



Växjö universitet

Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete

Sjuksköterskeprogrammet 120p

Kurs VOC 453

VT 2006

Examensarbete 10 poäng

**SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV ATT BÄLTESLÄGGA  
PATIENTER INOM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD  
- en intervjustudie**

Författare:  
Sofie Cela  
Paula Sjöstedt

<b>Titel</b>	<b>Sjuksköterskors upplevelser av att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård.</b> - En intervjustudie
<b>Författare</b>	Sofie Cela, Paula Sjöstedt
<b>Utbildningsprogram</b>	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng
<b>Handledare</b>	Ulrica Hörberg
<b>Examinator</b>	Reet Sjögren
<b>Adress</b>	Växjö universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete
<b>Nyckelord</b>	Bältesläggning, nödvändighet, sjuksköterskor, tvångsvård, upplevelse, välvilja

## SAMMANFATTNING

Att arbeta som sjuksköterska inom den psykiatriska vården innebär ibland ett måste att utföra tvångsåtgärder mot patienter som är destruktiva eller våldsamma. Denna studie fokuserar bältesläggningar som är en av de tvångsåtgärder som används. Studiens syfte var att beskriva hur sjuksköterskor upplever att bälteslägga patienter. Data samlades in genom fem semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom två olika psykiatriska kliniker. Analysen av data utmynnade i fyra teman: att bälteslägga av nödvändighet, att bälteslägga för att göra gott, att uppleva rädsla och att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde bältesläggningar som en god och bra omvårdnadsåtgärd i de fall det handlade om att skydda patienten från att skada sig själv, medpatienter eller personal. Sjuksköterskorna ansåg bältesläggningen befogad då det inte fanns något alternativ till åtgärden. Sjuksköterskorna beskriver bältesläggningen som en nödvändighet som görs av välvilja och för patientens skull. Sjuksköterskorna beskriver även en viss känsla av rädsla som de kunde uppleva vid en bältesläggning. Denna rädsla förstärktes hos sjuksköterskan i de situationer då patienten upplevdes som oberäknelig. Resultatet visar även att sjuksköterskorna kan uppleva bältesläggningen som en vanesak som så småningom på gott och ont till och med kan bli rutin.

## INNEHÅLL

Introduktion	1
Bakgrund	1
Tvångsvård	1
Bältesläggning	2
Tidigare forskning	2
Problemformulering	3
Syfte	3
Metod	3
Undersökningsgrupp	3
Tillvägagångssätt	4
Forskningsetiska aspekter	4
Analys	5
Resultat	5
Att bälteslägga av nödvändighet	5
Att bälteslägga för att göra gott	7
Att uppleva rädsla	8
Att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana	9
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	12
Att bälteslägga av nödvändighet	12
Att bälteslägga för att göra gott	13
Att uppleva rädsla	14
Att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana	15
Konklusion	15
Referenser	17
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

# INTRODUKTION

Eftersom vi båda två har praktiserat och arbetat inom psykiatrin så har vi sett att tvångsvård ibland är ett måste, och vår erfarenhet är att det väcker obehag hos vårdpersonalen att behöva utföra tvånget. Ur en skyddsaspekt är tvånget nödvändigt men samtidigt far patienterna många gånger illa av tvångsåtgärderna. Vi tycker själva att det är ett etiskt dilemma att använda tvång som en vårdande åtgärd, exempelvis när en patient ska läggas i bälte.

## BAKGRUND

Från 1700-talet har vården av psykiskt sjuka förändrats radikalt i jämförelse med dagens vård. Fram till 1900-talet innebar vården i stort sett endast förvaring på stora mentalsjukhus och det användes i stort sett uteslutande tvångsvård. Successivt har öppna vårdformer vuxit fram och idag överväger dessa. Tvångsvård lever dock kvar och en av tvångsåtgärderna som fortfarande förekommer är bältesläggning (Ottosson, 2003).

Autonomi innebär att man som patient har rätt att antingen godta eller tacka nej till erbjuden vård eller behandling. Patienten har även rätt att avbryta påbörjad vård. Personalen är skyldig att ge information som patienten förstår, oavsett vilket beslut patienten fattar. Ett undantag till vårdtagarens rätt att motsätta sig vård är om denne uppfyller något av kriterierna för att vårdas inom lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dock måste personens integritet respekteras trots att man berövat patienten sitt självbestämmande. Det kan ses som en utmaning att ge tvångsvård utan att patienten ska känna sig kränkt. Ett sätt att uppnå detta kan vara att visa empati eller förklara för patienten att det inte är ett straff eller en hämnd, utan det är i syfte att skydda patienten (Ottosson, 2005).

Förutsättningarna för ett meningsfullt vårdande är att personalen vill möta patienten i sin livsvärld och vardag, även om livsvärlden hos en psykiatrisk patient kan avvika från vårdarens (Dahlberg et al, 2003). Med livsvärld menas hur den enskilda människan ser, förstår, erfar och uppfattar sin omgivning (Ibid s 24). En av de uppgifter som sjuksköterskor har är att patienterna ska känna trygghet och ha tillit till vården (Ibid.). Det är genom vår kropp som människan har tillgång till livet. Människan *har* inte sin kropp utan *är* sin kropp. Den subjektiva kroppen är såväl fysisk som psykisk, existentiell och andlig (Dahlberg et al., 2003).

Dahlberg et al. (2003) menar att den psykiskt funktionshinderades lidande kan innebära en rädsla för förändringar som visar sig i form av skräck och ångest. Dessa patienter upplever ett lidande i att bara finnas till och att ha medmänniskliga relationer. Vårdarens förhållningssätt kan vara avgörande för om patienten upplever vården som positiv och meningsfull trots detta lidande, men att tillföra ett vårdlidande kan innebära att patienten känner sig utlämnad och maktlös (Ibid.). Att som patient uppleva att man har ett egenvärde har betydelse för hälsan. Alla former av kränkning av patientens värdighet leder till lidande (Eriksson, 1994).

### **Tvångsvård**

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) får tvångsvård ges då patienten lider av en allvarligt psykiskt störning och är i stort behov av psykiatrisk vård. Andra kriterier för att bli intagen enligt LPT är att patienten nekar vård och på grund av sin psykiska störning är farlig för sig själv eller andra. Beslut om intagning enligt LPT får inte fattas utan ett läkarintyg

(vårdintyg) (Författningshandboken, 2006). Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) innebär att individen har begått ett brott men gjort det under en allvarligt psykisk störning och därför inte kan dömas till fängelse. Patienten genomgår en rättspsykiatrisk undersökning och döms för sitt brott av domstol och överlämnas sedan till rättspsykiatrisk vård (Arlebrink, 1996). Både LPT och LRV är tilläggslagar till Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Tvång ska utföras så skonsamt som möjligt och stå i rimlig proportion till åtgärdens syfte och patienten ska visas största möjliga hänsyn (Ibid.). Finns det en omedelbar fara att patienten skadar sig själv eller någon annan, får patienten tillfälligt spänns fast i bälte. Under tiden som patienten hålls fastspänd ska vårdpersonal vara närvarande. Chefsöverläkare beslutar om fastspänning. Alla fastspänningar ska redovisas för socialstyrelsen (Ibid.)

