



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1001

Antall ord: 7731

# Hvordan redusere bruken av tvang i en akutt psykiatrisk avdeling?



Illustrasjonsfoto: Privat

”Jeg er ikke interessert i å spise smuler av medfølelse fra bordet til en som ser på seg selv som min herre. Jeg vil ha hele menyen av rettigheter”

Desmond Tutu

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Haugesund.

Bachelor i sykepleie, Kull 2012

Antall ord: 7731

## **Sammendrag**

### **Problemstilling:**

Hvordan redusere bruken av tvang i en akutt psykiatrisk avdeling?

### **Bakgrunn:**

Det har vært et økende fokus på bruken av tvang innen psykiatri i Norge, hvor det har kommet frem uheldige historier om pasienter i media som har vært utsatt for tvilsom og traumatisk tvangsbruk. Dette sammen med det jeg selv har erfart som student i psykiatripraksis vekket min interesse for tema.

### **Hensikt:**

Hensikten er å besvare problemstillingen.

### **Metode:**

Litteraturstudie basert på pensum, 5 utvalgte vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur.

### **Funn:**

For å redusere bruken av tvang på en akutt psykiatrisk avdeling må sykepleieren anvende sin fagkunnskap og kompetanse til opparbeide en god relasjon til pasienten. Det foreligger allerede en del kunnskap om alternativer til tvang, disse må implementeres i praksisen.

### **Konklusjon:**

En god relasjon mellom sykepleier og pasient kan bidra til å redusere bruken av tvang ved at de involverte har gjensidig tillit og respekt for hverandre.

Nøkkelord: tvang, tillit, akutt psykiatrisk avdeling, sykepleier-pasient forhold

## **Abstract**

### **Research question:**

How to reduce the use of coercion in an acute psychiatric ward?

### **Background:**

There has been an increased focus on the use of coercion in psychiatry in Norway. It has emerged unfortunate stories of patients in the media who have been exposed to questionable and traumatic coercion. This, together with what I experiences as a student in psychiatry practice made me choose this theme.

### **Aim:**

The aim is to answer the research question.

### **Method:**

Based on a study of literature of curriculum, five carefully chosen articles and other literature being relevant for the task.

### **Findings:**

To reduce the use of force on an acute psychiatric ward, the nurse must apply their knowledge and skills to build a good relationship with the patient. There are already some knowledge about alternatives to coercion, these must be implemented in practice.

### **Conclusion:**

A good relationship between nurse and patient can help to reduce the use of coercion when those involved have mutually trust and respect for each other.

Keywords: coercion, trust, acute psychiatric ward, nurse-patient relation

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.2.1 Avgrensing og presisering .....	1
1.3 Formålet med bacheloroppgaven .....	1
<b>2.0 Teori .....</b>	<b>2</b>
2.1 Sykepleiefaglig tilnærming.....	2
2.1.1 Kari Martinsen.....	2
2.1.2 Joyce Travelbee.....	3
2.2 Sentrale føringer .....	4
2.3 Begrep å begripe med .....	5
2.3.1 Tvang.....	5
2.3.2 Makt.....	6
2.3.3 Etske utfordringer.....	6
2.3.4 Tillit.....	7
2.4 Tilnærming til tvang .....	7
2.4.1 Grensesetting.....	8
2.4.2 Anerkjennende terapi.....	9
2.4.3 Pasienterfaringer.....	10
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1 Hva er metode? .....	12
3.2 Litteraturstudie som metode .....	12
3.3 Kildekritikk og forskningsetikk.....	13
3.4 Litteratursøk.....	14
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>16</b>
4.1 Larsen og Terkelsen, 2014.....	16
4.2 Stenhouse, 2011 .....	16
4.3 Husum, Bjørngaard, Finset og Ruud, 2010.....	17
4.4 Hem og Ruyter, 2008.....	18
4.5 Torbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit, 2014.....	18
<b>5.0 Drøfting.....</b>	<b>20</b>
5.1 Tvang i ulike perspektiv.....	20

5.1.1 Tvang; samfunnsperspektiv.....	20
5.1.2 Tvang; sykepleieperspektivet.....	21
5.1.3 Tvang; pasientperspektivet.....	22
5.2 Ulike tilnæringsmåter som kan redusere negativ tvangsbruk.....	23
5.2.1 Grensesetting.....	24
5.2.2 Anerkjennende terapi.....	25
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>27</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>28</b>

### **Vedlegg I: Litteratursøk**

Tabell 1: Faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Side 4

Tabell 2: Fokus på system. Forutsigbarhet og stabilitet. Side 9

Tabell 3: Viktige områder innen anerkjennende terapi. Side 10

Tabell 4: Kvalitetsvurdering av forskningsartikler. Side 14

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har vært et økende fokus på bruken av tvang innen psykiatri i Norge. Det har kommet frem uheldige historier om pasienter i media som har vært utsatt for tvilsom og traumatisk tvangsbruk. Dette sammen med det jeg selv har erfart som student i psykiatripraksis vekket min interesse for tema. Jeg har selv observert hvor mye relasjonsarbeid i forkant hadde å si når jeg stod oppi en vanskelig situasjon og tvangsbruken jeg har observert. I den forbindelse valgte jeg å fokusere min besvarelse på hvordan en som sykepleier kan redusere bruken av unødvendig tvang.

### 1.2 Problemstilling

*Hvordan redusere bruken av tvang i en akutt psykiatrisk avdeling?*

#### 1.2.1 Avgrensning og presisering

Akutt psykiatrisk avdeling er en institusjon hvor pasientene har begrensninger med hensyn til autonomi og mer eller mindre kontakt med omverdenen. Pasientene som er innlagt trenger akutt hjelp og er svært dårlige, ofte til fare for seg selv eller andre.

Pasientmålgruppen er voksne, over 18 år; både kvinner og menn, uavhengig om de er innlagt under tvang eller frivillig. Oppgaven er ikke sentrert rundt en spesifikk diagnose.

Opgaven tar for seg sykepleieprofesjonen og ikke spesialisering av profesjonen.

### 1.3 Formålet med bacheloroppgaven

Tvang er et spennende og viktig tema. Et tema jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap rundt slik at jeg kan formidle denne kunnskapen videre, samt håper jeg at jeg kan være med på å øke fokuset rundt tillitsskapende tiltak som kan være med på å redusere negativ form for tvang.

## 2.0 Teori

Oppgavens teoridel vil først ta for seg Kari Martinsen og Joyce Travelbees sykepleieteorier, deretter gå over i hva loven sier og hva som er i fokus i samfunnet rundt tvang. Neste steg blir å begripe relevante begrep som tvang, makt, etiske utfordringer og tillit. Til slutt vil det bli sett nærmere på tilnærminger til tvang, her blir det beskrevet hva en god relasjon er, beskrive grensesettende tilnærming og anerkjennende terapi, samt et eget underkapittel om positive og negative pasienterfaringer i forbindelse med tvang.

### 2.1 Sykepleiefaglig tilnærming

Det blir tatt utgangspunkt i to sykepleieteoretikere; Kari Martinsen og Joyce Travelbee, hvor enkelte likheter og ulikheter dem i mellom passer godt inn i min besvarelse. Begge har fokus på sykepleier-pasient-forholdet, samt hvilke krav det ligger i dette for sykepleieren. Videre har Kari Martinsens omsorgsteori et fokus på tillit, asymmetri, svak paternalisme og urørlighetssone som vil henge i tråd med hele besvarelsen. Joyce Travelbees fokus på den mellommenneskelige prosessen vil bli trukket parallell opp i mot anerkjennende terapi senere i besvarelsen.

#### 2.1.1 Kari Martinsen

For Martinsen er omsorg en forutsetning for sykepleieutøvelsen (Lillestø, 2011, s. 395), hvor sykepleieren må kombinere et personlig engasjement med solide fagkunnskaper i møtet med pasienten (Holter, 2011, s. 143). Martinsen (2005, s. 136-148) sier videre at tillit er sentralt i sykepleierens omsorg ettersom den er både etisk og interaktiv. Sykepleieren må derfor gå inn i relasjoner med sensitivitet og ha som mål å hjelpe pasienten best mulig. For å bli tilliten verdig argumenterer hun for en autoritetsstruktur med svak paternalisme, hvor sykepleieren handler ut i fra faglig skjønn og personlig interesse. Det er her makt og forskjellige avhengighetsformer kan utspilles.

