



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

Predefinert informasjon

Startdato:	31-05-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR2
Sluttdato:	01-06-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	45
SIS-kode:	203 HELS-OPPG 1 O-1 2018 VÅR2		
Intern sensor:	Arne Wilhelm Rehnsfeldt		

Deltaker

Navn:	Ann-Magritt Gamlemshaug
Kandidatnr.:	408
HVL-id:	133842@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykepleieres holdning til bruk av skjerming og mekanisk tuang i et omsorgsperspektiv		
Antall ord *:	33940		
Navn på veileder *:	Frode Skorpen		
Tro- og loverklæring *:	Ja	Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:	Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

MASTEROPPGAVE

Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv

Nurses attitude toward the use of seclusion and mechanical restraint in a care-based perspective

Ann-Magritt Gamlemshaug

Navn på masterprogrammet: Tverrfaglig master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet/Institutt/program: Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS) / Institutt for helse- og omsorg / Masteroppgave klinisk helse- og omsorgsvitenskap HELS-OPPG

Veileder Frode Skorpen, Førsteamanuensis

Innleveringsdato: 01.06.18 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

«Til slutt endte dette med at jeg ble lagt i belt, noe jeg trodde man hadde sluttet med på 1800-tallet. Jeg har aldri før kjempet så hardt for å komme meg vekk. Pleierne brukte rå makt. Jeg kjente ett og ett ben ble spent fast, så armene, så livet. «Dette er for ditt eget beste», sa de. Følelsen jeg hadde inni meg kan ikke beskrives med ord. En av legene kom inn, og fordi jeg var så urolig ble to sprøyter til satt. Jeg vet ikke hva det var. Jeg sovnet. Da jeg våknet var jeg like fastspent som kvelden før. Jeg var øm i hele kroppen. Dette har vært den verste natten i mitt liv.» Eline Skår, 2016.

Norsk pasientregister utførte en kartlegging av tvangsbruk i Norge i 2014. Analysen viser at 5600 pasienter ble tvangsinnlagt totalt 8000 ganger i 2014. Økningen i tvunget døgnopphold og tvangsinnleggelse var større enn befolkningsveksten fra 2013 til 2014. Dette er en økning på nærmere 4 prosent sammenlignet med 2013. Det ble registrert 7100 tvangsmiddelvedtak og 4500 skjermingsvedtak (Helsedirektoratet, 2014).

Takk til dere som har gjort dette studie mulig!

Jeg vil takke Førsteamanuensis Frode Skorpen for motivasjon, engasjement og veiledning gjennom hele denne prosessen. Jeg vil også rette en takk til min søster Tone Gamlemshaug og Therese Schneider for hjelp til korrekturlesning, setningsoppbygging og formuleringer til min studie. Jeg vil også takke min samboer for å ha støttet meg gjennom hele dette studiet og som bidro med uvurderlig IT- kompetanse. Takk til mine tidligere arbeidskollegaer i VID som har bidratt med forskningsartikler og faglige innspill til min studie. Til slutt vil jeg takke alle sykepleiere som delte av sin kunnskap og forståelse i sine intervjuer til temaet.

Innholdsfortegnelse

MASTEROPPGAVE	1
Forord	2
Sammendrag	5
Abstract	7
1.0 Innledning.....	11
1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde.....	11
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	12
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring.....	12
2.0 Bakgrunn	13
2.1 Lov om Psykisk helsevern	13
2.2 Politiske føringer	14
2.2.1 Kontrollkommisjon	16
2.3 Mekanisk tvang og skjerming i et historisk perspektiv.....	16
2.4 Skjerming.....	17
2.5 Mekanisk tvang.....	19
2.6 Makt	21
2.7 Verdighet.....	23
2.8 Omsorg	25
2.9 Holdninger	27
2.9.1 Omsorg og holdninger i klinisk praksis.....	29
3.0 Teori	31
3.1 Omsorgsvitenskap	31
3.2 Tidligere Forskning	32
3.2.1 Omsorgsvitenskaplig forskning	40
4.0 Metode.....	40
4.1 Kvalitativ metode	40
4.2 Fenomenologisk - hermeneutikk som metode	41
4.2.1 Fenomenologisk tilnærming.....	41
4.2.2 Hermeneutisk tilnærming	42
4.3 Forforståelse.....	43
4.4 Det kvalitative forskningsintervju.....	43
4.4.1 Intervjuguide	44

4.5	Studiets metode og design	45
4.5.1	utvalg og inklusjonskriterier	45
4.5.2	Rekruttering av intervjupersoner	46
4.5.3	Gjennomføring av intervju	47
4.6	Forskningsetikk	47
4.7	Fenomenologisk -hermeneutisk forskningsanalyse	49
4.7.1	Studiets narrative lesning	49
4.7.2	Studiets tematisk analyse	50
4.8	Reliabilitet og validitet	52
4.8.1	Objektivitet	52
4.8.2	Reliabilitet	53
4.8.3	Validitet	53
4.8.4	Overførbarhet	53
5.0	Resultater	54
5.1	Reduksjon av tvang - et resultat av omsorg	54
5.2	Verdighet og fravær av verdighet ved tvang	56
5.3	Tvang en bevegelig holdning	56
5.4	Tvangsbruk ved fravær av omsorg	58
6.0	Diskusjon	59
6.1	Reduksjon av tvang, resultat av omsorg	59
6.2	Verdighet og fravær av verdighet ved tvang	65
6.3	Tvang en bevegelig holdning	69
6.4	Tvangsbruk ved fravær av omsorg	77
7.0	Konklusjon	85
8.0	Avslutning	86
	Referanser	90
	Vedlegg:	95

Sammendrag

Bakgrunn for studien er at sykepleiere i dag er sterkt involvert i prosesser og gjennomføring av tvangshandlinger i møte med pasienter ved norske psykiatrisk akuttmottak. Dette har ført til at sykepleiere opplever sin utøvelse av omsorg som etiske utfordrende og moralske vanskelig i situasjoner med tvang. Innenfor sykepleie har tvangsbruk utviklet seg til en balansekunst mellom brukermedvirkning og aktiv deltagelse i egen behandling på den ene siden og innleggelse, kontroll og behandling mot pasientens egen vilje på den andre siden. I psykiskhelsevern lov er skjerming og mekanisk tvang blant de mest inngripende tiltak samfunnet kan utføre mot menneskets frihet. Denne studien handler derfor om sykepleieres holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang på en lukket mottakspost i psykiatrisk divisjon. Det historiske perspektivet på mekanisk tvang og skjerming belyser hvilken utvikling det har vært på dette feltet gjennom tiden som har vært.

Følgende problemstilling ble valgt til studie: «Hvilke holdninger har sykepleiere til skjerming og mekanisk tvang i omsorgen for pasienter innlagt under psykisk helsevern?»

I studie har sykepleie basert på erfaring belyst viktige tema innen akutt psykiatrisk sykepleie. Sykepleiere har fått dele sine erfaringer, meninger og kunnskap til bruk av tvang for pasienter innlagt under psykisk helsevernlov.

Ved å anvende kvalitativ metode med semistrukturert intervju fikk sykepleiere bidra med egne erfaringer, opplevelser og meningsytringer, samt faglig innsikt i sin profesjonelle utøvelse av omsorg i situasjoner der skjerming og mekanisk tvang ble anvendt som intervensjon. Informantene ble stilt spørsmål til holdninger og erfaringer ved bruk av skjerming og mekanisk tvang. I sine intervju fortalte sykepleiere om opplevelser der omsorgen var blitt ivaretatt eller ikke ivaretatt, og opplevelser som hadde ført til dårlig samvittighet. Sykepleierne fortalte også om opplevelser der de opplevde pasienters verdighet var blitt ivaretatt eller var blitt krenket. I analysen av intervjuene ble det utført en systematisk tekstkondensering der fire tema ble presentert som funn.