Enligt Brottsbalken har vårdpersonalen rätt till nödvärn om patienten blir våldsam. Det kan till exempel innebära att personalen tillfälligt får hålla fast patienten om han blir våldsam i syfte att skydda sig själva eller honom. Våld kan förebyggas genom att uppmärksamma varningssignaler tidigt. Dessa kan exempelvis vara hög röst, verbala hotelser, rastlöshet, ökad ångest eller dåligt impuls kontroll (Allgulander, 2005).

Tvångsåtgärder är avsedda som skyddsåtgärder så länge patientens egna skydds- och omdömesresurser är otillräckliga. I en psykos är människan i många aspekter som ett barn. Att bälteslägga en patient, som ibland kan bli nödvändigt, får endast göras som en skyddsåtgärd, aldrig som ett straff. Bältesläggning får heller aldrig kompensera personalbrist (Cullberg, 2000).

### **Bältesläggning**

Fastspänning innebär att personalen lägger och spänner fast patienten i en säng. Sängen kan vara i patientens rum eller i ett särskilt bältesrum (Fröberg, 1991).

Patienten bör informeras om orsaken till bältesläggningen. Så fort patienten har lugnat sig ska personalen ta loss bältena. Åtgärderna skall motivers och föras in i journalen där även klockslag skall anges. På de kliniker där fastspänning utövas ofta är det viktigt att personalen övar tekniken regelbundet. Vid en bältesläggning bör det vara sex personal som utför handlingen så att det blir så respektfullt som möjligt för patienten (Ottoson & Åsgård, 2004).

### **Tidigare forskning**

I en studie av Olofsson (2005) framkommer hur sjuksköterskor upplever grupphandledning som de erbjuds i samband med tvångsvård och tvångsåtgärder. Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde grupphandledningen som positiv då de hade möjlighet att reflektera över situationen och dela erfarenheter. De upplevde att deras handlingar, arbete och de som personer, blev bekräftade. Genom att lyssna på kollegornas erfarenheter kände de igen sig själva. Negativa aspekter som framkom vid grupprefleksion var att handledningen skedde för långt efter händelsen, hade fel fokus eller bara kändes onödig.

Olofsson och Jacobsson (2001) påvisar i en studie vad psykiskt funktionshindrade upplever som tvång då de vårdas under tvång. Situationer som de beskriver som tvång är till exempel tvångsmedicinering, rumsisolering, tvångsintagning, inte vara delaktig i sin egen vård, polishandräckning, hot om sanktioner samt att vara frihetsberövad.

I en studie ur ett sjuksköterskeperspektiv framkommer att sjuksköterskor upplever det tvång som används i vården som negativt. Själva vården uppfattades som bra men inte det tvång som ibland användes. Att genomföra tvångsåtgärder upplevdes som svårt för sjuksköterskorna och det kändes inte tillfredställande efter att ha utfört en tvångsåtgärd. Samtidigt upplevde

sjuksköterskorna att det inte fanns något alternativ till tvångsåtgärden. Studien visar även att sjuksköterskorna upplevde det som viktigt att genomföra tvångsåtgärder på ett så humant sätt som möjligt. Vidare framkom det att sjuksköterskorna försökte sätta sig in i patienternas situation (Olofsson et al., 1998). Sjuksköterskorna upplevde att en bra relation mellan vårdare och patient gjorde att tvånget blev mildare. De upplevde att det var viktigt att prata med patienten efteråt och förklara varför tvång hade använts (Ibid.). Vikten av en bra relation och samtal med patienten framkommer även i en studie av Olofsson och Norberg (2001).

I en amerikansk undersökning om sjuksköterskors tankar och upplevelser kring tvångsåtgärder visar det sig att sjuksköterskor upplevde tvångsåtgärder som positiva. De menade att då patienterna var våldsamma eller självdestruktiva fanns det inget annat alternativ än att använda fysiska tvångsåtgärder. De ansåg att det var det bästa de kunde göra för patienten just då för att skydda denne (Marangos–Frost & Wells, 2000).

## PROBLEMFÖRMULERING

Bältesläggning är en av de tvångsåtgärder som sjuksköterskor inom den psykiatriska vården ställs inför. Att lägga patienten i bälte kan även vara en trygghetshandling för vårdaren. Att utföra en bältesläggning frambringar svåra ställningstaganden av etisk karaktär. Därför är det av vikt att öka förståelsen för vårdarens situation inom den psykiatriska tvångsvården och ett sätt kan vara att ta reda på hur sjuksköterskor upplever bältesläggning av patienter. Därmed ställs frågan: Hur upplever sjuksköterskor att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård?

## SYFTE

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård.

## METOD

Metoden som har använts har en kvalitativ ansats utifrån att studiens syfte var att beskriva hur sjuksköterskor upplever bältesläggningar inom psykiatrisk tvångsvård. Fem sjuksköterskor med erfarenhet av bältesläggning deltog i studien vars datainsamling bestod av semistrukturerade intervjuer. Detta innebar att intervjuguiden bestod av förslag till frågor. Under intervjuens gång fanns möjlighet att göra förändringar vad gäller frågornas form och ordningsföljd samt att intervjuaren kunde ställa följdfrågor (Kvale, 1997).

### **Undersökningsgrupp**

Fem sjuksköterskor från psykiatrisk vård samtyckte till att intervjuas om hur de upplevde bältesläggningar. Av de informanter som deltog i studien arbetade tre av dem på en vuxen psykiatrisk vårdavdelning och två av dem på en rättspsykiatrisk avdelning. Fyra informanter var kvinnor och en var man. Informanterna var mellan 27-50 år och de hade arbetat som sjuksköterska inom psykiatri mellan två till femton år. Deras erfarenhet av att bälteslägga varierade mellan 7-40 bältesläggningar.

Kriterier för att delta i studien var att informanterna skulle ha arbetat inom psykiatri i minst ett år samt varit med om minst tre bältesläggningar. Kriterierna ställdes för att informanterna skulle ha erfarenhet av psykiatrisk vård samt några bältesläggningar.

### **Tillvägagångssätt**

Verksamhetschefen på respektive enhet kontaktades via telefon. Det gavs muntlig information om studien och dess syfte, hur lång tid intervjuerna beräknades ta samt att intervjuerna skulle genomföras under informanternas arbetstid. Verksamhetscheferna gav sitt godkännande till att sjuksköterskorna intervjuades under arbetstid. På en av avdelningarna tillfrågade verksamhetschefen personalen om intresse fanns att delta i studien. På den andra avdelningen togs telefonkontakt direkt med avdelningen där en av sjuksköterskorna efterfrågade om intresse fanns att delta i studien.

Ett informationsbrev (bilaga 1) skickades till de tilltänkta informanterna och deras vårdenhetschefer. Studiens syfte och problemområde klargjordes, hur intervjun skulle gå till samt att bandspelare önskades användas. Intervjuguiden (bilaga 2) bifogades tillsammans med informationsbrevet. Detta för att informanterna skulle kunna tänka ut och reflektera över en bra situation att beskriva. Plats och tid för intervjun bestämdes i samråd med informanterna på respektive klinik. Intervjuerna skedde på informanternas arbetsplatser i enskilda samtalsrum för att få vara ostörda under intervjun. Båda studenterna var närvarande under samtliga intervjuer. En av studenterna intervjuade medan den andra antecknade, ställde kompletterande frågor samt skötte bandspelaren.