Da omsorgen er asymmetrisk (Nortvedt, 2012, s. 54) og sykepleieren ut i fra sin profesjon kan sette grenser for pasientens oppførsel, blir regelen å hindre at tillitsforholdet mellom sykepleier og pasienten ødelegges. Omsorgen skal skje uten krav om gjentelse. Dersom pasienten blir usikker på om han får hjelp kan tilliten bli erstattet med mistillit (Lillestø, 2011,



s. 396-397). Martinsen (2005, s. 32) vektlegger også urørlighetssonen som har med menneskets integritet å gjøre, det er noe en ikke skal røre ved. Sykepleieren må være bevisst dette i møtet med pasienten, dersom en ikke holder det som er urørlig, urørt, kan det oppleves krenkende. Dette appellerer at sykepleieren har en vilje til å beskytte det sårbare og holde den hel og uskadd

Martinsen (2005, s. 165) sier også i sin teori at omsorgen viser til kompetanse. Den faglige dyktige sykepleieren er kritisk til arbeidsforhold og strukturer i omsorgens felt som innsnevrer tillitens rom og gjør arbeidet rutinepreget. Sykepleieren må ha et reflektert forhold til prioriteringer og verdier i helsevesenet. Ved å overveie situasjoner og utøve selvkritikk kan en lære, slik at en kan møte nye utfordrende omsorgssituasjoner mer forberedt (Alvsvåg, 2011, s. 420).

### **2.1.2 Joyce Travelbee**

Travelbee er opptatt av pasient-sykepleierforholdet og de mellommenneskelige forholdene i sin teori (Omhelte, 2016). For at sykepleieren og pasienten skal nå menneske-til-menneskeforholdet må de gjennom en prosess over fire faser, se tabell 1: ”Faser i etableringen av et menneske-til-menneske forhold”, hvor tillit vil være et av resultatene. Denne prosessen er ikke statisk, men dynamisk. Prosessen er altså skiftende og preget av mangefasettert erfaring, en erfaring som ikke kommer av seg selv, men som bygges og etableres dag for dag. Den krever at sykepleieren innehar fagkunnskaper, har evnen til å bruke seg selv terapeutisk og evnen til å anvende denne kompetansen i praksis. Til slutt vil sykepleieren og pasienten ha etablert et nært og genuint forhold til hverandre (Travelbee, 2003, s. 210-217).

Faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold				
Fasene:	1. Det innledende møtet	2. Framvekst av identiteter	3. Empatifasen	4. Sympati og medfølelse
Kort fortalt:	<i>/Førsteintrykket</i> - Observasjon - Antakelser og meninger - Stereotypisk - ”Sykepleier” og ”pasient”	- Verdsetter den andre som individ - Etablere tilknytning - Likheter og forskjeller - Bruker seg selv som målestokk - Misunnelse	- Evnen til å leve seg inn, samtidig som en står utenfor - Tillit er nødvendig - Ønske om å forstå den andre - Akseptasjon	- Lindre plager - Bevisst hvordan en forholder seg til andre - Følelsesmessig involvering - Realitetsorientert
Sykepleieoppgave:	Bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i ”pasienten”	Bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det individuelle ved det andre mennesket.	Det å forstå og kunne forutsi den andres atferd er ikke tilstrekkelig, sykepleieren må ønske å hjelpe den syke	Omsette medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger

*Tabell 1: Faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold*

## 2.2 Sentrale føringer

For å vite hvordan en skal redusere bruken av tvang må en ha kunnskaper om hva som er hjemlet i loven, da er både psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven viktige å se nærmere på. Videre bør en se på hvilke krav det stilles til sykepleierens profesjon.

Psykisk Helsevernloven (1999) i § 4-8 står det at dersom tvangsmidler skal benyttes lovlig må pasienten enten være i fare for seg selv eller andre, eller at det er fare for betydelig skade på klær, inventar, bygninger eller annet. I § 4-2 i samme lov står det at tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, en skal så langt det lar seg gjøre ta hensyn til pasienten. I tillegg må en bemerke seg at før det blir tatt i bruk tvangsmidler må mindre restriktive midler være forsøkt og vist seg uten effekt. Tvangsmidler kan brukes selv om en er frivillig innlagt. Tvangslovgivningen oppfattes å være i overensstemmelse med Norges menneskerettighetsforpliktelser. Menneskerettighetene setter blant annet grenser for hvordan en person kan behandles, samt kravet om at den personlige integritet skal respekteres. Denne beskyttelsen er viktig, særlig når det kommer spørsmål om en skal iverksette tiltak overfor en person uten samtykke (NOU 2011:9).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal bidra til å fremme tillitsforhold, ivareta respekten for pasientens integritet og menneskeverdet. Kapittel 4A har som formål å forebygge og begrense bruken av tvang, hjelpen tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet, samt om mulig, være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. § 4-1 i samme lov sier at helsehjelp bare kan gis med pasientenes samtykke, men samtykkekompetansen kan bortfalle etter § 4-3, dersom pasienten helt eller delvis på grunn av psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Dette har sykepleierne plikt å informere pasientene om, etter de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2011), her står det også at sykepleieren har et etisk, faglig og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i sykepleieutøvelsen. I tillegg til å være kunnskapsbasert, skal sykepleierne sette seg inn i lovverket og bygge sykepleien på omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2014).

## **2.3 Begrep å begripe med**

I dette kapittelet vil jeg ta for meg begrepene tvang, makt, etikk i form av etiske utfordringer og tillit for å belyse problemstillingen min.

### **2.3.1 Tvang**

I litteraturen skiller en mellom formell og uformell bruk av tvang (Hatling, 2014, s. 252). I forskning tar en også med opplevd tvang (Bjørgen, Storvold, Norvoll & Husum, 2014), et fokus jeg kommer til å gå mer inn på i underkapittelet, ”Pasienterfaringer”. Den formelle tvangsbruken er den som er regulert gjennom psykisk helsevernloven (Hatling, 2014, s. 252). Denne loven, dets forskrifter og tilhørende regelfragmenter er satt for å verne om pasientens integritet og verdighet. Derfor er det viktig at sykepleiere setter seg inn i disse reglene, men ikke alle regler er like klare og inviterer til eller krever at en bruker faglig skjønn (Syse, 2010, s. 264-165). Den uformelle tvangsbruken er fenomener med tvangsaspekter, men som da ikke er regulert av lovverket. Eksempler på dette kan være grensesetting, kommunikasjonsformer og husregler (Hatling, 2014, s. 252). Grensesettende tilnærming blir nærmere beskrevet i delkapittelet, ”Grensesetting”.

### 2.3.2 Makt

Som med tvang kan vi skille makt inn i formell og uformell. Kort fortalt er den formelle forankret i et system og sykepleieren har denne makt dersom samfunnet har gitt vedkommende retten til å utøve makt. Den uformelle makt er ikke nedtegnet i avtaler, den eksisterer ved siden av den formelle. Ulike maktstrategier kan brukes for å kontrollere pasientene; måten en kommuniserer på, påvirkning og overtalelse, informasjonskontroll og profesjonsmakt. Hensikten er å ivareta pasientens behov på et faglig perspektiv (Ingstad, 2013, s. 155-160).

Makt kan oppleves positiv, nøytral og negativ, alt etter hvordan den styres og brukes i samhandlingen. Sykepleiere som benytter makten på en måte som hjelper pasienten, kan betraktes som positiv. Negativ er når den blir brukt illegitimt. Hva som er rett eller galt må avgjøres i hvert enkelt tilfelle. For at makten skal brukes til pasientenes beste, kreves det at sykepleierne er reflekterte. Makt kan ikke forstås uten avmakt, noe både sykepleierne og pasientene kan oppleve. Det typiske her er at en ikke har kontroll over situasjonen og opplever å være ute av stand til å påvirke den (Ingstad, 2013, s. 162-170).

### 2.3.3 Etske utfordringer

Etikken, i likhet med lovverket, har et hovedformål å regulere atferd og løse konflikter. Det er en systematisk analyse av moralske normer og refleksjon over hvilke funksjoner de har i menneskelig handling. Etikken forutsetter en viss solidaritet mellom mennesker og om menneskers ansvar for hverandre som er mer omfattende enn det jusen forutsetter (Hummelvoll, 2012, s. 94).