Studiets funn ble fordelt i fire tema «Reduksjon av tvang-et resultat av omsorg», «Verdighet og fravær av verdighet ved tvang», «Tvang en bevegelig holdning» og «Tvangsbruk ved fravær av omsorg».

Funn i studiet til tema «Reduksjon av tvang-et resultat av omsorg» ble det formidlet av sykepleiere viktige elementer som kommunikasjons-, omsorgs- og relasjonskompetanse der

anerkjennelse, medmenneskelig varme og empati ble framhevet som viktige faktorer for å kunne invitere pasienten til en omsorgsrelasjon. Gjennom å lytte til pasienten kan kjennskap til mennesket utvikle seg. Dette beskriver sykepleierne som essensen for å kunne forebygge tvang. I situasjoner der sykepleiere utfører eller opprettholder tvangshandlinger til pasienter blir handlingene forklart med ordet «beskyttelse» til situasjoner der pasienter ikke lenger klarer å opprettholde sin egen kontroll. Til temaet «Verdighet og fravær av verdighet ved tvang» belyste sykepleiere ulike sider ved bruk av verdighetsbegrepet. Et perspektiv for tvangshandlingene var posisjon for å skape relasjon. Verdighet kunne da ikke ses i sammenheng med tvang. Et annet perspektiv for tvangshandlingene var å opptre med respekt for pasienten. Verdighet ble sett som en handling utført av sykepleieren. Generelt opplevde sykepleierne krenkelse av pasientens verdighet ved hard og grensesettende stemmebruk med avvisende holdninger til pasienten. I studiets funn til temaet «Tvang en bevegelig holdning» ble faglig forståelse ansett som et viktig og sentralt tema for sykepleie. Manglende forståelse til bruk av tvang og grensesetting for pasienter førte til utfordringer i beslutningsprosesser. Sykepleiere vektla «kollegasamtale» og «kollegastøtte» som viktig for å utvikle fellesforståelse. I sykepleie ble holdninger til utøvelse beskrevet som «bevegelige holdninger» som påvirkes av media og interne prosesser i sykehuset. For å få til en reduksjon av tvangsbruk påpekte sykepleierne faktorer som; oppbygging av avdelingen, god bemanningssammensetning, samt trygg og erfaren bemanning. Dette ble beskrevet som mangelfulle faktorer. Sykepleierne påpekte også rollekonflikter mellom sykepleiere og assistenter i form av diffuse retningslinjer. Generelt beskrev sykepleierne en tilværelse med manglende nødvendige ressurser til å utføre et arbeid med kvalitet i alle prosessene. I temaet «Tvangsbruk ved fravær av omsorg» ble ordet «omsorgssvikt» benyttet av sykepleierne for å beskrive tilstander ved misbruk av tvang. Sykepleierne forklarte at mekanisk tvang ble benyttet på begrunnelser som for sikkerhetsskyld, tidligere epikriser i journalen og stigmatiserte pasienter. Rusmisbrukere med devaluerende språkbruk kunne bli skjermet eller lagt i belter. Dette ble påpekt som feil bruk av tvangsmidler. Unødvendig hard bruk av makt og tvang mot pasientene, samt ignorering av pasienter som er skjermet eller iført belter ble forklart som en «skjult» måte personalet benyttet for å straffe pasienter. Grensesetting av pasienter ved skjerming ble utført med en følelse av nedverdiggelse og krenkelse mot pasienten, ordet «nei» ble forklart som hyppig brukt på avslag og

korrigeringer av pasienter som ble skjermet av personalet. Ordet ble benyttet så ofte at det ifølge sykepleieren, grenset til krenkelse.

Resultatene viser at det er flere faktorer som påvirker sykepleieres holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang. De ulike faktorene påvirker hverandre og utgjør komplekse bevegelser i sykepleiernes holdninger til bruk av tvang. I utvikling av kompetanse bør åpenhet til felles- og fagligforståelse vektlegges som en viktig faktor for kunnskap og forståelse til emne. Relasjonskompetanse viser å ha betydning for pasientens brukermedvirkning. Sykepleiere bør ha empatiske holdninger, som anerkjennelse og medmenneskelig varme i møte med pasienter. Dette vil fremme pasientens muligheter til å kunne påvirke egen behandling. Ved å invitere pasienten inn i en omsorgsrelasjon bør sykepleiere vektlegge trygghet som en viktig del av omsorgen for pasienten. Sykepleiere bør opptre med respekt og ivareta pasientens verdighet i samhandling. Ved å respektere de grunnleggende menneskerettighetene, anerkjenner sykepleiere menneskets verdier som menneske. Dette bør vektlegges som viktige faktorer for å forebygge bruken av tvang. God, trygg og erfaren bemanningssammensetning er en forutsetning for å utføre et arbeid med kvalitet i alle ledd. Mangel på disse ressursene kan lede til at pasienter utsettes for omsorgssvikt som ved bruk av tvang for sikkerhetsskyld, basert på tidligere epikriser i journalen og gjennom stigmatisering av pasienter. Holdninger blant de ansatte viser seg da i fravær av respekt for pasienten, som unødvendig hard bruk av paternalisme ved grensesetting. Gjennom handlinger der sykepleiere velger å ignorere pasienten, benytter hyppig bruk av avslag og korrigeringer kan pasienten påføres nedverdiggende og krenkende opplevelser.

Nøkkelord i studien er sykepleie, tvangsbruk, makt, omsorgsvitenskap, holdninger og verdighet.

Abstract

The background for this study is that nurses today are strongly involved in the process and implementation of seclusion and mechanical restraints in the face of patients in Norwegian psychiatric acute wards. This has led nurses to experience their caretaking practice as ethically challenging and morally difficult in situations involving seclusion and mechanical restraints. Within nursing the use of seclusion and mechanical restraints have developed into a balancing-act between user complicity and an active involvement in their own

treatment on the one hand, and commitment, control and treatment against the patient's own will on the other hand. In Norwegian psychiatric health care law, the use of seclusion and mechanical restraints are among the most interventional measures the society can place on human freedom.

This study deals with nurses' attitudes towards the use of seclusion and mechanical restraints in an acute and closed psychiatric ward. The historic perspective on the use of seclusion and mechanical restraints highlights recent development in this field.

The following issue was selected for this study "What attitudes do nurses have in regard to the use of seclusion and mechanical restraints in the care of patients in coercive psychiatric treatment?". In this study, nursing based on experience have highlighted important topics within acute psychiatric nursing. Nurses have in this study had their chance to share their experience, opinions and their knowledge of the use of seclusion and mechanical restraints on patients hospitalized within the Norwegian psychiatric health care law.

By using a qualitative method using semi structured interviews the nurses where given the opportunity to share their experiences, express their opinions and professional insight in exercising care in situations where seclusion and mechanical restraints where used as intervention. Informants were asked questions about their attitude and experience using seclusion and mechanical restraints. In their interviews the nurses spoke about experiences where the care for the patient was safeguarded, and experiences that led to feelings of guilt. Nurses also spoke about experiences where the patient dignity was taken care of, and cases where the patient dignity was violated. A systematically text condensing method was used in the analysis of the interviews and four themes where presented as findings.

The findings in this study was divided into four themes; "Reduction of seclusion and mechanical restraint – a result of care", "Dignity and the absence of dignity by use of seclusion and mechanical restraint", "Use of seclusion and mechanical restraint, a moving attitude", and "The use of seclusion and mechanical restraint by absence of care".