Informanterna ombads att beskriva en bältesläggning som de hade varit med om. Situationerna som informanterna beskrev varierade från att patienten kom och bad om att få bli lagd i bälte till bältesläggningar där situationerna blev våldsamma och obehagliga. Intervjuerna varade i 20-30 minuter och omfattade introduktionsfrågor, fem huvudfrågor samt följdfrågor.

### **Forskningsetiska aspekter**

Muntlig information gavs vid intervjutillfället om studiens syfte. Anonymitet utlovades vilket innebär att alla personuppgifter kommer att avidentifieras. Deltagandet i studien var frivilligt och informanterna kunde när som helst utan motivering avbryta sin medverkan. Denna information beskrevs även i informationsbrevet (bilaga 1) som skickades ut i förväg. Informanterna gav sitt samtycke såväl muntligt som skriftligt då de skrev under informationsbrevet.

Enligt Helsingforsdeklarationen (Arlebrink, 1996) ska informanterna som deltar i studien bli informerade om studiens syfte och metod. De ska även få information om att deltagandet är frivilligt. Forskaren ska inhämta ett frivilligt samtycke, helst skriftligen. I Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (Ibid.) beskrivs vikten av anonymitet och att all insamlad data ska behandlas konfidentiellt.

All insamlad data som har använts i studien har behandlats konfidentiellt. Alla utskrivna intervjuer har avidentifieras vilket innebär att det inte går att utläsa vilka som har deltagit i studien. Allt material kommer att förstöras efter att studien är slutförd.

### **Analys**

Principen för analysarbetet har utgått från Dahlbergs (1997) beskrivning av kvalitativ dataanalys som grundar sig på tanken att se helhet, söka delar och skapa en ny helhet. Detta innebar att analysen inleddes med att söka efter en helhetsbild av datamaterialet för att sedan studera det i delar och slutligen sammanställa det till en ny helhet (Ibid.).

Analysmetoden har konkret utgått från Graneheims och Lundmans (2003) beskrivning av innehållsanalys. Denna metod innebar att meningsbärande enheter söks i intervjuerna som motsvarar studiens syfte. Innehållet i de meningsbärande enheterna beskrivs genom koncentrerade meningar. Utifrån de koncentrerade meningarna söks koder. Koderna jämförs med varandra och de koder som har samstämmighet med varandra bildar ett tema (bilaga 3).

Direkt efter intervjutillfällena lyssnades intervjuerna igenom. Transkribering av intervjuerna gjordes i nära anslutning till intervjutillfällena, då de bevarats färskt i minnet. De transkriberade texterna lästes sedan igenom ett flertal gånger av författarna var och en för sig för att bli bekanta med texten. Forskaren ska känna sig nära och försjunken i texten. När forskaren med enkelhet kan beskriva de olika situationerna är det dags att gå vidare i analysarbetet (Dahlberg, 1997).

Nästa steg var att söka efter meningsbärande enheter som motsvarade syftet med studien. Preliminära meningsbärande enheter plockades först ut av författarna var och en för sig. Dessa jämfördes sedan och tillsammans plockade författarna ut de slutgiltiga meningsbärande enheterna. När de meningsbärande enheterna hade plockats ut så koncentrerades innehållet i utsagorna med en eller ett par meningar. Frågor ställdes till utsagorna som: hur upplevde sjuksköterskan att lägga en patient i bälte? Vilka känslor beskriver hon? Av de koncentrerade meningarna bildades koder. De olika koderna jämfördes med varandra för att finna ett mönster, det vill säga hur de olika delarna hängde ihop med varandra. Detta gjordes genom att leta efter likheter och skillnader. De som hade likheter med varandra sammanfördes och bildade teman.

## RESULTAT

Vi har valt att kalla samtliga patienter för han och sjuksköterskorna för hon. I vissa citat benämns emellertid patienten som hon. Informanterna omnämns med bokstäverna A-E i resultatet. Detta för att tydliggöra att alla informanter finns representerade i resultatet.

I den slutgiltiga analysen framkom det fyra teman. Dessa var *att bälteslägga av nödvändighet, att bälteslägga för att göra gott, att uppleva rädsla och att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana.*

### **Att bälteslägga av nödvändighet**

Det första temat beskriver upplevelsen av att bältesläggningar gjordes av nödvändighet. Sjuksköterskorna upplevde att bältesläggningarna i samtliga situationer var befogade och att det inte fanns något annat alternativ. Avsikten med bältesläggningarna var att skydda patienterna från att skada sig själva eller någon annan. Trots att sjuksköterskorna upplevde det som ett etiskt dilemma att använda fysiska tvångsåtgärder, såg de inte någon annan utväg, utan åtgärden var nödvändig. Men samtidigt beskriver de ändå hur de kunde uppleva ilska mot patienten.



Samtliga informanter upplevde att de bältesläggningar de hade varit med om var nödvändiga men de poängterade vikten av att använda så milt våld som möjligt. Allt detta gjordes för att minska risken för att skada patienten.

*”Jag har aldrig känt att det när man lägger patienten i bälte så gör man det onödigt så utan det är allra högsta grad nödvändigt.” A*

I de situationer, där informanterna upplevde det som nödvändigt att lägga patienten i bälte, var bältesläggningen en skyddsåtgärd antingen för patienten, medpatienter eller personalen.

*”...och det är det redskapet man har för att ta till som säkerhet.” A*

Enligt informanterna kunde bältesläggningarna upplevas svårt och de beskrev att det kändes som att det kunde se förskräckligt ut för utomstående. Det beskrevs som en etisk aspekt att frihetsberöva en patient. Informanterna ansåg det som *”oetiskt att inte lägga patienten i bälte som är i behov av det.”* Trots det etiska dilemmat som sjuksköterskorna upplevde ansåg de att i slutändan var det nödvändigt att lägga en patient i bältessängen.

*”Det finns ju alltid en etisk aspekt i att frihetsberöva en patient men man får ändå inte låta det ses som det är oetiskt att göra det.” E*

Samtliga informanter påpekade vikten av en bra struktur genom en god planering inför en bältesläggning. Sjuksköterskorna ansåg att planeringen skulle ske på en avskild plats, exempelvis inne på expeditionen. En väl planerad bältesläggning upplevdes underlätta för såväl personalen som patienterna.

*”...brukar vi prata igenom det och planerar hur vi ska göra för att det ska bli så bra som möjligt för patienten.” A*

I de fall då det inte gjordes någon planering och då bältesläggningen kom akut upplevdes det inte som tillfredställande av sjuksköterskorna.

*”Det var ingen bra bältesläggning för att hela avdelningen blev involverad i detta och hörde hur han skrek och hur vi fick stå och bestämma i korridoren vad vi skulle göra.” C*

Sjuksköterskorna upplevde det svårare att genomföra en tvångsåtgärd när det gällde unga eller nyinsjuknade patienter, men då de upplevde att de situationer de berättade om var befogade, och att det inte fanns några andra alternativ, kändes det ändå nödvändigt.

*”Det är lite svårt, unga människor som man tvingas ta till sig en tvångsåtgärd, men vad är alternativet?” B*

*”Det är huvudtaget svårare när det är nya patienter nya insjukna som aldrig har varit med om det här.” C*

Under själva bältesläggningen upplevde sjuksköterskorna ett adrenalinpåslag i kroppen. Tankar som *”vi måste göra detta för patienten skull”* gav sjuksköterskorna styrka i dessa situationer.