Tvang mot pasienter medfører i mange tilfeller til store etiske utfordringer. Innen psykisk helsevern kan en ofte stå ovenfor situasjoner preget av etiske dilemmaer hvor ingen av alternativene synes tilfredsstillende. Da er det viktig at personalet er bevisst denne usikkerheten og sørger for at bruken av tvang skjer på en mest mulig human måte. Ofte er det ikke et klart svar, i stedet for riktige svar, reises nye spørsmål. Hummelvoll (2012, s. 88) sier at denne etiske sensitiviteten er en viktig forutsetning for god praksis. Etisk sensitivitet og kunnskap er en forutsetning for å sikre at de som søker hjelp, eller som andre bestemmer trenger hjelp, får verdig behandling og omsorg.

I denne sammenheng velger jeg å fokusere på autonomiprinsippet (Nortvedt, 2012, s. 96), som inngår som et av de viktigste prinsippene innen etikken. Vatne (2011, s.130) sier at autonomi innebærer at pasientene har selvbestemmelse, noe som forutsetter kapasitet til å vurdere konsekvensene av valgene og ta ansvar for disse. Hjelpeapparatet kommer inn når mennesker av ulike grunner mangler denne evnen. Mennesker med psykiske lidelser kan i enkelte situasjoner ha manglende vurderingsevne. De kan komme til skade dersom hjelpere ikke tar ansvaret for eller fra dem. Det kan også være slik at pasientene ikke vil medvirke.

#### **2.3.4 Tillit**

Det er vanlig å mene at forholdet mellom sykepleiere og pasienter bygger på tillit, hvor tilliten til sykepleieren innebærer å stole på deres kompetanse. For pasienter vil denne type relasjon bety at man også kan bli utsatt for spesielle former for makt. Pasienten kan derfor bli sårbar. Vi kan kalle denne siden av tillit for transaksjonell hvor en person overlater noe til den andre. Kjernen i denne forbindelsen er at makt- og tillitsrelasjoner har et identisk indre kontroll/interesse-struktur, hvor begge typer relasjoner kan slå over til den andre relasjonen. Tillit er enklere å bære enn mistillit, da mistillit krever mer aktsomhet. Tillit er ikke noe man automatisk har, en må jobbe for det og dette er et viktig mål å ha på flere måter. Ved å skape tillit mellom sykepleier og pasient kan en redusere transaksjonskostnader, lette overføring av informasjon og kunnskap, gjøre samarbeid lettere, samt åpne opp handlingsrom for tillitsgiveren (Grimen, 2008, s. 197-202).

Formen av tillit som blir referert til i denne besvarelsen er altså ikke mellom likeverdige parter, den er asymmetrisk, hvor den ene parten trenger den kunnskap den andre innehar. Pasienters sårbarhet i denne asymmetrien kan gjøre pasientene svært sårbare og føre til et reelt problem. Psykiatriske pasienter får ofte protester fortolket som symptomer på sin sykdom, noe som ser ut til å være et varig trekk ved psykiatriske sykehus (Grimen, 2008, s. 197-202).

#### **2.4 Tilnærming til tvang**

Kapittelet vil i første omgang ta for seg den gode relasjon, for så å se nærmere på terapeutiske og antiterapeutiske sider av den skjulte tvangen; grensesetting. Som et alternativ til skjult tvang, velger jeg å ta for meg anerkjennende terapi. Til slutt vil jeg belyse negative og

positive erfaringer pasienter har hatt med bruken av tvang, samt hva pasientene selv mener kan redusere bruken av tvang.

En god relasjon blir opplevd som det viktigste for de fleste, hvor møtet mellom sykepleieren og pasienten har en større betydning enn regler og fysiske tiltak. Ved å anerkjenne opplevelsene uten å dømme, og samtidig vise forståelse og respekt for individuelle ulikheter vil man komme mye nærmere et likeverdig møte (Bjørgen et al., 2014). Den gode relasjon forutsetter at sykepleieren undersøker om samarbeidet er nyttig, hun må ha mot til å møte mangfoldet og det individuelle, samt bruke kunnskapen og kompetansen i et samarbeid med pasienten, da pasientene verdsetter sykepleiere som deler makt (Hummelvoll, 2012, s. 67-68). Hummelvoll sier videre (s. 269) at et positivt samarbeidsforhold er nødvendig for at behandling og omsorg skal gi resultater. For at personalet skal fungere terapeutisk må holdningene være preget av forståelse for pasientens avhengige situasjon samt hans unike erfaringsverden. Sykepleieren må sette seg inn i pasientsituasjonen og granske relasjonen som har utviklet seg med pasienten slik at relasjonen kan brukes til pasientens beste. For at relasjonen skal fungere terapeutisk må omsorgen stå i sentrum, sammen med respekt og tillit (Vatne, 2006, s. 208).

#### **2.4.1 Grensesetting**

Grensesetting er nødvendig når pasientens egen kontroll evne svikter og deres atferd krenker andres rettigheter og sikkerhet, eller deres egen. Grensesettingen må ikke bli en straffereaksjon eller en maktdemonstrasjon. Da kan den bli antiterapeutisk og bli preget av unødvendig kontroll og unødvendige regler. For at en skal oppfatte grensesettingen som terapeutisk, bør den inneholde elementene: omsorg, sikkerhet, trygghet, læring og struktur. Sykepleierne må derfor forklare åpent og klart hva som kan og ikke kan godtas, samt fortelle hva som skjer om grensene overskrides. En må altså møte pasientene på en bestemt, men anerkjennende måte. Dersom man selv reagerer følelsesmessig kan en lett miste oversikten, som igjen kan føre til en maktkamp (Hummelvoll, 2012, s. 265-268). Vatne (2006, s. 16) sier at grensesetting kan være et stort hinder for et konstruktivt samarbeid mellom sykepleier og pasient, særlig når den blir utført på en autoritær måte. Alternative måten bør derfor utvikles.

Mål- og tilnæringsformer ved grensesetting kan relateres til ulike roller. Rollene fungerer som en samlebetegnelse for ulike korrigerende tilnæringsformer. I praksis vil disse rollene

og tilnæringsmåtene gli over i hverandre og brukes om hverandre. Jeg vil bruke tabellen nedenfor for å visualisere korrigerende roller og tilnæringsformer som er blitt funnet anvendt i møte med pasienter (Vatne, 2006, s. 45-46).

FOKUS PÅ SYSTEM			
FORUTSIGBARHET OG STABILITET			
Omsorgsrolle	Oppdragerrolle		Vokterrolle
Begrense			Stoppe
Omsorg	Appell til fornuft	Skjult tvang Disiplinering	Passiv overvåkning Gripe inn med tvang
Gi råd og anbefalinger om atferd	Informere, Motivere for å	Avlede Ignorere Overhøre	Ansvarliggjøre Skjerme Isolere
Informere om - regler for atferd - konsekvenser av regelbrudd Trygge	Realitetsorientere - fortolke pasientens utsagn, atferd, tilstand som avvikende - påpeke negativ atferd	Inngå fiktive avtaler (påbud) Sanksjonere: - gi enten-eller-valg - belønne - straffe	Tvinge - mekanisk - fysisk, romlig - kjemisk - til egenomsorg

*Tabell 2: Fokus på system. Forutsigbarhet og stabilitet.*

#### 2.4.2 Anerkjennende terapi

Som et alternativ til skjult tvang kan en benytte det anerkjennende perspektivet. Her har en fokus på pasientens mangel på å ta korrigerende, at dette kan være et uttrykk for at interaksjonen med sykepleieren ikke fungerer med pasienten. Sykepleieren bør utvikle en samarbeidende rolle hvor en vektlegger undrende refleksjon og selvavgrensing, i stedet for å balansere mellom ulike former for tvang og anerkjennelse (Vatne, 2006, s. 167).