Findings in the study on the theme "Reduction of seclusion and mechanical restraint – a result of care" nurses mediated that key elements such as communication-, care- and relational-competence, where recognition, compassionate warmth and empathy was highlighted as key factors for inviting the patient into a caring relationship. By listening to

the patient, the awareness of the human can develop, this is described by the nurses as the essence in preventing the use of seclusion and mechanical restraints. In situations where nurses perform or maintain seclusion or mechanical restraints to patients, their actions are explained using the word "protection" in the situations where the patient no longer can maintain their own self-control. On the theme "Dignity and the absence of dignity by use of seclusion and mechanical restraint" nurses highlighted different aspects of the concept of dignity. One perspective was that acts of using seclusion and restraints were positioning to create a relation. Dignity could then not be seen in the context of the use of seclusion and restraints. Another perspective for the use of seclusion and mechanical restraints was the act of respect for the patient. Dignity was an act performed by the nurse. In general nurses experienced the violation of the patient dignity by tough and boundary-setting use of voice with a rejecting attitude for the patient. Findings in the study on the theme "Use of seclusion and mechanical restraint, a moving attitude" the academic understanding was considered an important and central theme of nursing. Lack of understanding of the use of seclusion, mechanical restraint and boundaries for the patient led to difficulties in decision making. Nurses emphasized "colleague talks" and "colleague support" as important for developing a common understanding. In nursing, attitudes towards exercise of the use of seclusion and mechanical restraint were described as "moving attitudes" influenced by media and by internal processes in the hospital. To achieve a reduction in the use of seclusion and mechanical restraint, nurses pointed out factors such as; structure of ward, composition of crew, safe and experienced crew – this was described as inadequate factors in the ward. Nurses also pointed out that role disputes between nurses and assistants in the form of diffuse guidelines. In general, nurses described an existence with lack of necessary resources to perform quality work in all processes. In the theme "the use of seclusion and mechanical restraint by absence of care" the phrase "neglect of care" was used by the nurses to describe conditions of abuse using seclusion and mechanical restraint. Nurses explained that mechanical restraints were used on justifications such as a precaution, previous episodes in the journal, and stigmatized patients – such as drug users with devaluing language could be secluded or put in mechanical restraints. This was pointed out by nurses as incorrect use of seclusion and mechanical restraints. Unnecessary use of force and mechanical restraints against patients, as well as the disregard of patients who are secluded or put in mechanical restraints were explained as a "hidden" way the staff would use to punish patients. Setting

boundaries for patients by seclusion was performed with a sense of degradation and violation of the patient, the word "no" was explained as frequently used for rejection and corrections of patients secluded by the staff. The word was used so often that, according to a nurse, it was on the limit of abuse.

The results in this study show that there are several factors that influence nurses' attitudes toward the use of seclusion and mechanical restraints. The different factors influence each other and constitute complex movements in nurses' attitudes toward seclusion and mechanical restraint. In developing competence, an openness to joint and academic understanding should be emphasized as an important factor for knowledge and understanding of the subject. Relational skills show importance to the patient's user involvement. Nurses should have empathetic attitudes, such as recognition and compassionate warmth in the face of patients. This will facilitate the patient's ability to influence his or her own treatment. By inviting the patient into a caring relationship, nurses should emphasize safety as an important part of the care of the patient. Nurses should act with respect and safeguard patient dignity in interaction. By respecting basic human rights, nurses recognize human values as human beings. This should be emphasized as important factors in preventing the use of seclusion and mechanical restraints. Good, safe and experienced crew composition is a prerequisite for performing quality work in every aspect. Lack of these resources can lead to patients being subjected to neglected care, such as use of seclusion and mechanical restraint as a precaution, based on previous epicrisis in the journal, or stigmatized patients. Attitudes among nurses are then manifested in the absence of respect for the patient, such as unnecessary hard use of paternalism when setting boundaries. Through actions where nurses choose to ignore the patient, using frequent use of rejections and corrections, the patient may be subjected to degrading and offensive experiences.

Key words: Nursing, Seclusion, mechanical restraint, power, caring science, attitudes, dignity

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde

Temaet i denne masteroppgaven er «sykepleiernes holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv». Oppgaven er en del av min masterutdanning i Klinisk helse og omsorgsvitenskap. Gjennom flere år som psykiatrisk sykepleier på lukket psykiatrisk akuttpost i spesialisthelsetjenesten har jeg opparbeidet meg erfaring med å lede og assistere i situasjoner med skjerming og mekanisk tvang. Opplevelsene har vært mange gjennom årene og jeg har erfart mange ulike holdninger blant personalet, samt ulike valg av løsninger i gitte situasjoner. Løsninger og holdninger har vært gode og noen ganger mindre gode for pasientene. Dette har påvirket meg til å reflektere over hvordan ulike holdninger til skjerming og mekanisk tvang kan påvirke pasienten og opplevelsen av behandlingen.

I Norge er sykepleierne sterkt involvert i beslutninger, vedtak og gjennomføring av tvangsutøvelser overfor pasienter (Tvangsforsk, 2016). I følge Nordtvedt (2012) kommer holdninger til uttrykk gjennom handlinger, reaksjoner og meningsytringer. I sykepleieryrket er det viktig å være bevisst på egen rolle og holdninger i møte med pasienten. Bruk av tvang i psykisk helsevesen er et av de mest alvorlige inngrep samfunnet kan pålegge menneskets frihet. Europarådet gir Norge internasjonal kritikk for høye statistikker innen tvangsbruk. De påpeker at norske styresmakter ikke oppfylte målet i 2013 om å redusere ufrivillige innleggelses og behandlinger med fem prosent. Omfanget av tvangsbruk er nærmest uendret siden datasamlingen i 2007 (Council of Europe; Commission of Human Rights, 2015). Helseminister Bent Høie formidlet i 2017 at hverken nasjonale planer, strategier, lover eller opptrappingsplaner har hjulpet med å få ned tvangsbruken innen psykisk helse. Manglende åpenhet, manglende rapporteringsrutiner og systemer, samt manglende ledelse er avdekket innen psykisk helsevesen. Dette er innrapportert til Stortinget. Bent Høie har gitt sterke signaler på at tvangsbruken må reduseres, men ifølge Nasjonalt kompetanse senter for psykisk helsearbeid viser ikke statistikken noe reduksjon i tvang de siste årene (Austestad, 2015). Reduksjon i tvangshandling krever kartlegging og empiri for å iverksette relevante tiltak. Etisk teori, moralske overveielser og ulike typer klinisk etisk støtte er flere av Norvoll (2016) sine argumenter for å redusere tvangspraksis og bedre kvaliteten. Omsorgsvitenskap er vitenskapen om helse og omsorgsetikk. Omsorgsvitenskapen anvendes som teoretisk begrepsapparat for å forstå empirisk datamateriale til studien.

Tidligere forskning skaper grunnlag for bakgrunnsstoff og faktainformasjon, grundig og systematisk gjennomgang av tidligere forskningsmateriale kan føre til ny viten og økt kunnskap. I utviklingen av ny forståelse eller kunnskap er det viktig å vektlegge tidligere forskning. Tidligere forskning som belyser emnet innen skjerming og mekanisk tvang, samt omsorgsvitenskap er tilgjengelig hos Google scholar, Kunnskapssenteret, Oria, Pubmed, Idunn, Svemed, Tvangsforsk, Chinahl og Cochrane. Relevante søkeord som «omsorg», «tvang», «mekanisk tvang», «psykisk helse», «sykepleie», «care», «mental health», «psychiatric», «psychiatric care», «force», «seclusion», «coercion and restrain» er anvendt for å innhente relevante artikler om tema.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Denne studien søker å tilføre ny kunnskap og viten for å fremme innsikt i sykepleiernes holdninger, erfaringer og kunnskaper i bruken av skjerming og mekanisk tvang i en omsorgsrelasjon.