*”...som om man har gjort något stort, som om man har sprungit ett helt lopp nästan.” C*

Informanterna beskrev att de kunde bli arga eller irriterade på patienten och höja rösten under bältesläggningen i situationer då patienten var aggressiv och våldsam. Efteråt upplevdes bältesläggningen ändå som positiv då det ansågs som nödvändigt.

*”...man bli ju givetvis arg också samtidigt som man skriker i lite skärp dig för helvete och så där va, det är mycket möjligt att man gör det.” C*

### **Att bälteslägga för att göra gott**

Detta tema beskriver sjuksköterskorna vilja att göra gott vid bältesläggningar. Sjuksköterskorna beskrev hur de av välvilja försökte skydda patienterna från att skada sig själva eller någon annan. Även upplevelser av medkänsla för patienterna och hur sjuksköterskorna försökte att sätta sig in i patienternas situation beskrivs. I sjuksköterskornas vilja att göra gott finns också en medvetenhet om att sträva mot att inte missbruka sin makt som vårdare.

Informanterna upplevde bältesläggningen som bra då det upplevdes som befogat och då det gjordes för patientens bästa. De menade att bältesläggningen var en god omvårdnadsåtgärd i situationer då det gällde att skydda patienten eller andra utifrån grundtanken att vilja göra gott för patienten. Vidare beskrev informanterna vikten av att ge god omvårdnad då patienten låg fastspänd i bältessängen. De beskrev hur de kunde klappa patienten på huvudet i syftet att lugna ner. För att minska patienternas lidande frågade sjuksköterskorna om patienterna önskade något såsom en filt eller något att dricka.

*”Jag kan också känna att jag vill ju vara kvar där för han är ju förmodligen väldigt rädd för han är fastspänt så är han ju väldigt försvarslös och utlämnad... jag stod och klappade honom lite på kinden och huvudet och höll händerna på hans axlar och pratade med honom.” B*

Sjuksköterskorna upplevde att patienterna kunde vara rädda och försvarslösa när de låg fastspända i bältessängen. Samtliga informanter beskrev att de tyckte synd om patienten. Informanterna visade att de hade förståelse för patientens utsatta situation och visade att de brydde sig om patienten genom att ge en god omvårdnad.

*”Det är klart jag tycker synd om honom. Så det gör jag ju. Det är ju svårt. Jag kan också känna att jag vill ju vara kvar där för han är ju förmodligen väldigt rädd för han är fastspänd så är han ju väldigt försvarslös och utlämnad och vi har gjort något som han inte vill.” B*

Informanterna beskrev att de försökte att sätta sig in i patientens situation för att få bättre förståelse för varför patienten beter sig som han gör. De försöker att tänka sig hur de själva skulle känna och bete sig om det var de som skulle bli fastspända i bältessängen.

*”Hur skulle det kännas själv? Skulle inte du slås tillbaka om någon försökte lägga dig i bälte?” C*

Informanterna tyckte att det kändes svårt att hålla fast och bälteslägga en patient. De beskrev det som en motstridighet inom sig själva då de har uppfostrats med att inte ta eller hålla så hårt i en annan människa så att det kan bli blåmärken. Sjuksköterskorna upplevde ändå att

bältesläggning var det bästa de kunde göra för patienten just i situationen. Bältesläggning upplevdes av informanterna som bättre och lugnare för patienterna än fasthållning.

*”...en del patienter blir ju väldigt lugna när de kommer i bältesängen för då vet de att de inte har en chans att komma loss... för lägger man en patient i sängen då är det ju ingen som fysiskt håller i patienten.” D*

Informanterna tyckte att vissa patienter blev lugnare när de väl låg fastspända i bältesängen. Sjuksköterskorna berättade att det var först då när patienterna hade lugnat ner sig som det var möjligt att kommunicera med dem.

*”Men det känns ju ändå som om när de väl är där, han blev ju lugnare då.” B*

Även när sjuksköterskorna upplevde bältesläggningen som kränkande för patienten tyckte de ändå att de hade gjort det enda rätta i situationen. Det fanns inget annat alternativ, de gjorde det för patientens bästa och på så vis handlade det om att göra en god gärning.

*”...det är ju väldigt kränkande att bli lagt i bälte. Och vi gör det ju inte för att vara otrevliga precis utan för att det handlar ju i slutändan om att skydda patienten så att han inte gör något dumt, antingen mot sig själv eller någon annan.” E*

I en situation då patienten själv kom och bad om att bli bälteslagd upplevdes bältesläggningen mer positiv av sjuksköterskan. Hon menade att det kändes bra att inte behöva använda tvång mot patienten. Sjuksköterskan upplevde att patienten blev tryggare av att veta att han kunde bli fastspänd.

*”...just själva bältesläggningen kändes ganska bra i detta fallet. Det kändes som om man gjorde henne en tjänst.” D*

Informanterna upplevde att vissa patienter kunde känna en trygghet i att vara fastspända då de därigenom inte kunde skada sig själva. Sjuksköterskorna beskriver att det förekom mindre våld vid dessa bältesläggningar. De upplevde det som fysiskt lättare och mer etiskt i de situationer då patienten inte gjorde så mycket motstånd.

*”... tycker att det är bra för de är rädda att de ska göra sig själva eller någon annan illa.” A*

Sjuksköterskorna beskriver att de är medvetna om den makt som de har som vårdare och de beskriver hur de försöker att undvika att missbruka den då de vill ge en god vård till patienterna.

*”Gör det då det verkligen behövs, inte för att missbruka sin makt. Ödmjuk i sådana här situationer så att man inte utövar sin makt.” A*

### **Att uppleva rädsla**

I detta tema beskriver sjuksköterskorna den rädsla och det obehag som de kunde uppleva vid en bältesläggning då patienten var aggressiv. Brist på kontroll över situationen eller patienten kunde väcka dessa känslor av rädsla hos sjuksköterskorna. Temat beskriver även en inlevelse i patienternas rädsla.

Informanterna beskrev hur de kunde utsättas för direkta hot mot sig eller sina närstående. Vidare kunde de utsättas för direkt våld eller verbala hot. Detta väckte rädsla och osäkerhet hos informanterna. Hur allvarliga de verbala hoten uppfattades berodde på vilken patient det var.

*” Det är väldigt individuellt. Jag ser inte just när det gäller honom de uttalande så allvarliga.” B*

Det upplevdes som en säkerhet för personalen att få ner en våldsam patient på golvet. Detta för att personalen då hade en bättre kontroll över patienten och det innebar en mindre risk att patienten tillfogade personalen skada.

*”Så fort man får ner honom på golvet känns det betydligt bättre. Det känns säkert för personalen.” E*

Informanterna upplevde rädsla och obehag i de situationer då patienten gjorde motstånd och då bältesläggningen gjordes mot patientens vilja. Känslorna förstärktes i de situationer då patienten var psykotisk eller betraktades som opålitlig och farlig.

*”...man bli ju rädd å så va, men... Det bli man och speciellt om det är någon som är psykotiskt, man vet ju aldrig vad de kan hitta på och i en psykos så vet man inte hur våldsam... han vet kanske inte hur pass stark han är och vad han kan tillfoga personalen med.” E*

Informanterna beskrev en rädsla och ett obehag i att inte ha situationen eller patienten under kontroll.