Kjennetegn ved mennesker med alvorlige psykiske lidelser er at de ofte synes å være fastlåste i sine oppfatninger av sin situasjon, noe som kan medføre at relasjonen mellom sykepleier og pasient blir fastlåst, at samtalene og væremåtene blir gjentakende og det er vanskelig å løse opp i disse, anerkjennelse kan være en måte å fikse dette på (Vatne, 2006, s. 126) , se tabell 3 for nærmere forklaring på viktige områder innen anerkjennende terapi:

<b>Viktige områder innen anerkjennende terapi</b>	
Områder:	Kort forklart:
1. Gå med symptomene	Sykepleieren må kjenne til hvilken mening symptomene eller uttrykkene har for pasienten
2. Selvrefleksjon og selvavgrensing i terapeutisk sammenheng	At sykepleieren skiller egne følelser fra pasientenes; en må kunne forholde seg til seg selv, samt være sitt eget objekt.
3. Kognitiv og kroppslig refleksivitet	Omfatter de umiddelbare følelsesmessige sanseinntrykkene vi har.
4. Gjensidighet	Viktig i en virksom relasjon. Sentralt her er likeverd. Likeverd innebærer respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte.
5. Anerkjennelse	Et sammenhengende sett av samværsmåter, samværsmåter som inngår i gjensidig anerkjennelse.
6. Omsorg – Å være til stede for pasienten	Være lyttende og oppmerksomt til stede.
7. Å lytte aktivt	Dele det en har oppfattet med pasienten.

*Tabell 3: Viktige områder innen anerkjennende terapi.*

Da denne form for terapi baserer seg på åpenhet, refleksjon og samarbeid er de med på å redusere ekspertmakt, spesielt bruk av skjult tvang. Ved at pasientene har opplevelse å føle seg anerkjent, kan det forebygge eskalering av maktesløshet og motreaksjoner av avvikende atferd som ofte fører til at personalet føler at de må bruke sterkere makt. Selv om personalet utvikler en anerkjennende tilnærming, vil de likevel være i situasjoner hvor de må bruke tvang, både skjult og åpen (Vatne, 2006, s. 168).

### **2.4.3 Pasienterfaringer**

Det er en politisk målsetting at bruken av tvang innen psykisk helsevern skal reduseres, da er pasientenes egne erfaringer av tvangen viktig (Erfaringskompetanse, 2012). Hvordan pasientene opplever tvang varierer og samsvarer ikke alltid med den formelle tvangsbruken. Skjult tvang, som grensesetting, kan være avgjørende for tvangsopplevelsen (Bjørngen et al., 2014). Grensesetting får mye negativ oppmerksomhet, selv om noen pasienter opplever at dette hjelper (Erfaringskompetanse, 2012) ved at en blir roligere med fysisk overmakt og får følelsen av at de ikke kan skade noen andre (Hummelvoll, 2012, s. 270) men for enkelte kan



for mye grenser forsterke en negativ følelse hos pasientene og oppleves krenkende (Erfaringskompetanse, 2012).

Pasienter med gode erfaringer etter opplevelse av tvang, henger sammen med at de fikk være med å bestemme, at behandlingen syntes å redusere lidelsen og integriteten deres ble styrket (Erfaringskompetanse, 2012). Pasientene verdsetter de som deler makt, er tilgjengelige, villige til å tøyne grenser og yte det lille ekstra (Hummelvoll, 2012, s. 68). Mange pasienter snakket også om at det som hjalp var nettopp å komme på et trygt sted, fri fra impulser, hvor en fikk være den en er uten trusler om tvang. Selv om en utfører tvangen på en god måte og opplevelsen er gode i ettertid, overskygger den likevel ikke belastningen den har for mange pasienter (Bjørngen et al., 2014).

Misfornøyde pasienter sier at tvangen ikke hjalp på lidelsen og førte ikke til bedring. De mener at personalet tyr til tvang for raskt, av frykt og praktiske årsaker. De opplever det unødvendig og urettferdig, krenkende og straffende. Manglende stimuli på avdelingen gjorde at vanskelige situasjoner ble forsterket. Andre nevnte også at de ikke opplevde at personalet skjønnte deres behov og savnet mer tilstedeværelse (Bjørngen et al., 2014).

Pasientene vil bli behandlet som hele mennesker, i stedet for å bli objektivisert som en ”pasient”. De opplever at fokuset er for mye på sykdom og problemer, som forsterker en følelse av å være annerledes (Erfaringskompetanse, 2012). De ønsker å bli spurt om hva de trenger og hva de tror kan hjelpe, og mener at personalets samarbeidsinnstilling vil styrke relasjonsutviklingen (Hummelvoll, 2012, s. 355).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

Ifølge sosiologen Vilhelm Aubert (Dalland, 2012, s. 111):

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

Et fagområde kan ses og forstås fra forskjellige perspektiver, det betyr ikke at en trenger å være enig i den andres perspektiv, men det kan belyse og få en til å ”se” situasjonen fra den andres situasjon (Mikkelsen & Hage, 2011, s. 263). Derfor blir det viktig å finne frem til relevante metoder som kan besvare problemstillingen som en har valgt ut (Dalland, 2012, s. 112).

Problemstillingen min kan løses med forskjellige metoder. Forskningsartiklene jeg har valgt ut finnes i resultatkapitlet, der den ene er kvantitativ og fire er kvalitative. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av temaet mitt. Kvantitative metoder går i bredden, datasamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet, forskeren ser utenfra og er preget av et jeg-det-forhold. Den kvalitative metoden går i dybden, datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet, forskeren ser fenomenet innenfra og det er et jeg-du-forhold (Dalland, 2012, s. 114). Dette passer godt inn i min besvarelse av bacheloroppgaven da jeg er interessert i data som fanger opp sykepleieren og pasientenes opplevelse av hva som er negative og positive opplevelser av tvang, samt hva som kan redusere bruken av tvang.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie tar utgangspunkt i en relevant problemstilling (Dalland, 2012, s. 226) og besvares ved å identifisere, analysere, vurdere og velge ut relevant forskning innenfor området. Forskingen må være aktuell og kvalitetssikret, der både metode og resultat blir presentert (Forsberg & Wengström, 2012, s. 31). I denne metoden er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223).

Min besvarelse er basert på skriftlige kilder; eksisterende kunnskap (Dalland, 2012, s. 228) som jeg anser som relevante for å kunne forklare begreper og finne teori for å belyse min problemstilling. Litteraturgjennomgang gjør at en tydeligere ser hva som er ønskelig å skrive om (Dalland, 2012, s. 223). Dalland sier videre (2012, s. 229-231) at når data er presentert i form av teori og resultat skal en starte drøftingen, en må være klar på hva som er teori og hva som er egne meninger. Drøftingen er en diskusjon med seg selv over materialet en har samlet, hvor en setter synspunkter opp mot hverandre. En må avslutningsvis komme frem til en konklusjon, viktig at denne er oppsummerende og svarer på problemstillingen.

### 3.3 Kildekritikk og forskningsetikk

Kildekritikk er viktig, en må gjøre rede for hvilken måte usikkerhet ved metoden kan ha virket inn på resultatet og vise at en kan forholde seg kritisk til kildene (Dalland, 2012, s. 72). Hensikten er å vurdere gyldigheten av informasjonen en finner (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Kvalitative metoder som observasjon og intervju vil blant annet prege forskerens personlighet. Denne kritikken må kontinuerlig ses i forhold til problemstillingen og det en skal belyse. Ved en litteraturstudie har en noen tanker på forhånd og muligens også over hva en tenker en kommer til å finne ut (Dalland, 2012, s. 72.114.121). Dette kan være en svak side med litteraturstudier, den sterke er derimot at en finner og tilegner seg mye kunnskap fra forskning og litteratur på kort tid (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30-35).

Fire av forskningsartiklene jeg valgte ut var skrevet på engelsk og trengte å oversettes, jeg stiller meg derfor noe kritisk til egen oversettelse og tolkning av disse. Jeg har benyttet IMRoD-modellen (Sokogskriv, 2015) for å kontrollere og sjekke forskningsartiklene, samt at de tar for seg viktige funn som er relevant for min problemstilling.

