in dennes chef eller ledning, har troligtvis bidragit till en högre validitet utifrån att deltagarna vågat uttrycka sig utan oro för lojalitetskonflikt. Det fanns från början en ambition om att intervjua lika många skötare som sjuksköterskor i studien, för en jämn fördelning av kompetenser. På grund av missförstånd med studiens sista deltagare visade hon sig dock tillhöra ”fel” yrkesgrupp, vilket utmynnade i att fördelningen deltagare blev fem skötare och tre sjuksköterskor. Könsfördelningen däremot, uppfyllde ambitionen att spegla en verklighetstrogen bild av könsfördelning då två av studiens åtta deltagare var män och 12% av Sveriges sjuksköterskor är män (Socialstyrelsen, 2020). Det har dock inte gjorts några könsbaserade jämförelser i studien. En begränsning i föreliggande studie skulle kunna vara det faktum att den skrivits utav en författare, varpå det ej funnits möjlighet att validera studien genom dialogisk intersubjektivitet, vilket i sin tur ökar

riskerna för ensidig subjektiv tolkning av data (Kvale & Brinkmann, 2014). Det ska dock tilläggas att studiens författare genom hela processens gång varit högst ödmjuk inför detta och därav varit högst aktsam gällande att göra eventuella objektiva tolkningar.

En annan begränsning i denna studie skulle kunna handla om svårigheter för deltagarna att vid ett tillfälle, via telefon, lyckas erinra sig olika upplevelser och omständigheter gällande en komplex och svår arbetssituation. Det finns en möjlighet att deltagarna hade mycket mer information att ge men som de inte kom på i stunden. Ytterligare en begränsning är det faktum att samtliga intervjuer fick lov att genomföras telefonledes. Trots fördelen att en större spridning av deltagare från olika arbetsplatser möjliggjordes i och med detta så går det inte bortse från att potentiellt viktiga delar som kroppsspråk och minspel faller bort när intervjun ej sker rent fysiskt mellan fyra ögon (Kvale & Brinkmann, 2014).

Trots att studien baseras på enbart åtta deltagare upplevs utvunnet material och resultatet vara fylligt och besvara studiens frågeställningar. Utifrån det relativt låga deltagarantalet har möjligheten givits att gå djupare in och analysera varje deltagarsvar noggrant, flertalet gånger (Kvale & Brinkmann, 2014). Givetvis skulle dock ytterligare intervjuer med respondenter från fler arbetsplatser kunna generera ett material där fler typer av krav och resurser skulle kunna identifieras som viktiga påverkansfaktorer vid utförande av tvångsåtgärder.

Slutsatser och förslag på vidare forskning

Utifrån de identifierade faktorerna som visat sig underlätta och försvåra vid utförandet av tvångsåtgärder skulle föreliggande studie fördelaktigen kunna användas vid utvecklingsarbete inom BUP slutenvård, exempelvis vid

- Revidering och/eller upprättande av riktlinjer för handhavandet vid utförande av tvångsåtgärder
- Revidering och/eller upprättande av rutin kring andra patienter och vårdnadshavare i situationer som kräver tvångsåtgärd av medpatient
- Revidering och/eller upprättande av rutiner gällande stöd och gemensam reflektion i personalgruppen,
- Upprättande av specifik handlingsplan med direkta konsekvenser gällande övervåld och oaktsamt handhavande gentemot patienter. En tydlig nolltolerans borde vara en självklarhet gällande övervåld och vårdslöshet, men utifrån vad som framkommit i deltagarnas berättelser verkar nolltoleransen inte gälla idag, något som förefaller uppseendeväckande och i högsta grad oacceptabelt. I synnerhet inom BUP borde detta vara av största vikt, då patienterna befinner sig i en beroendeställning underordnade personalen inte bara utifrån positionerna patient och vårdare, utan även naturligt utifrån sin ålder och storlek.
- Planering av nya BUP-avdelningar, utifrån deltagarnas beskrivningar av hur viktig den fysiska miljön är och vad personalen menar krävs för allas säkerhet och trygghet, exempelvis att en bältessäng alltid finns på plats, att det finns möjlighet att dela av avdelningen, att dörrhålen är stora nog att komma igenom med bältessäng och personal, att patientrummen är stora nog att hantera en tumultartad situation i.