*”Jag menar den mannen som vi bältesla då visste jag ju inte alls vart jag hade.” E*

Sjuksköterskorna upplevde att även patienterna kunde känna rädsla vid bältesläggning. Sjuksköterskorna kopplade detta till att patienten var försvarslös och utlämnad, han var fastspänd och det var gjort med tvång.

*”Jag tror att han var väldigt rädd och han ville ju inte...” B*

### **Att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana**

I detta tema beskrivs att bältesläggning har blivit en vana som sjuksköterskorna inte reflekterar så mycket över utan det sker på rutin. I detta tema ingår även trygghet i att arbeta med samma kollegor ofta, då sjuksköterskorna kände tillit till de arbetskamrater som de kände väl.

Samtliga informanter menade att bältesläggningar var en vanesak även om ”det tar tid att vänja sig”. De beskrev hur den första bältesläggningen de var med om upplevdes som hemsk då de tyckte att det såg otäckt ut och kändes etiskt fel. Efter att de varit med om ett antal bältesläggningar upplevde de det annorlunda. De kände att med erfarenhet hade de mer kontroll och de visste vad de skulle göra även om det blev en snabb och oplanerad bältesläggning. Det fysiska våldet som personalen kunde utsättas för upplevdes som svårare att vänja sig vid ”det tror jag aldrig man blir bekväm med”.

*” Men på något sätt skapar man sig ändå en trygghet ju fler gånger man är med om det.” E*

Informanterna upplevde bältesläggningarna olika beroende på hur ofta det förekom på avdelningen. Bältesläggningarna beskrevs som *”en större grej”* då det inträffade som högst var tredje månad. På båda avdelningarna hade all involverad personal grupprefleksion efter en bältesläggning. En av informanterna hade erfarenhet från akutpsykiatrisk avdelning där bältesläggningar förekom nästan dagligen. Eftersom bältesläggning var vanligt upplevde sjuksköterskan att personalen hade vant sig vid att bälteslägga. Sjuksköterskan beskrev att behovet av grupprefleksion inte var lika stort på den akutpsykiatriska avdelningen.

*”Det bli inte en lika stor grej som det kanske bli på en vanlig avdelning då. Det är ju skillnad här då det kanske bara sker en gång var tredje månad eller något sådant. Då bli det ju en större grej.” D*

Informanterna upplevde en trygghet om det var samma personalgrupp som arbetade ofta tillsammans. De menade att de kände mer tillit till varandra då alla hade sin roll i gruppen. Detta beskrevs som underlättande vid en bältesläggning för såväl personal som patient.

*”Vi är samma personal som jobbar ihop alltid och då känner vi varandra så det finns det här ödmjukheten eller ärligheten...” A*

Informanterna beskrev att i de situationer då de arbetade med personal från en annan avdelning och inte kände varandra upplevde bältesläggningar orutinerade. Informanterna beskrev brist på struktur vid bältesläggning som påverkade själva bältesläggningen negativt.

*”... och sen upplevde jag att ingen visste vad en annan gjorde... det var väl kanske det här att vi inte var på vår avdelningar och inte kände varandra så bra.” C*

## DISKUSSION

I resultatet framgår sjuksköterskors upplevelse av att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård. Studien visar att sjuksköterskorna upplevde att bältesläggningarna gjordes av nödvändighet och de hade en känsla av att göra gott och vilja väl med handlingen. Samtidigt väckte dessa situationer stundom rädsla särskilt då våldsamheter förekom. Sjuksköterskorna upplevde att bältesläggningarna gjordes till viss del på rutin och vana, vilket gav en känsla av trygghet i att veta hur de skulle handla i förekommande situationer. Därmed är studiens syfte uppnått.

### Metoddiskussion

Fördelarna med en intervjustudie är att man kommer in mer på djupet. Informanterna kan ge detaljerade beskrivningar om en händelse. Det underlättar för forskaren att bilda sig en uppfattning om informanternas upplevelser (Thomsson, 2002). Informanterna i denna studie ombads att beskriva en specifik bältesläggning som de själva hade varit med om. I samband med att informationsbrevet skickades ut bifogades intervjuguiden (bilaga 2). Avsikten med detta var att informanterna skulle ha tid att tänka ut en situation i förväg. En risk med att skicka ut intervjuguiden i förväg kan vara att svaren på intervjufrågorna inte blir lika spontana. Då det ställdes ett flertal följdfrågor som sjuksköterskorna inte hade tillgång till i förväg, blev svaren på intervjufrågorna på ett sätt ändå spontana.

Som alternativ till en intervjustudie hade en litteraturstudie eller en studie av skrivna berättelser kunnat göras. Då sjuksköterskors upplevelser kring bältläggning inte verkade vara ett område som är vidare beforskat, så uteslöts möjligheten att göra en litteraturstudie. Skrivna berättelser är ett alternativ till intervjuer som datainsamlingsmetod men då berättelsen är given har forskaren betydligt mindre möjlighet att komplettera informationen (Dahlberg, 1997). Intervjuer ansågs därför vara mest lämpade för att besvara studiens syfte.

Bandinspelning är den vanligaste metoden som används för att registrera intervjuer. Då bandspelaren används underlättar det för forskaren att fokusera sig på ämnet och helheten i intervjun (Kvale, 1997). Andra fördelar med bandspelare är att all information kommer med ordagrant och citat kan plockas ut (Thomsson, 2002). Bandinspelningen kan tänkas bidra till en ökad kvalitet på studien då intervjuerna spelades in och transkriberades till text. Då intervjufrågorna var relativt öppna, gav informanterna långa svar. Därför var det även en fördel att använda bandspelare. Intervjuerna kunde även lyssnas av ett flertal gånger av studenterna för att bekanta sig med intervjuerna. Därmed minskades risken för att missa väsentlig information. Nackdelar med att använda bandspelare kan vara att informanten blir nervös och tänker mer på sitt ordval. Ett annat problem kan vara att bandspelare inte fungerar optimalt vid intervjutillfället samt eventuella störande ljud runt omkring spelas in (Thomsson, 2002). Informanterna föreföll opåverkade av bandspelaren och ljudkvaliteten på de inspelade intervjuerna var bra.

Validitet innebär att undersöka det som avses att undersökas (Dahlberg, 1997). Reliabilitet innebär att metodens tillförlitlighet och säkerhet mäts. Det anger även att resultatet inte ska vara slumpmässigt (Ibid.). Begreppen validitet och reliabilitet skulle således kunna översättas med tillförlitlighet och trovärdighet. Samtliga informanter beskriver att det känns bra att lägga patienterna i bälte i de situationer det känns nödvändigt och befogat. Bältläggningarna har som avsikt att skydda patienterna från att skada sig själv eller andra. Med utgångspunkt från detta anser vi att studiens resultat har motsvarat studiens syfte.

Validiteten av en kvalitativ studie kan påverkas av intervjuernas kvalitet. Exempel på detta kan vara att intervjuerna avslutas för tidigt eller det som framkommer som självklart under intervjuerna inte har samma innebörd i text (Ibid.). Intervjuerna i denna studie var få och relativt korta. För att få mer djup i intervjuerna hade fler sjuksköterskor kunnat tillfrågas. Hade intervjuerna varat längre och ytterligare följdfrågor hade ställts hade fler känslor kunnat komma fram. Dock anses spridningen av urval och enigheten i resultatet att resultatet skulle kunna tänkas tala för fler sjuksköterskor än de som ingår i studien.