God forskning er forskningsetisk vel begrunnet og gjennomført (Hummelvoll, 2010, s. 19). Forskningsetikk er et område av etikken som handler om å planlegge, rapportere og gjennomføre. En må ivareta personvernet og sikre troverdigheten av resultatet. Ethiske overveielser handler om mer enn å følge reglene (Dalland, 2012, s. 95-96). Den største delen av forskningen innenfor psykisk helsevern er preget av forskning på mennesker. Grunnene til at de ikke involveres mer er sårbarheten og spørsmålet om samtykkekompetanse

(Hummelvoll, 2010, s. 33). Dette er særlig relevant i min litteraturstudie, da pasientgruppen er svært sårbar. Det er tre overveielser som er viktige å gjøre: Først sjekke om forskningsartiklene har fått autorisasjon fra etiske komiteer, eller om det er gjort etiske overveielser. En må også finne artikler som ennå er brukende og ikke mer enn ti år gamle, og den tredje er at en undersøger om resultatene støtter det som er presentert (Forsberg & Wengström, 2008). I tabellen nedenfor, tabell 4 har jeg tatt med en generell sjekklister jeg lagde for min egen del for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene.

Kvalitetsvurdering av forskningsartikler					
	Studie 4.1.1	Studie 4.1.2	Studie 4.1.3	Studie 4.1.4	Studie 4.1.5
Problemstilling					
Fremgangsmåte					
Publisert i tidsskrift					
Etiske hensyn			?		
Klinisk relevans					

*Tabell 4: Kvalitetsvurdering av forskningsartikler*

### 3.4 Litteratursøk

Litteratursøk innebærer å søke frem til beste tilgjengelige kunnskap i databaser (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Jeg søkte i CINAHL, Cochrane og Svemed, hvor jeg blant annet brukte søkeordene: coercion + trust + acute psychiatric ward + patient + staff + nurse-patient-relation om hverandre. Se vedlegg 1 for mer detaljert søkehistorikk. Jeg endte så opp med å bruke 4 av de jeg fant i Cinahl. Den femte artikkelen, ”Relasjonens betydning i psykisk helsevern” ble funnet i det mest ledende tidsskriftet innen psykisk helse, ”Tidsskrift for psykisk helsearbeid” (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014). I tillegg til disse 5 forskningsartiklene som er presentert i resultatkapittelet har jeg benyttet relevant pensum fra alle årene på sykepleien, andre bøker som omhandler temaet og ulike nettressurser for å belyse problemstillingen. Den ene boken er noe gammel, men allikevel ikke utdatert, fra 2006 (”Korrigerer og anerkjenner – relasjonens betydning i miljøterapi” av Solfrid Vatne) men jeg

anser den som svært relevant for min oppgave da den blant annet går inn i dybden på grensesettende tilnærming og anerkjennende terapi.

## 4.0 Resultat

Jeg vil her presentere utvalgte forskningsartikler/vitenskapelige artikler for å belyse min problemstilling.

### 4.1 Larsen og Terkelsen, 2014

*Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff*

**Hensikt:** Finne ut hvordan pasienter og ansatte på en lukket psykiatrisk avdeling opplevde bruken av tvang.

**Metode:** Kvalitativ metode. Totalt 12 pasienter og 22 ansatte deltok i studien. Data ble samlet gjennom deltakende observasjon og intervju med ansatte og pasienter, i en periode på 4 måneder i 2010.

**Funn:** Selv om enkelte av pasientene ikke var innlagt med tvang, opplevde de allikevel at de var det. Det ble diskutert 2 hovedtema relevante for min besvarelse;

1. Grensesetting: Selv om disse var ment for å hjelpe ble de opplevd provoserende og ga pasientene følelsen av å være mindreverdige, spesielt når grensesettingen ble anvendt på en streng og lite fleksibel måte. De ansatte uttrykte også at de opplevde grensesettingen som mer nedverdiggende enn den formelle tvangen. Noen pasienter og ansatte ønsket mer fleksibilitet, mens andre ansatte ville ha mer myndighet og strenghet.
2. Å bli behandlet som et menneske: Pasientenes favorittansatte ble beskrevet som de som behandlet dem som vanlige mennesker og ikke som diagnoser.

### 4.2 Stenhouse, 2011

*'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward*

**Hensikt:** Å få innsikt i hvordan det er å være innlagt på en akutt psykiatrisk avdeling.

**Metode:** Studien brukte en kvalitativ metode hvor 13 deltakere i alder 18-65 med en rekke diagnoser og antall sykehusinnleggelser ble intervjuet. Forskeren av studien hadde en holdning til en aktiv lytter og kom med reflekterende utsagn for å komme i dybden. Intervjuene var ustrukturerte og ble utført hjemme hos deltakerne, etter deres eget ønske.

**Funn:** Deltakerne hadde en forventning om at de skulle få hjelp med sine problemer når de ble innlagt. De forventet at denne hjelpen skulle komme via interaksjon, men opplevde at sykepleierne var for opptatt til å kunne tilbringe tid med dem. Deltakerne hadde da funnet støtte i de andre som var innlagt. Det var altså en klar forskjell i forventning og i den faktiske opplevelsen. Resultatet på studien indikerte også at sykepleierne må være seg bevisst dette pasientbehovet, slik at en kan hindre at opplevelsen blir så avvikende fra forventningen. Disse funnene kan bidra til utvikling av sykepleiepraksis.

#### 4.3 Husum, Bjørngaard, Finset og Ruud, 2010

*A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics.*

**Hensikt:** Å undersøke til hvilken grad bruken av tvang mot innlagte pasienter i norske akutt psykiatriske avdelinger var assosiert med pasient, personal og avdelingens egenskaper.

**Metode:** Kvantitativ metode, hvor studien hadde data fra 32 akutt psykiatriske avdelinger.

**Funn:** Pasientkarakteristika som førte til at en har en høyere risiko for å bli isolert og utsatt for tvang var de som drev med selvskading, hadde fare for selvmord, samt de som var overaktive og aggressive, og som opplevde hallusinasjoner og vrangforestillinger. I forhold til ansatte ble tvang anvendt uavhengig av deres holdninger, men en kunne se at de ansatte fulgte avdelingens regler. Det kan være at individuelle forskjeller i holdninger innad i personalet påvirker bruken av tvang, men at disse da er maskert (skjult).

Fremtidig forskning mener de bør ha fokus på personal-pasient interaksjon.

#### 4.4 Hem og Ruyter, 2008

##### *Creating trust in an acute psychiatric ward*

**Hensikt:** Se hvordan tillit er grunnleggende basis for sykepleie, men kan være utfordrende på en akutt psykiatrisk avdeling på grunn av tvangsfaktorene og ubalansert maktforhold.

**Metode:** Kvalitativ metode. Ble gjennomført i en åpen tvang enhet på en akutt psykiatrisk avdeling. Data ble samlet inn over 30 uker og består av feltnotater fra deltakende observasjon og intervjuer med 5 pasienter og 6 sykepleiere.

**Funn:** Deres data viser hvordan mistillit er uttrykt i terapeutiske miljø og i relasjonen mellom sykepleier og pasient. De peker også på hvordan tillit kan opprettes i et miljø som er preget av mistillit. Pasientene setter sin lit til sykepleiernes mellommenneskelige ferdigheter. De legger vekt på egenskaper som omsorg, toleranse og respekt som avgjørende for å skape tillit. Evnen til å lytte og forstå, og å bruke tid og være tilgjengelig bidrar til å bygge relasjoner. Begge disse begrepene; tillit og mistillit er ”skjøre” fenomener som lett kan gå over til sin motsetning. Tillit er ikke noe sykepleiere har, det er noe en tilegner seg, noe en må jobbe hardt for å oppnå.

#### 4.5 Torbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit, 2014

##### *Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid*

**Hensikt:** Belyse faktorer som påvirker personalets holdninger til pasienten, hvor målet var å få en dypere forståelse for betydningen av å se pasientens symptomer som mestring.

**Metode:** Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av to fokusgruppeintervju med 8 ansatte. Denne form for intervju var ment for å inspirere deltakere til å reflektere over hvilken betydning systematisk refleksjon over pasientens symptom og mestring har for utvikling av empati i personalgruppen.

**Funn:** Refleksjonen blant de ansatte påvirket deres ønske om å forstå pasienten og å bli kjent med pasienten. To sentrale tema kom frem:



- Hvordan språk kan skape holdninger, da vi forholder oss ulikt til ord når det gjelder mening og innhold.
- Anerkjennende tilstedeværelse: Se pasientens symptomer som mestringsforsøk, samt vise at det er ikke alt en forstår. De var enige om at fokus på pasientens mestring førte til en nysgjerrighet på hvorfor pasienten gjør det han gjør. Dette har betydning for hvordan en møter pasientene.