Vidare utifrån vad som framkommit i studiens resultat framgår det tydligt att en bättre bemanning i BUP slutenvård vore till gagn för både patienters och personalens trygghet och säkerhet, och även för att möjliggöra stöd och reflekterande samtal för personalgruppen.

Det har i föreliggande studie även framkommit vissa skillnader i utförandet av tvångsåtgärder beroende på vilken region deltagarna arbetar i, exempelvis huruvida vårdnadshavare får delta eller inte, om fasthållning ska vara ett förstahandsalternativ istället för fastspänning eller inte, om patienten ska talas med eller inte. Som förslag på vidare forskning utifrån dessa resultat skulle det kunna vara av värde att undersöka hur lokala riktlinjer och rutiner gällande tvångsåtgärder ser ut på samtliga BUP avdelningar i landet. Detta för att vidare kunna se över huruvida man skulle kunna, och kanske till och med behöva, utforma mer strikta riktlinjer lokalt eller nationellt, som komplement till lagstiftningen och Socialstyrelsens riktlinjer.

Referenser

- AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö: Arbetsmiljöverkets författningssamling*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Bakker, B. A. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. DOI: 10.1108/02683940710733115
- Barnombudsmannen. (2014). *Bryt tystnaden - barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Engström, I. (red.) (2006). *Tvingad till hjälp: om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Lokala allmänna råd för covid19*. Hämtad 2020-11-16, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/lokala-allmanna-rad/>
- Furre, A., Sandvik, L., Friis, S., Knutzen, M. & Hanssen-Bauer, K. (2016). A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Research*, 237, 60-66. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.067
- Fredäng, P. (2007) *Rättfärdigande av tvång i barn- och ungdomspsykiatri: En studie om personalens etiska reflektioner (Momentum, 38)*. Örebro: Psykiatriskt forskningscentrum.
- 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, 62-72. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x
- Internetmedicin. (2020). *Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)*. Hämtad 2020-10-03, från <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/lagen-om-psykiatrisk-tvangsvard-lpt/#>
- Kjellin, L. & Engström, I. (2006). Tvångsvård av barn och ungdomar saknar enhetlig, nationell praxis. *Läkartidningen* 47(103), 3162-3164.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Matthews, H. & Williamson, I. (2015). Caught between compassion and control: exploring the challenges associated with inpatient adolescent mental healthcare in an independent hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 1042-1053. DOI: 10.1111/jan.12889
- McBurney, D. H., & White, T. L. (2013). *Research methods (9th ed.)*. Andover, England: Cengage Learning.
- Olofsson, B. (2005). Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 259-267. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2005.00827.x
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2000). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 89-87. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x
- Pelto-Piri, V., Engström, K. & Engström, I. (2012). The ethical landscape of professional care in everyday practice as perceived by staff: A qualitative content analysis of ethical diaries written by staff in child and adolescent psychiatric in-patient care. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health; London*, 6. DOI: 10.1186/1753-2000-6-18
- Prop. 2019/20:84. *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården*. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/492ec3/contentassets/6daad80d479449a4ba166ef42d20efa8/for-battringar-for-barn-inom-den-psykiatriska-tvangsvarden.pdf>
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOSFS 2008:18. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård: Socialstyrelsens författningssamling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2020-10-02, från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/resultat.aspx
- Socialstyrelsen. (2020). *Dina rättigheter i tvångsvården: Information för dig som är under 18 år och behöver psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2020-10-04, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-7-6854.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020) *Statistik om legitimerad hälsooch sjukvårdspersonal 2019 samt arbetsmarknadsstatus 2018*. Hämtad 2020-11-17, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-9-6881.pdf>
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (2019). *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri: Kartläggning 2018*. Hämtad 2020-10-02, från https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/05/BUP_2019_190701.pdf
- Vedana, K. G. G, da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I. & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 367-372. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.11.027
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.