Informanterna fick själva bestämma var intervjun skulle äga rum. Thomsson (2002) beskriver att miljön där intervjun genomförs har betydelse. Hon menar på att de intervjuer som utförs i informantens miljö, där de känner sig trygga, kan bidra till att höja kvaliteten på intervjun och på så vis även på studien. Sjuksköterskorna i denna studie valde att intervjun skulle genomföras på respektive arbetsplats. Intervjuerna uppfattade inga tecken på osäkerhet hos informanterna, utan de berättade öppet om sina känslor och upplevelser kring bältläggningar.

I denna studie har båda studenterna varit närvarande vid samtliga intervjuer. Innan intervjuerna påbörjades tillfrågades informanterna om det gick bra att båda studenterna var närvarande vid intervjun. Thomsson (2002) beskriver att maktsituationen i dessa situationer blir annorlunda. Informanterna hade inga invändningar om att det var två intervjuare. Intervjuerna uppfattade inte heller några tecken på obekvämligheter under intervjuernas gång.

Då det är två intervjuare kan forskarna fokusera på olika saker, dela upp frågeområden samt fylla i och komplettera varandra. Det kan vara en trygghet i att vara två som intervjuar och som försöker förstå vad som har förmedlats under intervjun. En nackdel med att vara två intervjuare är att det är lätt att avbryta varandra eller varandras tankekedjor (Ibid.). Detta inträffade ett par gånger under intervjuernas gång men vi menar att resultatet inte har påverkats nämnvärt av detta. De få gånger detta inträffade följdes båda intervjuarnas följdfrågor upp.

Författarna är medvetna om att de alltid har en förförståelse, det vill säga den förkunskap som vi redan besitter, som kan påverka resultatet. Det är viktigt att medvetande göra sin förförståelse. Förförståelsen har tyglats av författarna exempelvis genom att båda författarna har deltagit vid samtliga intervjuer. Analysen har påbörjats av författarna var och en för sig och sedan jämförts innan de slutgiltiga meningsbärande enheterna plockades ut. Under analysens gång har frågor ställts till texten som; Är det verkligen detta som informanten pratar om? Tolkar vi in något eget i detta? Även medbedömaren har läst samtliga transkriberade intervjuer. Detta anses minska risken av att den egna förförståelsen påverkar resultatet. Enligt Dahlberg (1997) kan förförståelsen inte tas bort helt. "*Ingen forskare kan fullständig nollställa sig inför en studie.*" (Ibid.). Förståelsen ska i första hand uppfattas som något positivt. Utan förförståelse kan det aldrig utvecklas någon förståelse. Samtidigt kan förförståelsen vara ett hinder för öppenheten (Ibid.). Då båda författarna har arbetat inom psykiatri och har erfarenhet av bältesläggning finns en förförståelse om bältesläggning hos författarna, vilket påverkar under analysarbetet. Författarna har därav lagt extra tyngd på att medvetandegöra sin förförståelse av bältesläggningar för att egna värderingar inte ska smygas in i resultatet.

Informanterna i studien har olika ålder, kön och varierande erfarenhet både av bältesläggning och olika områden inom psykiatri. Även de beskrivna situationerna är varierande från att patienten själv bad om att bli fastspänd till mer våldsamma situationer. Dessa variationer höjer studiens tillförlitlighet genom att det blev en spridning och variationer i urvalet av informanter och av de situationer som beskrivs.

Under studiens gång har författarna inte stött på några etiska problem vare sig under intervjuerna eller vid analysen av resultatet. Det har inte heller uppkommit några uppgifter som på grund av vårdens tystnadsplikt måste utelämnas i resultatredovisningen.

De teman som utmynnade ur analysen var svåra att skilja åt, främst *att bälteslägga av nödvändighet* och *att bälteslägga för att göra gott*. Dessa två teman är nära sammanflätade med varandra av den anledningen att bältesläggningen ansågs som nödvändig men den gjordes för patientens bästa. Sjuksköterskorna gör sitt bästa för att bältesläggningen ska bli så bra som möjligt för patienten. Då vi har försökt att se ett mönster i analysen, hur de olika delarna förhåller sig till varandra har det inte sökts efter att skapa kategorier utan att beskriva de teman som framkommer.

## **Resultatdiskussion**

### *Att bälteslägga av nödvändighet*

I resultatet av denna studie framkommer en samstämmighet hos sjuksköterskorna om att bältesläggningarna ses som en nödvändighet i situationer då patienterna är aggressiva och våldsamma. I en studie av Marangos-Frost och Wells (1999) som är gjord utifrån ett sjuksköterskeperspektiv beskrivs att fysiska tvångsåtgärder ses som en sista utväg för att

skydda patienten då han anses skadligt för sig själv eller andra, vilket har samstämmighet med vår studie. Informanterna i vår studie beskriver att de har försökt att använda ett så milt tvång som möjligt vid bältesläggningar. Detta står även i Författningshandboken (2006) där det skrivs att tvång ska utföras så milt som möjligt och patienten bör visas största möjliga hänsyn.

Den subjektiva kroppen är såväl fysisk som psykisk, existentiell och andlig på en och samma gång (Dahlberg et al., 2003). Inom psykiatrin talas det mest om den delen av kroppen som sitter ovanför halsen (Ibid.). Det finns därmed en risk att den övriga kroppen glöms bort, trots att den påverkas av psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna i studien upplever det till exempel jobbigt att genom tvång kontrollera en annan människas kropp vid en psykos. De upplevde det som oetiskt svårt att använda fysiskt våld mot patienterna, trots att patienten i fråga hade tappat kontrollen över sin egen kropp. Sjuksköterskorna menar att det känns fel att vara hårdhänt mot en patient. En fråga att ställa sig kan vara hur människan och den levda kroppen påverkas av att bältesläggas? Oundvikligen kan patienten inte röra sig och denne frihetsberövas tillfälligt.

I resultatet framgår att sjuksköterskorna upplevde det som mer känslomässigt jobbigt att bälteslägga unga eller nyinsjuknade patienter. Sjuksköterskorna menade att de nyinsjuknade patienterna inte hade varit med om en bältesläggning förut och därför kunde reagera kraftigare. En patient som tidigare har varit med om bältesläggning vet vad som kommer att hända. Detta kan jämföras med två andra studier av Olofsson et al. (2000 & 1998) vilket visar att sjuksköterskorna upplevde det som svårare att använda fysisk tvång mot en ny patient. Vidare visar studien att tvångsåtgärder kan utföras på ett bättre sätt i de fall sjuksköterskorna känner patienten.

I en studie om sjuksköterskors upplevelser av att använda tvångsåtgärder, beskrivs dessa åtgärder som något negativt. Sjuksköterskorna i studien upplever vården som positiv men hade negativa uppfattningar om tvångsåtgärder. Vidare framgår att det inte känns bra för sjuksköterskorna efter att ha genomfört en tvångsåtgärd (Olofsson et al., 1998). I resultatet av vår studie framkommer motsatsen då informanterna upplevde tvångsåtgärder, i detta fall bältesläggning, som en bra omvårdnadsåtgärd. De tyckte att det kändes bra efteråt då det var befogat och då de gjorde det för patientens skull. Vidare framkommer att sjuksköterskorna ville hindra patienten från att skada sig själv eller någon annan. Resultaten från dessa studier skiljer sig åt vilket kan bero på urvalet och studiens utformning.