Ved anvendelse av kvalitativ metode med semistrukturert intervju formidler sykepleierne egne erfaringer, opplevelser og meningsytringer. Metoden åpner for å kunne avdekke sykepleiernes faglige innsikt i egen profesjonell utøvelse av omsorg der skjerming og mekanisk tvang anvendes som intervensjon. Studien bidrar til økt forståelse av sykepleieres vektlegging av menneskeverd og etiske vurderinger som ligger til grunn for deres vurderinger, handlinger og tiltak i omsorgsrelasjonen. «Omsorgsvitenskap» anvendes som grunnlagsteori og sikrer begrepsforståelse for studien. Begrepene «relasjon» og «omsorg» er vektlagt som viktige i studien da utøvelse og vektlegging av disse har en sentral rolle for ivaretagelse av pasientens autonomi og verdighet. Fenomenologisk – hermeneutisk metode ble anvendt i analysen av intervjuene. Forsknings spørsmål ble utarbeidet og formulert med formål om å øke kunnskap og forståelse til fagområdet.

Følgende problemstilling belyses:

Hvilke holdninger har sykepleiere til skjerming og mekanisk tvang i omsorgen for pasienter innlagt under psykisk helsevernlov?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Studien er avgrenset til tvangsintervensjon i et psykiatrisk akuttmottak med fokus på bruk av skjerming og mekanisk tvang. Pasientene innlagt på tvunget psykisk helsevern er over 16 år, barn og unge er ikke inkludert i studiet. Studien tar ikke stilling til juridiske og psykologiske

aspekter, samt medisinske legemidler ved tvang. Ulike type lidelser og diagnoser vil heller ikke bli definert.

Pasientbegrepet blir i studien anvendt i betydningen «det lidende mennesket». Begrepet blir anvendt som kjønnsnøytralt og representerer derfor begge kjønn. Pasientbegrepet er et fagterminologisk uttrykk som brukes i den daglige tale mellom helsepersonell ved sykehus, mottak og klinikker. Det benyttes derfor ikke som et tiltalenavn i direkte kontakt med det lidende menneske. I studien blir pasientbegrepet benyttet i den hensikt som et fordomsfritt ord, uten stigmatiserende holdninger knyttet til ordet.

2.0 Bakgrunn

2.1 Lov om Psykisk helsevern

Tvangsbruk i Norsk psykiatri er lovfestet og reguleres etter «Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern 2. juli, 1999». Loven fikk benevnelsen «psykisk helsevernlov», fra 1.januar, 2001. Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder pasient- og brukerrettighetsloven, heretter kalt pasientrettighetsloven fra 2.juli, 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven gir det rettslige grunnlaget for tvangsutøvelse hos helsepersonell. Loven har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern utføres på en forsvarlig måte og i tråd med menneskerettigheter og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt og integritet i samsvar med pasientens behov, selvbestemmelsesrett og menneskeverd. Psykisk helsevernlov § 3.1 regulerer at lege skal personlig undersøke pasienten og skriftlig bringe på det rene om lovens vilkår for vern er oppfylt. Om nødvendig kan pasienten hentes og undersøkes med tvang. Dersom pasienten unndrar seg undersøkelse eller begjæring fra offentlig myndighet eller nærmeste pårørende kan kommunelege etter eget vedtak foreta legeundersøkelse. Psykisk helsevernlov §3.2 regulerer vedtak om observasjon i inntil ti dager og fattes dersom frivillig behandling ikke har ført fram eller er formålsløst. Pasienten skal være undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Den uavhengige legen skal ha gitt skriftlig uttalelse og undersøkt vedkommende for å sikre at lovens betingelser oppfylles. Vedtaket kan påklages til kontrollkomisjonens leder. Psykisk helsevernlov §3.3 regulerer vedtak om tvungent psykisk helsevern, der pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Med mål om å hindre

forverring av sinnslidelse når bedring og helbredelse har stor sannsynlighet. Dersom pasienten utgjør fare for eget eller andres liv og helse og lovens vilkår er oppfylt, kan tvunget psykisk helsevern iverksettes når det har vært utført en helthetsvurdering og tvunget psykisk helsevern framtrer som klart beste løsning. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning tvangsmessig inngrep vil medføre for pasienten. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonens leder. Mangler pasienten samtykkekompetanse innvirker «pasient og brukerrettighetsloven». Den har som formål å yte nødvendig helsehjelp, hindre betydelig helseskade, samt forebygge og begrense bruk av tvang. Vedtak om § 3-2 og § 3.3 skal fattes snarest eller senest etter 24 timer etter innleggelse i institusjon.

Psykisk helsevernlov § 4-8 regulerer tvangsmidler i institusjoner. Loven anvendes der lempelige hjelpemidler har vist seg å være formålsløst, skal hindre pasient i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar, klær eller annet. § 4-8 a) omhandler mekanisk tvang som hindrer pasienten bevegelsesfrihet ved bruk av belter og remmer, samt skadeforebyggende spesialklær. § 4-8 b) omhandler kortvarig anbringelse bak låst dør uten personalet til stede. § 4-8 c) omhandler enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. § 4-8 d) omhandler kortvarig fastholding. Også i disse tilfeller kan vedtaket påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller nærmeste pårørende.

2.2 Politiske føringer

I 1951 nedsatte Sosialdepartementet en komite for å revidere «Sinnsykeloven» fra 1848. Innstillingen ble levert i 1955 og ført til en ny lov i 1961 om «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern». Den erstattet «Lov om sinnssykes behandling og forpleining». I tidsrommet mellom innstilling og lovvedtak var nye medikamenter for behandling av psykiske lidelser kommet til Norge. Optimisme om rask bedring og helbredelse førte til tro på medikamentell behandling. Hovedkriteriet «alvorlig sinnslidelse» for tvangsinnleggelse forble uforandret. Nye kriterier ble lagt til, som innebar at pasienten må utgjøre en fare mot seg selv eller andres liv og helse, samt lide overlast eller forspille mulighet til bedring uten innleggelse. Loven skiller mellom forvern, ettervern og helsevern, samt privat forpleining. Det offentlige tillegges mer ansvar i denne perioden. Tvungen observasjon i inntil tre uker blir innført. Målsetting for lovendringen var at omsorg og behandling i sykehus skulle være effektivt slik at det levde livet kunne leves utenfor sykehus.

De som trengte omsorg og ivaretagelse i et lengere forløp skulle gis offentlig tjenester utenfor sykehus. I 1981 ble et nytt utvalg nedsatt for å gjennomgå «lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern». Utvalget la vekt på rettsikkerhet for pasienten og pasientrettigheter. Utvalgets innstilling ga grunnlag til lovendringen som dannet grunnlaget for dagens lov (Kringlen,2007). Denne ble revidert i september 2017.

I etterkant av 1981 iverksatte storting og regjering ulike tiltak for å sikre bedre praksis. Dette er omhandlet i Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) «Åpenhet og helhet» og tar for seg alle sider ved tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmeldingen rettet sterk kritikk mot flere områder i psykiatrien, deriblant regulering av tvangsbruk. Rapporten førte til at Stortinget vedtok en opptrappingsplan for psykisk helse (Regjeringen, 1997). I St.prp.nr.63 (1997-1998) beskrives opptrappingsplanen for psykisk helse for årene 1999 til 2006 og vektlegger brukermedvirkning og mest mulig frivillighet. Målet var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet skulle stå i sentrum. Men, ifølge NOU (2011:9) handlet opptrappingsplanen om faglige, organisatoriske og økonomiske tiltak. Opptrappingsplanen ble framlagt i 1999 og samtidig ble «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» vedtatt med virke fra 2001 (Psykisk helsevernlov 1999). «Lov om pasient og brukerrettighetsloven» trådte også i kraft i 1999 og sikret pasienter nødvendig helsehjelp og tilgang på tjenester. Pasientrettighetsloven fra 1999 gir pasienter rettighet til frivillig behandling og rett til helhetsvurdering. Loven om pasientrettigheter innvirker på regulering av vedtak ved tvangsbehandling og tvangsmidler. Vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold lovfestes og tvungen observasjon i inntil tre uker reduseres til ti dager. Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en tiltaksplan i 2006 for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang som var en del av opptrappingsplanen. Fire målsetninger ble nedfelt; økt kunnskap hos helsepersonell, rettsikkerhet for pasienter, øke frivillig behandling og sikre riktig dokumentasjon på tvangsbruk. Helsedirektoratet utviklet i 2008 «Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevesenet» Intensjonen deres var å fremme forskning på tvang for å øke kunnskapen om tvang i Norge. Regjeringen opprettet i 2010 et utvalg for å vurdere rettslige, etiske og faglige sider ved tvangslovgivning innen psykisk helsevernlov i henhold til menneskerettigheter og samtykkebestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2011 framla utvalget rapporten «Økt selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelse og omsorgsansvar i psykisk helsevern» (regjeringen, 2011). I 2012 framla Helse og