Å flytte fokus fra symptom til mestring har ført til flere endringer. Ved å være oppmerksom på hva pasienten formidler om seg selv, anerkjennes pasienten. Dette stimulerer en nysgjerrighet på hva det er pasienten prøver å fortelle. Denne formen for refleksjon har ført til en ny motivasjon for å stå i utfordrende relasjoner over tid. Sykepleierne bør videre bevisstgjøres gjennom internundervisning, veiledning og utviklingsarbeid.

## 5.0 Drøfting

*Hvordan redusere bruken av tvang i en akutt psykiatrisk avdeling?*

### 5.1 Tvang i ulike perspektiv

Første del av drøftingen vil ta utgangspunkt i tre ulike perspektiver for å få en bredere forståelse over hvordan en kan redusere bruken av tvang. Tvang sett fra et samfunnsperspektiv reiser spørsmål rundt både behandlingen, det juridiske, det etiske og rundt forskningen, dette anses som viktig i denne besvarelsen for å se kort på hva som er i fokus og hva en bør fokusere på videre. I tvang sett fra et sykepleieperspektiv vil fokuset ligge på hva som ligger i sykepleieutøvelsen sett fra begge sykepleieteoretikerne; Kari Martinsen og Joyce Travelbee, samt hva de yrkesetiske retningslinjene sier om sykepleieansvaret. Det siste perspektivet vektlegges, her ser en fra pasientenes perspektiv. Ettersom en kan lære av erfaring vil både positive og negative opplevelser bli tatt med.

#### 5.1.1 Tvang; samfunnsperspektiv

Det er et økende fokus på bruken av tvang i Norge, både i pressen, fagmiljøene og blant myndighetene. Noen av spørsmålene som reises er hva tvang er, hvorfor en anvender tvang og hvordan en kan redusere eller finne alternativer til bruk av tvang. En går også mer inn i dybden hvor en ser på hvilke faktorer som kan spille inn når det kommer til tvangsbruk i psykiatrien, som holdninger innad i personalgruppen. I tillegg legges det stor vekt på pasientenes, samt personalets erfaringer i ettertid av tvangen, både positive og negative. Fokuset har altså økt, men som det kommer frem av Tvangsforsk (u.a.) er forskningen rundt temaet fremdeles lav. Dette til tross for at det er en økning i antall pasienter som legges inn og/eller behandles med tvang i det psykiske helsevernet. De siste tallene som omhandler antall tvangsvedtak er fra 2012 som viser en markant økning fra 2009. Men, selv om forskningen er lav, finnes det mye kunnskap om mulige alternativer og reduksjon av tvangsbruk. Denne kunnskapen må implementeres ute i feltet og en må bruke pasient- og personalerfaringen i den kliniske praksisen. Bjørgen (et al., 2014) bekrefter dette behovet, og sier videre at en må undersøke potensialet for alternativer til tvang gjennom tettere oppfølging og avlastning før akuttposter. Forskningen til nå peker også på behovet for å utvikle mer systematiske intervensjonsstudier og kunnskaper rundt relasjonens betydning for å

redusere/unngå bruken av tvang, samt viktigheten av å møte pasienten og se mennesket bak ”pasienten”. Studien til Stenthouse (2011) kom også frem i sine funn at fremtidig forskning bør ha et fokus på personal-pasient-relasjonen. Det pågår for tiden mange spennende prosjekter rundt temaet tvang (Tvangsforsk, u.a.) og resultatene som kommer vil synes viktige.

Tvang reiser altså spørsmål innen forskning, selve behandlingen og i det faglige. Det må også bemerkes at det juridiske er viktig når det kommer til spørsmål rundt tvang, altså lovverket, tilhørende forskrifter og regelfragmenter. Når det kommer til den formelle tvangen, står det spesifikt hva som er tillatt og ikke tillatt her, den er satt for å verne pasienten selv og andre. Den formelle tvangen blir regulert gjennom Psykisk Helsevernloven (1999), her kommer det frem at en skal ha prøvd tillitsskapende tiltak før en tar i bruk tvangsmidler, da tvang er et alvorlig inngripen på et annet menneskes liv. Det finnes også en form for tvang som ikke er regulert av lovverket, altså den uformelle tvangen, her inngår grensesetting, som vil bli diskutert i neste del av drøftingen.

Da tvang også reiser etiske utfordringer og har med menneskelige handlinger å gjøre, velger jeg å ta med det i dette punktet. Innen psykisk helsevern står en ofte i situasjoner hvor en kan ha en følelse av at ingen av alternativene virker tilfredsstillende, ofte er det ingen klare svar, det reises i stedet nye spørsmål. Hummelvoll (2012, s. 94) sier følgende, etikken har som lovverket et hovedformål å løse konflikter. Det er en systematisk analyse av normer og refleksjon over hvilke funksjoner de har i menneskelige handlinger. Etikken forutsetter en solidaritet mellom mennesker og om ansvaret menneskene har for hverandre, et ansvar som er mer omfattende enn det jusen forutsetter.

### **5.1.2 Tvang; sykepleieperspektivet**

Sykepleieren har i sin profesjon et etisk, faglig og personlig ansvar for handlingene og vurderingen av sykepleieutøvelsen. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2014) står det forankret at sykepleien skal bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene, sykepleieren skal sette seg inn i lovverket og arbeide kunnskapsbasert, med faglig skjønn. Dette står også sterkt i Joyce Travelbees (2003, s. 210) interaksjonsteori, samt at hun må ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk og kunne anvende kompetansen i praksis. Kari Martinsen (2005, s. 165) legger også stor vekt på sykepleierens ansvar i sin utøvelse av

sykepleien. Sykepleieren må i følge henne være reflektert, personlig engasjert, ha solide fagkunnskaper og anvende sensitivitet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Sykepleieren har gjennom sine fagkunnskaper og kompetanse fått utdelt makt gjennom sin profesjon. Ingstad (2013, s. 155-160) forklarer forskjellen mellom den formelle og uformelle makten som at den formelle er forankret i et system. Sykepleieren har fått denne makten ettersom samfunnet har gitt henne denne retten. Mens den uformelle ikke er nedtegnet i avtaler og foregår i ”korridorene”. Her kan sykepleieren finne forskjellige typer maktstrategier som kan anvendes for å kontrollere pasientene. Dette blir også mer inngående tatt i et senere kapittel om grensesetting. Ingstad sier videre at det kreves at sykepleierne er reflekterte for å kunne bruke makten til pasientens beste, ettersom makt kan oppleves som både positiv, nøytral og negativ. I studien til Husum (et al., 2010) kom de frem til at tvang ble utført uavhengig av sykepleiernes holdninger, men en kunne se at sykepleierne fulgte avdelingens regler. Det kan være at det er individuelle forskjeller i holdningene innad i personalet som påvirker bruken av tvang, men at disse er maskert.

### **5.1.3 Tvang; pasientperspektivet**

Pasientenes egen erfaring etter å ha opplevd tvang er nyttig for å se hva som opplevdes positivt som en kan ta med videre, den negative opplevelsen bør en arbeide mot å redusere. Opplevelsene pasientene har av tvangsbruken er individuelle. Pasienter som satt igjen med positive ord etter å ha opplevd tvang hang sammen med at de fikk være med på å bestemme, at behandlingen syntes å redusere lidelsen og integriteten deres ble styrket (Erfaringskompetanse, 2012). Hummelvoll (2012, s. 68) bekrefter dette og sier at det er gjennomgående at pasientene liker når sykepleierne deler makt og ser på dem som eksperten i sitt eget liv, for det er nettopp det de er. De verdsetter sykepleiere som er tilgjengelige, som yter det lille ekstra og som er villige til å tøyne grenser. I Bjørgen (et al., 2014) fortalte pasientene at det hjalp bare det å komme til et sted som var fri for impulser, hvor de fikk være seg selv uten trusler om tvang. Men det er viktig å bemerke seg at selv om en utfører tvangen på en god måte og opplevelsene i ettertid er gode, overskygger den ikke belastningen den har for mange pasienter i ettertid.