#### *Att bälteslägga för att göra gott*

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskorna försökte sätta sig in i patientens situation för att få en bättre förståelse för patientens utsatthet. Dahlberg (2003) menar att förutsättningen för en god vårdrelation är att personalen möter patienten i dennes livsvärld. Informanterna i vår studie försökte att sätta sig in i patienternas situation. Detta kan ses som ett försök att möta patientens livsvärld samtidigt som det är svårt då livsvärldarna skiljer sig åt avsevärt. Sjuksköterskorna visade att de brydde sig om patienterna och visade empati för dem. Vikten av att ge god omvårdnad till en patient som ligger i en bältesäng poängterades av sjuksköterskorna. De beskriver att en god omvårdnad innebär att prata med patienterna, finnas till för dem och bevara patientens integritet. Vikten av att bevara patientens integritet poängteras även av Ottosson (2005), då han menar att patienten bör få information om åtgärdens syfte. En god omvårdnad och ett medmänskligt bemötande har betydelse för hur patienten upplever tvångsåtgärder. I en patientstudie av Olofsson och Jacobsson (2000) visar det sig att det är möjligt att ge god omvårdnad även i tvångssituationer. I studien framkom att patienterna upplevde att de fick god omvårdnad i de situationer de blev tilltalade och



respekterade som människor samt att de blev informerade om orsaken till tvångsåtgärden. Även Dahlberg (2003) menar att vårdarens förhållningssätt har betydelse för hur vården upplevs av patienten.

I resultatet i vår studie framkommer att sjuksköterskorna upplevde att patienterna kunde känna det som en trygghet att bli fastspänd i bältessängen. De menar att när patienten är fastspänd kan han inte skada sig själv eller någon annan. Detta påvisas även i patientstudien av Olofssons och Jacobssons (2000) där det framgår att patienterna känner en trygghet i att veta att de kan bli fastspända i bältessäng. Då patienterna befinner sig i sin psykos kan de skada sig själva eller någon annan och genom att bli fastspända i bältessäng kan detta undvikas. Dock beskriver informanterna i vår studie vikten av att inte missbruka sin makt som vårdare. Då patienten ligger fastspänd i bältessäng är han maktlös och i underläge. Sjuksköterskorna beskriver att bältesläggning aldrig får användas som straff. Detta kan styrkas av Ottoson och Åsgård som menar att bältesläggning endast får användas i beskyddande syfte (2004).

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna i studien tycker synd om patienterna. Då patienterna ligger fastspända i bälte upplever sjuksköterskorna att patienterna ser försvarslösa och utlämnade ut. Detta kan kopplas till vårdlidande då patienten i sin psykos inte förstår varför han har blivit fastspänd i bältessängen (Dahlberg, 2003).

Informanterna i studien beskrev fasthållning som ett alternativ till bältesläggning då patienten är våldsam. Sjuksköterskorna upplever att fasthållning är mer fysiskt krävande än bältesläggning för både personal och vårdtagare. Enligt sjuksköterskorna upplevdes patienterna lugnare vid en bältesläggning än vid fasthållning. Sjuksköterskorna menar att vid en bältesläggning är det ingen som fysiskt håller i patienten och denne har ingen chans att komma loss. Detta kan vara en viktig aspekt att tänka på i arbetet på en psykiatrisk klinik.

#### *Att uppleva rädsla*

Enligt Sandström (1996) är våld vanligt inom tvångsvård. En förutsättning för att kunna arbeta med våldsbenägna patienter är att kunna erkänna att våld är skrämmande. Sandström (1996) skriver vidare att det enklaste sättet att upptäcka våld är att använda sin intuition. Känns klienten farlig ska denna känsla tas på allvar. Förnekas rädsla leder detta till okänslighet för kollegors utsatthet. Sjuksköterskorna i vår studie beskriver att de ibland utsätts för verbala hot eller fysiskt våld. Dessa känslor förstärktes då patienten var psykotisk och upplevdes som oberäknelig. Sjuksköterskorna beskriver det som obehagligt att inte ha patienten under kontroll. Det upplevs tryggare för personalen att få ner en våldsam patient på golvet. Sjuksköterskorna kände även en trygghet i att ha sina kollegor i närheten och kände en tillit till dessa.

Sjuksköterskorna i studien visar en förståelse för patienternas rädsla, aggressivitet och våldsamhet vid bältesläggningar. Sandström (1996) menar att vårdtagaren har ett behov av att prata om sin rädsla, både rädslan för vad andra kan göra mot honom och vad han kan göra mot andra. När en person talar om sin rädsla verkar det som om risken att utsättas för den minskar. Föreliggande studie visar att sjuksköterskorna kände förståelse för patienternas agerande och rädsla samt att de själva skulle ha reagerat på samma sätt som patienterna om de blev fastspända i en bältessäng. Enligt Dahlberg (2003) är det logiskt att patienten försöker att slåss för sitt liv då denne känner sig hotad. Det är viktigt att personalen har förståelse för denna upplevelse av rädsla hos patienterna.

Carlsson (2003) visar i sin forskning om våldsamma möten inom psykiatrisk vård att rädsla hos vårdaren kan visa sig genom att vårdaren i bemötandet av patienten intar en mer tvingande hållning. Vår studie visar att sjuksköterskorna kan agera verbalt strängt och kommenderande i situationer då patienten är våldsam, vilket kan bero på en underliggande rädsla hos sjuksköterskan.

#### *Att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana*

Jahren Kristoffersen (1998) menar att erfarenhetsinläring innebär att personens tidigare erfarenheter och kunskaper struktureras om och den gamla erfarenheten ses i ett nytt perspektiv. I resultatet framkommer att sjuksköterskorna så småningom kan uppleva bältesläggningar som en vanesak. De menar att upplevelsen av att bälteslägga förändras i takt med att de använder sig av tvångsåtgärden. Med tiden blir det en rutinsak samt att de känner sig mer förbereda inför en bältesläggning även om den är oplanerad. Informanterna betonar även att erfarenhet skapar en trygghet i situationen.

I resultatet framgår att sjuksköterskorna har samtal med varandra i personalgruppen efter en bältesläggning. De går igenom hur bältesläggningen har upplevts av personalen både känslomässigt och rent tekniskt. De upplever det som positivt att ha en uppföljning av tvångsåtgärden. Detta beskrivs även i en studie av Olofsson (1998) som visar på vikten att som sjuksköterska få bekräftelse från kollegor i situationer där tvångsåtgärder har utförts. En annan studie av Olofsson (2005), som beskriver sjuksköterskor upplevelser av grupphandledning efter en tvångsåtgärd, visar att denna handledning upplevdes som positiv då den var i nära anslutning till bältesläggningen. Jahren Kristoffersen (1998) anges att Schön (1993) framhåller vikten av reflektion som kan tillämpas efter en upplevd situation. Även en erfaren sjuksköterska kan utveckla sin erfarenhetsbaserade kunskap genom reflektion. Sjuksköterskorna i vår studie använde sig av såväl självreflektion som gruppreflektion efter en bältesläggning. Detta för att utvecklas som vårdare och ge bättre vård till patienterna även vid tvångssituationer.