Sosialdepartementet rapporten «Bedre livskvalitet - økt frivillighet» som er en nasjonal plan for økt frivillighet i psykiske helsetjeneste. De ønsket å erstatte tvang med trygge tiltak og frivillige løsninger basert på nært og forpliktende samarbeid med pasient og pårørende. Årlig utgir Helsedirektoratet rapport på «bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne» Rapportene oppgir tall, estimater og variabler på bruk av tvang også i forbindelse med klagesaker som har blitt behandlet hos domstol, fylkesmannen eller fylkeslege. Februar 2017 endres «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern», endringene trådte i kraft september 2017. Loven sikrer at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal skje på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettigheter og rettighetsprinsipper. Loven har som formål å forebygge og begrense bruken av tvang (Lovdata, 2017).

2.2.1 Kontrollkommisjon

Kontrollkommisjonen er et tilsynsorgan, som har som oppgave å sikre den enkeltes rettssikkerhet som behandles innenfor det psykiske helsevernet. Kontrollkommisjon kontrollerer at de formelle kravene til tvangsinnleggelse eller videre tvangsopphold er oppfylt og i samsvar med psykisk helsevernlov. Kommisjonen er en klage instans der pasient, pårørende, verge eller personell kan innklage tvangsvedtak på etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern. Kontrollkommisjonen kontrollerer tvangsvedtak og saksbehandler klager. Dersom vedtaket ikke oppfylder vilkårene for psykisk helsevernloven, skal pasienten skrives ut. Har pasienten vært innlagt etter «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» i tre måneder skal kontrollkommisjon vurdere behovet for tvunget helsevern. Kontrollkommisjonen er pålagt å varsle fylkesmannen om kritikkverdige avgjørelser eller forhold. Avgjørelser utført av kontrollkommisjon kan overprøves av domstolen (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Mekanisk tvang og skjerming i et historisk perspektiv

Mekanisk tvang og isolasjon har vært benyttet som intervensjon i norsk psykiatri siden 1500-tallet. Institusjonene var tukthus og dollhus, der aggressive og utagerende mennesker ble innelåst i dårekister. Begrepet skjerming ble innført på 1800 -tallet, men har sitt opphav fra isolasjon. Sinnssykeloven kom i 1848 og sikret legene posisjon i sinnssykehus. Behandling ble et fagfelt med årelating, lange bad og nedkjøling. Først mot slutten av 1800 tallet får psykiatrien en mer humanistisk tenkning. Lenker ble byttet ut med belter og isolatpasienter

blir gitt lufttegårder. Voktere ble erstattet med pleiepersonell og sinnssykepleie ble en del av sykepleierutdannelsen som resulterte i bedre kost og sanitære forhold. Først i 1930 årene ser man bedring i holdninger. Kommanderende og befalende holdninger blir erstattet med høflig og vennlig innstilling. Omsorgsperspektivet skaper innovasjonsprosesser, som forståelse av pasientens fenomener og atmosfære preget av ro (Kringlen, 2007). I 1961 ble «Lov om etablering og tvunget psykisk helsevern» vedtatt. I 1980 ble skjerming en metode som alternativ til isolat. Endring i skjermingsmetoden kom i kjølevannet av «Ullevåls – modellen» som innførte individuellbasert miljøterapi. Skjerming ble utført ved at personalet var tilstede med pasienten i et begrenset miljø med elementer av stimulerende begrensinger, grensesetting og struktur. Hensikten var at pasienten skulle gjenvinne sin autonomi og selvkontroll (Norvoll, 2007). Økt kunnskap og forskning på fagfeltet, utbygging av behandlingsapparat, økning av behandlere og helsepersonell, lovgivning som regulerte mekaniske tvangsmidler og skjerming, rettsikkerhet for pasienter, brukermedvirkning og selvbestemmelsesrett for pasienter, har ført til økt bevissthet rundt omsorg, verdier, holdninger og etiske aspekter for norsk psykiatri. Selv om mye har blitt bedre i norsk psykiatri, forteller likevel pasienter om krenkende opplevelser i møte med norsk psykiatri. Skjerming og mekanisk tvang er kontroversielle og omdiskuterte fenomener i psykiatrisk helsevesen (Wertheimer, 1993), som denne studien ønsker å tematisere med utgangspunkt i sykepleiernes holdninger.

2.4 Skjerming

I internasjonal forskning benyttes begrepet «seclusion», og er derfor ikke direkte overførbart til norske forhold. «Seclusion» og definisjoner av intervensjoner benyttes ulikt i forskjellige land. Begrepet «isolasjonsprosedyre» internasjonalt, har ulike kriterier mellom landene som utgjør ulike intervensjoner og skaper forskjeller i praksis. Skjerming kan sammenlignes med «seclusion», men skiller seg i form av prosedyre og intervensjon. Ved «seclusion» benyttes ofte isolasjon der pasienten er alene i et låst rom uten mulighet til å gå ut. I Norge anvendes begrepet skjerming om følgende forhold:

- «Skjerming» vil vanligvis si at pasienten oppholder seg på skjermingsenhet, sammen med personell, i en lukket, fysisk avgrenset enhet, med begrensede muligheter for stimuli og bestemte regler for atferd.

- «Egen skjerming» vil si skjerming alene på rommet med lukket dør. Denne formen for skjerming benyttes vanligvis kombinert med skjerming der personell er tilstede og om pasienten ønsker det. Egenskjerming blir ofte brukt som en forberedelse til å flytte fra lukket til åpen post, eller når en mener at pasienten blir roligere ved å være på skjermet enhet. I egen skjerming ligger det innebygget en test om pasienten greier å forholde seg til avtaler om å skjerme seg selv ut fra en tidsplan. Pasienter kan selv ta initiativ til egenskjerming. Egenskjerming på rom blir også benyttet utenfor skjermingsenhet.
- «Isolering» vil si at pasienter lukkes inne på rommet med låst eller gjenholdt dør. For eksempel kan personalet sitte på en stol med foten foran døren, og på denne måten hindrer pasienten i å trenge seg ut. I følge psykisk helsevernlov er det ikke tillatt å låse pasientrommene på skjermet enhet over lengre tidsperioder. Denne formen blir derfor bare brukt i nødsituasjoner, og i korte tidsintervaller, overfor pasienter som er utagerende (Vatne, 2012, s. 64).