Misfornøyde pasienter sier blant annet at tvangen de opplevde ikke hadde noen effekt, den hjalp verken på lidelsen og førte ikke til bedring. De mente også at personalet tydde alt for raskt til tvang, både av frykt og av praktiske årsaker. I tillegg mente de at det var urettferdig, det opplevdes krenkende og straffende. Andre mente også at de ikke opplevde at personalet skjønnte deres behov og de savnet mer tilstedeværelse (Bjørngen et al., 2014). Dette ble bekreftet i studien til Larsen og Terkelsen (2014), hvor pasientene hadde en følelse av å være innlagt med tvang selv om de ikke var det. Samt at de ønsket mer fleksibilitet. Funn fra studien til Stenthuse (2011) ga også uttrykk for at de hadde en forventning om å få en annen hjelp enn hva erfaringen i ettertid viste at de fikk. Dette var grunnet mangel på oppfølging av det sykepleierne hadde sagt, de holdt ikke det de lovde. Forventningene om at hjelpen skulle komme gjennom interaksjon ble knust, da sykepleierne virket for opptatt og travle.

Felles for de som opplevde tvangsbruken som negativt er at de følte seg objektivisert, annerledes, syke og bare som en ”pasient”. Et for stort fokus på sykdom og regler bare forsterker følelsen av å være annerledes. Pasientene ønsket å bli spurt om hva de trengte, samt hva de trodde kunne hjelpe. Nettopp dette er felles for pasientene som hadde gode opplevelser av tvangsbruken. I Hummelvoll (2012, s. 355) mener pasientene at dersom personalets samarbeidsinnstilling i en relasjon er positiv vil dette hjelpe. Her kan det oppstå store utfordringer, men dette kommer jeg mer innpå i neste del av drøftingen.

## **5.2 Ulike tilnæringsmåter som kan redusere negativ tvangsbruk**

I denne siste delen av drøftingen vil grensesetting og anerkjennende terapi bli drøftet hver for seg. Jeg har erfart ute i praksis at begge tilnærmingene blir brukt med varierende effekt. I forhold til den grensesettende vil det bli sett på hva det er som gjør den terapeutisk og hva som gjør den antiterapeutisk. Grensesetting kan i seg selv være en god måte å redusere den formelle tvangen, men da må den bli anvendt rett. Anerkjennende terapi blir derfor satt opp som et alternativ til grensesetting.

Men, først vil jeg ta for meg autonomiprinsippet og hva som gjør at hjelpeapparatet, sykepleierne i dette tilfellet, må inn når pasientene mangler evnen autonomien legger til grunn. Det er flere utfordringer på en akutt psykiatrisk avdeling, deriblant etiske utfordringer ettersom en arbeider med svært sårbare mennesker. Som det kom frem i forrige underkapittel

om pasientenes erfaringer satte de stor pris på å bli anerkjent. Vatne (2011, s. 130) sier at autonomi innebærer at pasientene har selvbestemmelse, altså kapasitet til å vurdere konsekvensene av valgene sine og ta ansvar for de. Mennesker med psykiske lidelser kan i enkelte situasjoner og perioder mangle denne evnen, da må sykepleierne inn. De kan mangle denne evnen enten av den grunn at de ikke vil medvirke eller fordi de kan komme til skade om en ikke tar ansvaret for dem eller fra dem. Det er her sykepleierens maktposisjon klart kommer frem. Martinsen (2005, s. 136-148) sier at det er et sykepleieansvar å gi omsorg og beskytte pasienten, som noen ganger vil føre til at en må frata autonomien. I slike situasjoner må en fremme svak paternalisme i asymmetrien mellom sykepleier og pasient.

### 5.2.1 Grensesetting

Den grensesettende tilnærmingen er en form for skjult tvang som ikke er regulert av loven, men den krever eller inviterer til at sykepleieren bruker faglig skjønn (Ingstad, 2013, s. 155-160). Grensesetting er nødvendig i situasjoner hvor pasientens kontrollevne svikter og/eller atferden krenker deres egen eller andres rettigheter og sikkerhet. Dette er i tråd med Kari Martinsens (Nortvedt, 2012, s. 54) teori, som blant annet sier at sykepleieren kan sette grenser i slike situasjoner, noe som er aktuelt på en akutt psykiatrisk avdeling. Det kom frem i studien til Husum (et al., 2012) at de av pasientene som hadde en høyere risiko for å bli utsatt for tvang, enten formell eller uformell, var de som ble oppfattet som overaktive, aggressive, hadde selvmordsfare, hallusinasjoner eller vrangforestillinger.

Grensesetting kan være både antiterapeutisk og terapeutisk. De negative opplevelsene som pasientene erfarte kan ha sammenheng med den antiterapeutiske, hvor relasjonen blir preget av en maktdemonstrasjon, med for mye kontroll og unødvendige regler. Dette kan i følge Hummelvoll (2012, s. 265-268) gjenspeile at en har mistet oversikten, en reagerer følelsesmessig og det utløser lettere en maktkamp. Vatne (2006, s. 16) belyser også dette og sier at grensesetting kan være et stort hinder for et konstruktivt samarbeid mellom sykepleier og pasient, særlig når den blir anvendt på en autoritær måte, alternative måter bør utvikles, som den anerkjennende terapien som vil bli drøftet i neste underkapittel. Den terapeutiske grensesettingen bør ifølge Hummelvoll (2012, s. 265-268) inneholde elementene: omsorg, sikkerhet, trygghet, læring og struktur. Sykepleieren må åpent og klart forklare pasienten hva en kan og ikke kan godta, i tillegg må en forklare hva som skjer om grensene overskrides, en bør strebe mot å møte pasientene på en bestemt, men anerkjennende måte. I studien til Larsen

og Terkelsen (2014) kom det frem at selv om grensesetting var ment for å hjelpe, opplevde pasientene seg mindreverdige når det ble utført på en lite fleksibel og streng måte. Hvordan pasientene opplevde grensesetting var avhengig av hvordan den ble anvendt, de ansatte uttrykte også at de syntes grensesetting var mer nedsettende enn den formelle tvangen. Mens noen ansatte ønsket mer fleksibilitet, ønsket andre mer lydighet og strenghet.

En kan da oppsummere ved å si at denne tilnæringsformen avhenger veldig på hvordan sykepleieren arbeider på, for å avgjøre om den er terapeutisk eller antiterapeutisk. I vedlegg 2 ble de ulike rollene innen grensetting for sykepleierne presisert. I praksis har jeg sett at disse lett glir over i hverandre, brukt rett er de gode i enkelte situasjoner. En kan da veksle mellom en rolle full av omsorg med lav makt til en rolle med sterkere maktformer, alt etter hva situasjonen tilsier, her må det faglige skjønnet til sykepleieren inn og vurdere (Vatne, 2006, s. 45-46).

### **5.2.2 Anerkjennende terapi**

Som et alternativ til skjult tvang, altså den antiterapeutiske grensesettingen kan en benytte den anerkjennende terapien. Her har en fokus på pasientens mangel på å ta korrigerende, at dette kan være et uttrykk for at interaksjonen med sykepleieren ikke fungerer med pasienten. Sykepleieren bør utvikle en samarbeidende rolle hvor en vektlegger refleksjon og selvavgrensning (holde seg objektiv og skille sine egne følelser fra pasientens). Da terapi ikke kan finne sted uten respekt og tillit, er omsorg grunnlag for en terapeutisk funksjon (Vatne, 2006, s. 167. 208). Holdningen må være preget av forståelse for pasientens avhengige situasjon og hans unike erfaringsverden, altså anerkjenne at pasienten er eksperten i sitt eget liv, for at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal fungere terapeutisk (Hummelvoll, 2012, s. 269).