Inom vården finns en risk att patienterna blir sedda som objekt. Enligt Bullington (2004) bör vårdpersonalen visa försiktighet i att prata om kroppen som ett objekt. Sjuksköterskorna i vår studie poängterade vikten av att se patienten som en helhet även när de beskrev bältesläggning som en rutinsak.

#### **Konklusion**

Bältesläggning ses enligt informanterna i denna studie som en nödvändig åtgärd inom psykiatrisk vård. Utifrån de situationer som sjuksköterskorna beskriver, anses bältesläggning vara det bästa alternativet för att skydda patienterna från att skada sig själva eller någon annan. Resultatet visar att bältesläggning kan ses som en god omvårdnadsåtgärd i situationer som kräver en sådan drastisk åtgärd. Sjuksköterskorna menar att de bälteslägger patienten av välvilja och att det är det bästa de kan göra för en självdestruktiv eller våldsam patient i en sådan situation. Sjuksköterskorna beskriver en vilja av att göra gott samt ge en god omvårdnad till patienter som ligger fastspända i bältessängen. Genom att försöka förstå patienters situation då de är fastspända i bälte kan möjligen ett föreliggande vårdlidande för patienten minskas. Trots att bältesläggning görs av nödvändighet och vilja att göra gott så kan ändå dessa vårdsituationer ge sjuksköterskorna känslor av rädsla och obehag i synnerhet då de känner sig verbalt eller rent fysiskt hotade. Hur allvarliga dessa hot upplevs av sjuksköterskorna beror på i vilket psykiskt tillstånd patienten befinner sig. Det finns en risk att bältesläggning blir en vana och rutin både på gott och ont. På gott genom att sjuksköterskorna

vet hur de ska agera i situationen och på ont genom att det vanemässiga kan bidra till att patienten blir sedd som en objektiv kropp istället för en levd kropp

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv så väcker föreliggande studie intresse att vidare utforska detta område, men då främst ur ett patientperspektiv. Föreliggande studie väcker frågor som: Hur upplever patienterna att bli lagda i bälte? Det väcker även frågor som: När vårdarnas vilja att göra gott fram till patienterna? eller Kan bältesläggningen ur ett patientperspektiv istället upplevas som ett vårdlidande?

## REFERENSER

- Allgulander, C. (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld i psykiatrisk vård*. (Avh.). Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö Universitet, Acta Wexionensia, nr. 32.
- Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). (1:a upplagan). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Fröberg, U. (1991). *Psykiatrisk tvångsvård. Den nya lagen om psykiatrisk tvångsvård. Författningstext med kommentarer*. Lidingö: Institutet för Medicinsk Rätt.
- Graneheim, UH., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Marangos – Frost, S., & Well, D. (2000). Psychiatric nurse's thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 31, 362-362.
- Raadu, Gunnel. (2006). (37:e upplagan). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.
- Bullington, J.(2004). Den objektiva kroppen och den levda kroppen i behandlingsrummet. I: *När människan möter medicinen. livsvärldens och berättelsens betydelse för förståelsen av sjukdom och medicinsk teknolog*. Olin Lauritzen, S., Svenaeus, F. & Jonsson A-C. (2004). Stockholm: Carlssons Förlag.
- 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.
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L.& Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of advanced nursing* 28, 45-53.
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 8, 357-366.

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

Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ottosson, M. & Åsgård, U. (2004). (3:e upplagan). *Akut psykiatri*. Stockholm: Liber.

Ottosson, J-O. (2005). (1:a upplagan). *Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber.

Sandström, S. (1996). (2:a upplagan). *Våld och hot i människovårdande yrken – teori och bemötande*. Stockholm: Liber

Schön, D. (1993). *Omvårdnads kunskap. I: Allmän omvårdnad 1. Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Jahren Kristoffersen, N. (red.). (1998). Stockholm: Liber.

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Hej!

Vi heter Paula Sjöstedt och Sofie Cela. Vi går sista terminen på sjuksköterskeprogrammet vid Växjö Universitet.

Vi ska nu skriva vårt examensarbete då vi ska göra en intervjustudie som sedan ska presenteras i en C-uppsats. Studien ska handla om sjuksköterskors upplevelser kring bältesläggning.

Vi har båda arbetat inom psykiatri och sett att tvångsvård och tvångsåtgärder är ett etiskt dilemma, såväl för patienten som för vårdpersonalen. En av tvångsåtgärderna som tilltages är t ex bältesläggning.

Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård.

Vi undrar om vi kan få intervjua två eller tre sjuksköterskor på er avdelning? Intervjun kommer att ta ca 1 timma och kommer att spelas in på en bandspelare. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och informanterna kommer att vara anonyma.

Vid intervjutillfället kommer muntlig information att ges samt underskrift på detta informationsblad.

Kriterierna för att delta i studien är att man ska ha arbetat som sjuksköterska inom psykiatri i minst ett år samt varit med vid minst tre bältesläggningar.

Har ni några frågor eller funderingar är ni välkomna att höra av er till någon av oss eller till vår handledare.

Tack för er medverkan!

Paula Sjöstedt  
Mobil nr. 073-xxxxxxx  
E-post [psjuc03@student.vxu.se](mailto:psjuc03@student.vxu.se)

Sofie Cela  
Mobil nr. 073-xxxxxxx  
E-post [sceuc03@student.vxu.se](mailto:sceuc03@student.vxu.se)

Handledare  
Ulrica Hörberg  
Tel. 0470-xxxxxxx  
E-post. [ulrica.horberg@vxu.se](mailto:ulrica.horberg@vxu.se)

Jag deltar  Ja  Nej

Underskrift / Datum / Ort

---

## **INTERVJUGUIDE**

Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bälteslägga patienter inom psykiatrisk tvångsvård.

### Introduktionsfrågor

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska inom psykiatri?

Ungefär hur många bältesläggningar har du varit med om?

Kan du berätta om en bältesläggning du har varit med om?

Hur upplevde du situationen innan bältesläggningen?

Hur upplevde du själva bältesläggningen?

Hur upplevde du bältesläggningen efteråt?

Hur upplevde du situationen efter bältesläggningen när patienten hade lugnat ner sig?

Exempel på hur innehållsanalys har använts i analysen.

Meningsbärande enheter	Koncentrerade meningar	Koder
<p>Första gången man var med om en bältesläggning var jag som åskådare och jag tyckte då att det var något större, hemskare eller så än vad jag tycker att det är nu. Men det kan vara att man har vant sig också då. Antagligen så har man gjort det då kan jag tänka mig men det är ju... Man har sett jättemånga bältesläggningar.</p>	<p>Man vänjer sig genom att bälteslägga någon</p>	<p>Vana  &gt;&gt;&gt; Att uppleva att bältesläggning görs på rutin eller blir en vana</p>
<p>Utifrån så ser det ju förskräckligt ut men just då så är det kanske nödvändigt att använda det så att han inte ska skada någon annan eller sig själv då ju</p>	<p>Kan se förskräckligt ut men man gör det för patienten skull</p>	<p>Nödvändigt  &gt;&gt;&gt;Att bälteslägga av nödvändighet</p>