Skjerming anvendes som behandlingsmetode for å håndtere aggressiv, voldelig og utfordrende adferd hos psykiatriske pasienter (Happell, 2010). Av behandlingsmessige årsaker benyttes skjerming for å redusere eller lindre pasientens aggressive adferd. Ved å begrense pasientens sanseinntrykk kan aggresjon reduseres som kan føre til at pasienten gjenvinner kontroll over egen sinnsstemning. Ved tiltagende uro eller angst kan skjerming brukes med forebyggende hensikt for å motvirke forverring av pasientens tilstand (Richter, 2006). I situasjoner der pasienten er drevet av selvmords impulser og ønsker å forlate avdelingen, benyttes skjerming som intervensjon for å kontrollere pasientens impulsive handlinger, samt forebygge og beskytte pasienten for suicid (Kaltiala-Heino, m.fl. 2003). Faglig vurdering må være grunnlaget for å fatte vedtak i henhold til psykisk helsevernlov jf. §4-3. Eksempel på situasjoner der skjerming kan vurderes er ved utagerende og aggressiv adferd hos pasienter i fellesmiljø. Begrunnelse for skjerming må være basert på at adferden er svært forstyrrende eller potensielt skadelig for pasienten eller medpasienter. Pasienten blir ledet av helsepersonell til et eget rom for å skjerme pasienten fra medpasienter, forebygge utarting av situasjonen og for å dempe pasientens uro eller aggressiv, utagerende adferd.

Skjerming ble lovregulert i Ot.prp.nr 11 (1989-1999) som i hovedsak var ment til å gjelde behandlingstiltak til psykotiske pasienter. Skjerming viste seg å bli benyttet i et bredere

omfang av pasientgrupper. I ikrafttredelse av loven den 30. juni 2006. nr.45 «Om endringer i psykisk helsevernlov og pasientrettigheter» omfatter nå loven alle pasientgrupper, også frivillige innlagte. Skjerming har en egen forskrift i «Lov om etablering og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern». Forskriften regulerer vilkårene og gjennomføring av skjerming for å sikre forsvarlige tiltak og rettighetsprinsipper. Forskriften definerer bruk av skjerming i institusjoner. Psykisk helsevernlov § 4-2 «Utgjør pasientens psykiske tilstand utagerende adferd under oppholdet gjør det skjerming nødvendig. Den faglig ansvarlige kan bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg, for pasienten». I henhold til Ot. prp. nr. 11 (1998-99) regulerer forskriften vilkår for skjerming, vedtak om bruk av skjerming, gjennomføring av skjerming, registrering av vedtak om skjerming og pasientens rett til innflytelse og klagerett. «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» ble revidert februar 2017 med tiltredelse kraft september 2017. Revidering av loven medførte endring i retningslinjer for skjerming. Pasienten kan nå skjermes på vanlig pasientrom i inntil 24 timer, deretter vil vedtak være påkrevd. Dersom pasienten motsetter seg skjerming skal det fattes vedtak før skjerming iverksettes. Skjermes pasienten på skjermingsenhet, skal vedtak fattes innen 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen.

Rommet kan være spesial designet eller helt enkelt. Dørhåndtak er vanligvis bare på utsiden, med et observasjonsvindu i døren. Skjermingsrom skaper fysiske rammer og avgrenses i en lukket enhet(Ducan,2010). Skjerming anses for å være et mindre inngripende tiltak mot pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett enn isolasjon (NOU,2011:9). Pasienter som skjermes vil oppleve begrenset bevegelsesfrihet og begrenset selvbestemmelsesrett (Wertheimer,1993). Skjerming av pasienter i et langtidsperspektiv skal meldes til kontrollkommisjonen. Isolasjon skiller seg fra skjerming ved at dør er stengt mellom personell og pasienten i inntil 2 timer. Vedtak må derfor fattes etter psykisk helsevernlov jf.§4-8, behov for stengt dør mellom pasient og helsepersonell (Lovdata,2017).

2.5 Mekanisk tvang

I internasjonal forskning benyttes begrepet «restraint», i betydningen «å bli holdt tilbake» eller «å bli tatt kontroll over» i form av fysisk begrensning for å ivareta agiterte eller

aggressive pasienter. Mekaniske tvangsmidler som stropper, belter eller remmer begrenser pasientens bevegelsesfrihet. Mekanisk tvang skiller seg fra fysisk kontakt under prosessen, da man anvender mekaniske tvangsmidler på pasienten (Ducan,2010). I følge Kaltiala - Heino m. fl. (2003) review studie blir mekaniske tvangsmidler benyttet ved voldelig og aggressiv adferd hos pasienten, vold mot seg selv, besøkende, personell, eller medpasienter. Knusing av inventar eller alvorlig forsøk på selvsykning som kan resultere i suicid. Verbale trusler, der pasienten opptrer på en truende måte, opphisset, rastløs og reagerer på kommunikasjon på en anstrengt måte. Kaotisk eller forvirret adferd der pasienten gjør irrelevante handlinger, som smusser med urin, avføring og menstruasjon, viser seksuell ukritisk adferd og annen påfallende adferd som oppleves uforutsigbar og vanskelig å kontrollere for personell når pasienten ikke er tilgjengelig for kommunikasjon. Voldsrelaterte handlinger er hyppigste årsak til at personell anvender mekaniske tvangsmidler. Situasjonen krever at personell må ta kontroll over pasienten når pasienten har mistet sin besinnelse, eller ikke klarer å kontrollere egen aggressive adferd eller temperament. Intensjonen med mekaniske tvangsmidler er å hjelpe pasienten eller beskytte pasienten i hensikt å forebygge suicidal adferd. Begrense pasientens truende adferd og trusselnivå for å ivareta andres sikkerhet i avdelingen, der pasient er voldelig eller truer med å bli voldelig. Hjelpe pasienten til å gjenvinne selvkontroll over sine psykiske symptomer som angst, rastløshet, paranoia, psykose, eller hallusinasjoner ved kaotisk adferd.

Anvendelse av mekaniske tvangsmidler er regulert i «Lov om etablering og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern» § 4-8 andre ledd. Bruk av tvangsmidler i institusjon med godkjenning for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, tvunget psykisk helsevern jf. § 3-5. Tvangsmidler skal kun benyttes overfor pasienter når det er uomgjengelig nødvendig å hindre pasienten i å gjøre skade på seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar eller andre gjenstander. Ved bruk av tvangsmidler skal det føres tvangsmiddelprotokoll som utsendes fra helsedirektoratet. Dokumentasjonen i protokollen skal gi informasjon på at vedtaket er fattet, klokkeslett og dato når det ble iverksatt og når det opphørte jf. Psykisk helsevernforskrift §30. Tvangsmidler skal kun benyttes når lempelige midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige der pasienten har en utagerende og ukontrollert adferd jf. Tvunget psykisk helsevern § 4-8 første ledd. Loven gir dispensasjon til å benytte mekaniske tvangsmidler på frivillige innlagte pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern. Vedtak kan fattes av fagansvarlig lege, ansvarshavende

sykepleier eller vernepleier i akutte nødsituasjoner. Ved anvendelse av tvangsmidler i over åtte timer sammenhengende må det vurderes om pasienten kan gis friere forpleining. Dersom det ikke lar seg gjøre må årsaken dokumenteres og føres i tvangsprotokoll. Dette skal gjentas hver åttende time, jf. Psykisk helsevernforskrift §30. Redusert bruk av tvang er et myndighetskrav, jf. IS-1370 «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern». Personell skal alltid være til stede i samme rom med pasienten og dersom pasienten ønsker å være alene må faglig ansvarlighet vurderes ifølge «Tvunget psykisk helsevern» § 4-8 fjerde ledd. Bruk av tvangsmidler må forløpende vurderes og avbrytes dersom behandlingen ikke gis hensiktsmessig virkning eller skaper uforutsette negative konsekvenser ifølge «Psykisk helsevernforskrift» § 26. Mekaniske belter kan være festet til «belteseng» som er en seng designet med belter festet til sengeramme. Beltene festes til ankler, håndledd, mage, bryst og skuldre. «Belteseng» kan også være transportabel, da har sengen hjul som gjør at den kan flyttes etter behov. Transportable belter festes rundt magen hvor håndleddene festes til magebeltet, ankene er festet sammen slik at pasienten kan ta små skritt (fagprosedyre Helse-Bergen, 2017). Dersom pasienten eller pårørende ønsker å påklage vedtak om tvangsmiddel bruk, skal klagen behandles av kontrollkommisjonen ifølge «tvunget psykisk helsevern» § 4-8 femte ledd (NOU,2011:9). Helse-Bergen har utviklet en fagprosedyre på bruk av mekaniske tvangsmidler. Hensikten med fagprosedyren er å kvalitetssikre bruken slik at forskrifter, gjeldende lover og kunnskapsbasert praksis blir ivaretatt. Målet med fagprosedyren er å ivareta sikkerhet og forhindre skader på personell og pasienter, samt ivareta pasientens verdighet og integritet gjennom hele forløpet. Ved å implementere prosedyren i praksis skal dokumentasjon, ettersamtale, opplæring, utstyr og vedlikehold, samt faglige og etiske prinsipper ivaretas. Prosedyren gir en detaljert beskrivelse i hvordan personalet skal utøve fysisk adferd mot pasienten og iføre pasienten mekaniske belter på en best mulig skånsom og omsorgsfull måte, samt så kortvarig som mulig, jf. «Psykisk helsevern» forskrift § 26. Fagprosedyren er tilgjengelig for allmennheten på Helsebibliotekets internettside. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller nærmeste pårørende (Lovdata,2017).