En god relasjon blir opplevd som det viktigste for de fleste. Møtet mellom sykepleier og pasient har større betydning enn regler og fysiske tvangstiltak. Ved å anerkjenne opplevelsene uten å dømme og vise forståelse for individuelle forskjeller, vil man komme nærmere et likeverdig møte (Bjørngen et al., 2014). Hummelvoll (2012, s. 67-68) sier at den gode relasjonen forutsetter at sykepleieren undersøker om samarbeidet er nyttig, har mot til å møte mangfoldet i det individuelle, samt villig til å bruke kunnskapen og kompetansen. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er i følge Grimen (2008, s. 197-202) bygd på tillit, en

tillit som en må vise seg verdig. Disse tillitsrelasjonene kan lett slå over i maktrelasjoner, hvor pasientens tillit til sykepleieren kan bli sykepleierens maktbase. Dette bør sykepleieren være varsom for i sin sykepleieutøvelse og strebe mot det Martinsen kaller en svak paternalisme. Tillit gjør samarbeidet i relasjonen mellom sykepleier og pasient lettere, den åpner opp for handlingsrom, letter overføring av informasjon og kunnskap, og er lettere å bære enn mistillit. Hem og Ruyter (2008) viser hvordan mistillit er uttrykt i terapeutiske miljø og relasjonen mellom sykepleier og pasient. De peker også på hvordan tillit kan opprettes i et miljø som er preget av mistillit. De legger vekt på egenskaper som omsorg, toleranse og respekt som avgjørende for å skape tillit. Pasientene bør sette sin lit til sykepleierens mellommenneskelige ferdigheter. Grimen sier også at det innebærer at pasienten stoler på sykepleierens kompetanse, i denne asymmetriske relasjonen er pasienten sårbar, det er ikke tillit mellom likeverdige parter. Martinsen (2005, s. 32) understøtter den anerkjennende terapien i sin omsorgsteori, hvor tillit er sentralt i omsorgen. I tillegg vektlegger hun urørlighetssonen, som har med det som er urørlig. Sykepleieren må være bevisst dette i møtet med pasienten.

Torbjørnsens (et al., 2014) fokus på refleksjon i sin studie viste seg at personalet hadde et ønske om å forstå pasienten og å bli kjent med pasienten. Det er særlig to områder som står frem som viktige; hvordan sykepleierne ordlegger seg, samt en anerkjennende tilstedeværelse og å se pasientens symptomer som mestringsforsøk. Sykepleierne var enige i at et fokus på pasientens mestring førte til en nysgjerrighet på hvorfor pasienten gjør det han gjør. Dette har betydning for hvordan en møter pasienten, ved å være oppmerksom på hva pasienten formidler om seg selv anerkjennes pasienten. Denne formen for refleksjon har ført til en ny motivasjon for sykepleieren for å stå i utfordrende relasjoner over tid.



## 6.0 Konklusjon

For å redusere bruken av tvang på en akutt psykiatrisk avdeling må sykepleieren anvende sin fagkunnskap og kompetanse til opparbeide en god relasjon til pasienten. I samsvar med omsorgsteorien til Kari Martinsen bør sykepleieren være reflektert, ha solide fagkunnskaper i bunn, ha et personlig engasjement, reflektere over den asymmetriske relasjonen mellom seg selv og pasienten, samt være sensitiv i denne relasjonen. I lys av interaksjonsteorien til Joyce Travelbee må sykepleieren kunne anvende kompetansen i praksis, samt ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient kan bidra til å redusere bruken av tvang ved at de involverte har gjensidig tillit og respekt for hverandre. Denne relasjonen er asymmetrisk, hvor sykepleieren har blitt tildelt en profesjonsmakt som gjør pasienten sårbar i samhandlingen. Ved å anvende den anerkjennende terapien korrekt og den grensesettende på en terapeutisk måte kan sykepleieren sørge for at pasienten ikke blir satt i en avmaktssposisjon. Sykepleieren må holde urørlighetssonen urørt for å ivareta pasientens integritet og menneskeverd. I tillegg må pasientenes autonomi sette høyt, selv om relasjonen kan bære preg av en svak paternalisme.

Det foreligger allerede en del kunnskap om alternativer til tvang, disse må implementeres i praksisen. Man bør også undersøke potensialet for alternativer til tvang gjennom tettere avlastning og oppfølging før akuttposter, samt utvikling av flere frivillige behandlingstilbud. Forskningen peker på et behov for å utvikle mer studier rundt relasjonens betydning for å unngå tvang.

## Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2011). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 417-450). Oslo: Akribe.
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. L. (2014). *Alternativer til tvang I – Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Hentet 27. Januar 2016 fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>
- Brustad, L., Hansen, A., & Monsen, N. Ø. (2013). *Denne tas i bruk 2000 ganger i året på psykiatriske sykehus*. Hentet 26. Januar 2016 fra <http://www.dagbladet.no/2013/04/10/nyheter/innenriks/psykiatri/tvang/26590910/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erfaringskompetanse. (2012). *Tvang i psykisk helsevern – Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger*. Hentet 19. Januar 2015 fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Tvang-i-psykisk-helsevern.pdf>
- Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. Utg). Stockholm: Natur och Kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (1. Utg., s. 197-212). Oslo: Universitetsforlaget.

- Hatling, T. (2014). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. Utg., s. 243-284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hem, M., Heggen, K., & Ruyter, K. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), 777-788 12p.
- Holter, M. I. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 139-147). Oslo: Akribe.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I J. K. Hummelvoll., E. Andvig. & A. Lyberg (Red), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (1. Utg, s. 33-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I J. K. Hummelvoll., E. Andvig. & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (1. Utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husum, T., Bjørngaard, J., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 1089-89 1p.  
doi:10.1186/1472-6963-10-89
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A., & Sandvik, L. (2012). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012*. Hentet 30. Januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport%202012%20Tvangsmidler%20og%20skjerming%2017%20des.pdf>

Kunnskapsbasert praksis (2012). *Litteratursøk*. Hentet 14. Februar 2016 fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/>

Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436 11p.

doi:10.1177/0969733013503601

Lillestø, B. (2011). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 393-416). Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Mikkelsen, J., & Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 247-265). Oslo: Akribe.

Norsk Sykepleieforbund. (2014, 12. Oktober). *Yrkesetiske retningslinjer og sykepleiere*.

Hentet 29. Januar 2016 fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet – Balansegangen mellom*

*selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>

Omhelse. (2016). *Joyce Travelbee*. Hentet 10. Januar 2016 fra

<http://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 07. Februar*

1999 nr. 63. Hentet 3. Februar 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet)

[02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet)

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 07. Februar nr. 62*. Hentet 2. Februar fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

Regjeringen (u.a.). *Høyring – forslag til endringer i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel*. Hentet 15. Januar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring---forslag-til-endringer-i-psykisk-helsevernloven--kontroll-for-a-hindre-innforing-av-legemiddel-rusmiddel-skadelege-stoff-farlege-gjenstandar-og-rommingshjelpemiddel/id2457523/>

Sokogskriv (2015). *IMRoD-modellen*. Hentet 16. Februar 2016 fra <http://sokogskriv.no/skriving/struktur/imrod-modellen/>

Stenhouse, R. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(1), 74-80 7p. Doi:10.1111/j. 1365-2850.2010.01645.x

Syse, A. (2010). Psykisk helsevernloven. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken* (1. Utg., s. 250-265). Oslo: Gyldendal akademisk.

Torbjørnsen ARTIKKEL!!!!

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tvangsforskning. (u.a.). *Forskning*. Hentet 31. Januar 2016 fra <http://www.tvangsforskning.no/forskning>

Tvangsforskning. (u.a.). *Omfang av tvang i det psykiske helsevernet*. Hentet 12. Januar 2016 fra [http://www.tvangsforskning.no/noekketall\\_tvang/cms/83](http://www.tvangsforskning.no/noekketall_tvang/cms/83)

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. Utg., s. 123-134). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg I: Litteratursøk

Database: CINAHL

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert som hovedartikler i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Coercion		310			
2	Coercion	Title Full text	53	3	Coercion in a locked psychiatric ward_ Perspectives of patients and staff	Omhandler perspektiv på tvang fra ansatte og pasienter
3	Trust		5101			
4	Trust + Acute psychiatric ward	Full text	19	2	Creating trust in an acute psychiatric ward	Ser på hvordan en kan skape tillit
5	Acute psychiatric ward	Full text	212	4	'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward	Aktuell da den setter opp forventning mot opplevelsene pasientene i studien hadde før og etter innleggelse
6	Acute psychiatric ward + patient	Full text	174	3		
7	Acute psychiatric ward + patient + staff	Full text	80	2	A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics	Ser på holdninger og karakteristika ved bl.a. personal og pasienter som kan føre til bruken av tvang