2.6 Makt

Makt er et fenomen som tilhører det menneskelige livet. Å være menneske vil i seg selv si å ha makt. Makt er en naturlig kilde i all eksistens og finnes hos alle mennesker som kraft,

styrke, frihet og evne. Ut i fra et omsorgsvitenskaplig perspektiv har mennesket makt som fullmakt og en plikt til å forvalte, verne og tjene livet med kjærlighet. Makt utgår fra en indre kraft som innebærer evnen til å kunne handle i frihet samtidig som man har også evnen til å avstå fra å handle. Ut fra en gjennomført semantisk analyse framstår maktbegrepet med tre betydninger:

1. Makt som «kraft». Det vil si menneskets indre kraft i egenskap av åndelig kraft, livskraft og iboende makt og styrke.
2. Makt med vilje til handlinger for andres beste. Det vil si menneskets indre egenskaper skaper muligheter, tillatelse og bemyndigelse til frihet. Mandat og rettighet til relevant og fullgod handling.
3. Makt med vilje til handling for sitt eget beste. Viljen fins da hos mennesket ved at man med embetsverk bestemmer, likeledes kan mennesket benytte sin myndighet til vold og tvang eller samtykke og overtagelse, samt krenke og bestemme over et annet menneske.

Begrepet «fullmakt» kan forstås i to ulike betydninger:

1. Handlingen i det å gi fullmakt til en annen person. Det vil si at man gir sin tillatelse, sitt samtykke og bifall. Ytterligere dimensjoner i denne betydning er rettighet, lov, privilegium og mandat som gis ved fortrolige oppdrag.
2. Juridisk fullmakt. Legitimerer at den fullmektige har fått tillatelse fra fullmaktsgiver til å handle på egne veier.

Ved å forstå begrepet «fullmakt» i et omsorgsvitenskapelig perspektiv kan det forklares som; En overlevering av tillatelse og samtykke til en person, som da gis tillatelse, bemyndigelse og autoritet til å handle i den andres interesse (Bergbom m.fl. 2013).

Mennesker har en dypere mening, ikke makt over hverandre. Omsorgsgiveren må derfor erkjenne pasientens autonomi og fullmakt til å handle etter egen beslutningsevne. En pasient kan tildele omsorgsgiver fullmakt til å «handle» på vegne av pasienten.

Relasjonen er asymmetrisk ved at omsorgsgiveren har en høyere grad av ansvar for å lindre pasientens lidelse. Derfor må begrepet brukermedvirkning innebærer at pasienten gis myndighet eller fullmakt av omsorgsgiveren. Den tiltroen fullmakten innebærer er et fortrolig oppdrag og tolkes som en handling i tillit fra pasienten. Innholdet i denne handlingen kommer fra felleskapet som skapes i omsorgsrelasjonen. Fullmakten gis kun der omsorgspersonen anses verdig til å ta imot den. Fullmakten innebærer en tillatelse som

pasienten gir av egen fri vilje, og ikke noe som kan tas, frarøves eller utøves uten pasientens samtykke. Fullmakt innebærer tillatelse til å handle med et bestemt formål og gis i ulik grad innen ulike områder avhengig av pasientens helsetilstand ettersom den stadig endrer form avhengig av hvor pasienten befinner seg i helseprosessen (Bergbom m.fl. 2013). I omsorgen innebærer fullmakten en tillatelse til ansvar og frihet ut i fra kjærlighetens kraftkilde.

Omsorgsgiverens frihet innebærer at man kan velge å handle for pasientens eget beste. Valget om å handle for pasientens beste kan innebære at omsorgsgiver handler med kun seg selv som målestokk, hvilket kan beskrives som omsorgsgiverens utøvende makt over pasienten. Om fullmakten uteblir, men at pasientens helsetilstand likevel krever det, bruker omsorgsgiveren sin indre kraft av kjærlighet for å bevare og forvalte pasientens liv og helse. Omsorgsgiveren overgir ikke ansvaret som er assosiert med fullmakten til en annen person. Dette ansvaret kan aldri overlates til andre da det er ubetinget.

Omsorgsgiverens visshet om sin kraft og fullmakt gir henne styrke og verdighet i omsorgshandlingene. Oppgaven er livgivende og det å kjenne seg som et verdig menneske gir mot til å være medmenneske og til å kjenne medlidelse – det er forutsetningen for å kunne gi omsorg (Eriksson, 2015). Pasienten forsøker å beholde makten over sin verdighet og sin eksistens gjennom å tilpasse seg omsorgens behov eller kjempe mot allmakten og formynderiet med ulike tilnæringssett. Pasienter som på grunn av helsetilstanden ikke har styrke eller mulighet til kamp forsetter da i håpløshet og avmakt gjennom omsorgsgiverens usynliggjøring og umyndiggjøring. Handlinger som kan tolkes som maktmisbruk og som fører til at verdigheten trues vil føre til at gunstige prosesser for helse og velbefinnende stopper opp (Bergbom m.fl.2013).

2.7 Verdighet

Verdighet ses som noe gitt mennesket i egenskap av mennesket, og finnes altså iboende i alle mennesker og som skaper en følelse av mening og verdi. Derigjennom blir verdighet et grunnleggende etisk hellig ideal som indikerer moral, og at mennesket har visse forpliktelser å oppfylle. Verdighet som et etisk ideal får betydning for hvordan man viser omsorg og handler på en ideell og respektfull måte. Gjennom handlinger kan man vise respekt for både egen verdighet og medmenneskers verdighet. De kulturelle røttene og den etiske tilhørigheten skaper et viktig fundament for opplevelsen av verdighet. Verdighet kan da bygges opp av forskjellige verdier og som påvirker ulikt hver person. Verdighet må relateres

til personens samhörighet i samfunnet. Posisjon, makt, ære, anstendighet og rykte er kvaliteter som ikke bare er koblet til å være menneske, men bedømmes i å forholde til noe eller noe annet (Berbom m.fl.2013).

I samtale med pasienten og omsorgsgiveren beskrives verdighet som å være en hederlig og rettfærdig person, kjenne seg stolt, være selvstendig og verdifull, samt å ha kontroll over sin situasjon og kunne ta ansvar. Å inneha en identitet og kjenne seg betydningsfull gjør at ens egen verdighet bekreftes. Å inneha en identitet innebærer i denne sammenheng å bli sett, å bli trodd på, samt å bli lyttet til og bli tatt på alvor. Mennesker ønsker å bli møtt med respekt, vennlighet og medfølelse i relasjonen med andre mennesker. Verdighet eksisterer når personen opplever respekt og anerkjennelse, og kan leve på en måte som gir en følelse av velbehag. Den verdighet og selvoppfatning er sterkt knyttet til ønske om å mestre sin egen livssituasjon og bevare sin uavhengighet. Mennesket vil ha selvstendighet og frihet, samt å ha kontroll, og ikke være til byrde for andre. Det oppleves ofte som en skam for den enkelte når en ikke greier å leve opp til normene i samfunnet som definerer renslighet, hederlighet og redelighet (Skærbæk, 2013).

I omsorgsvitenskaplig forskning trer verdighet frem i to adskilte, men sammenlignbare dimensjoner; en «absolutt» og en «relativ». Den absolutte er uforanderlig og innbefatter menneskets hellighet og menneskeverdet, men også frihet, ansvar og plikt. Denne dimensjonen er ukrenkelig og grenseløs, samt finnes alltid nærværende i mennesket selv i de mest nedverdiggende situasjoner (Eriksson, 2015).

Den relative verdigheten står for endringen som påvirkes av kultur og samhold, og som gis en indre etisk og ytre etisk dimensjon. Denne formbare verdigheten har en indre og ytre side som påvirkes og forandres under livets gang. Den indre relative verdigheten utgjør en kilde av omsorgen som omfatter etikken, moral og normer som mennesket har gjort til sine. Den ytre verdighets endring vises gjennom menneskets tilnærming og handlinger i ulike situasjoner og sammenhenger. I en tilnærming til andre mennesker som har opphav i etiske og moralske verdier, vil det gi grunnlag til en samhandling preget av forståelse, respekt og anerkjennelse. Med denne tilnærming møter sykepleiere pasienten med verdighet (Eriksson, 2001). I situasjoner der omsorgsgiveren ikke har lagt stor nok vekt på etiske og moralske verdier i sin tilnærming til pasienten, kan dette medføre at man ikke ser og ivaretar pasientens behov for forståelse, respekt og anerkjennelse i sin livssituasjon. Resultatet kan medføre at omsorgsgiver har sviktet en viktig del av sitt ansvar og pasienten opplever å bli

neglisjert og oversett. Dette kan også påvirke omsorgsgivers grad av profesjonalitet i utøvelse av omsorg for pasienten. Når omsorgsgiveren ivaretar og er oppmerksom på pasientens lengsel etter trøst, å bli lyttet til, å bli trodd på, samt våger å møte dette profesjonelt, bevarer omsorgsgiver også egen verdighet. I relasjonen til pasienten er det viktig å se mennesket som den personen han eller hun er. Det er også viktig at omsorgsgiver ser hele mennesket og ivaretar den absolutte verdighet som finnes i hvert menneske (Bergbom m.fl.2013).

2.8 Omsorg

I Eriksson's analyse av begrepet «omsorg» beskriver hun omsorg som en kjærlighetshandling, som eksisterer i grunnen av mennesket og som noe naturlig iboende i oss. Kjærlighet og omtanke er et uttrykk for det sanne mennesket og bekrefter mennesket som menneske. Gjennom å kunne gi og ta imot kjærlighet får mennesket kraft til å vokse og utvikle seg. Omsorgen formidles gjennom kjærlighetens kraft som nærhet, ømhet og bekræftelse. Anerkjennelse er å bekræfte den andres velvære. Opplevelsen av velvære har en helende funksjon og anses som verdifull for mennesket. Omsorg innebærer også kraft til vekst og utvikling. Alle mennesker har en iboende kraft til å skape. Denne skapende kraften uttrykkes gjennom eksistens. Eksistens utgjør en vei til helse. Kjærlighet til eksistens og livet hører sammen med troen og håpet. Troen er den indre visshet, det man stoler på og skaper grunnen for tillit. Håpet utgjør tenkningen om morgendagen, livsviljen. Omsorgsgiverens innerste kjerne beskrives som «å hjelpe et menneske til å være et helt menneske». Begrepet omsorg handler om å berøre menneskers grunnleggende eksistens gjennom å verne om verdighet, respekt og integritet. Ved å «se» mennesket som noe unikt, og man har et genuint ønske om å ivareta og beskytte. Omsorgsgiverens innerste kjerne kan komme til uttrykk i tro, håp og kjærlighet. Tillit, tilfredshet, kroppslig og åndelig nytelse er en følelse av å være i bevegelse og utvikling. Samtidig har man en følelse og en opplevelse av tro, håp og kjærlighet (Eriksson, 2015). Dette gjør at omsorgsgiverens mål blir mulig å forstå. For å kunne forstå substansen i omsorg, må vi søke i dens opphav. Eriksson tar utgangspunkt i «omtenksomhet», «omtanke», «bry seg om», «ansvar for», «ta seg av» i sin grunnforskning til betydningen av begrepet omsorg. Det er derfor naturlig å fokusere på «den andre» i relasjoner til menneskets helse og lidelse (Bergholm, 2013). Omsorg skapes gjennom ulike former for bekræftelser, eksistens og kunnskap om erkjennelse av tillit, tilfredsstillelse,

kroppslighet, og åndelig velbehag skaper følelse av å være i meningsutvikling med helseprosesser (Eriksson, 2015).

Ifølge Eriksson har omsorgen sin dannelselse i relasjonen mellom mennesker ved at man bekrefter den andres eksistens. Omsorg handler om å berøre menneskers grunnleggende eksistens gjennom å verne om verdighet, respekt og integritet (Eriksson, 2014).

Buber og Løgstrup beskriver relasjoner mellom mennesker, tanker som kan utvide vår forståelse og innsikt om hva som påvirker menneskelige møter. For at det skal gå godt kreves det en gjensidig vilje fra partene i relasjonen. Det kreves en vilje til å lytte, til å gå med, forstå og til å gi nærværenhet, oppmerksomhet og tilstedeværelse. Vekselvirkningen mellom å gi den nødvendige distanse og å opprette relasjon er kjennetegnet på å være menneske (Bergbom m. fl. 2013). Alle mennesker har omsorg som en naturlig egenskap i sin indre kjerne. Heidegger (1981) og May (1972) beskriver den grunnleggende menneskelige omsorgen som «ontologisk». Det vil si at det er den indre prosessen som gjør menneske til mennesket. May hevder at omsorg fødes i samme stund som barnet. Det er tiden etter som er situasjonsbetinget om barnet utvikler sunn og naturlig omsorg. Kirkegaard (1963) hevder at man har medfødt kjærlighet som omsorg ses i sammenheng med og utvikler seg til omsorgsgivere (Eriksson, 2014). Omsorgens grunnleggende substans består av bekreftelse, eksistens og læring. Bekreftelse gir kroppslig velbehag og renslighet. Læring gir tillit og tilfredshet, som eksistensen uttrykker attraksjon. Læring leder til utvikling der konversering og samspill er former for eksistens. Alle disse elementene skaper en integrert helhet og påvirker hverandre. Bekreftelse setter i gang ulike prosesser i pasienten, som kan føre til ulike trivselsfaktorer. Oppfatter vi livet som en helhet som også innbefatter den åndelige dimensjonen kommer vi fram til begrepene tro, håp og kjærlighet, som skaper grunnlaget for bekreftelse, eksistens og læring. Bekreftelse utgjør den mest grunnleggende formen for omsorg. Varme, nærhet og berøring er kjennetegn på bekreftelse. Bekreftelse er et uttrykk for vennskap, hvor man virkelig vil den andre vel. Mellom mennesker er mye felles, men samtidig ulikt og unikt. For virkelig å møte pasienten, fremstår det som vesentlig at vi lar distansen eksistere samtidig som vi inviterer til relasjon. Med seg inn i en relasjon preget av god omsorg får pasienten ta med seg sitt liv, sine erfaringer, plager og forventninger. Sykepleiere byr på sin profesjonelle kunnskap, innsikt, moral og klokskap.

Distanse gir rom for relasjonen og relasjonen gjør dialogen mulig. Det vesentlige for relasjonen, omtaler Løgstrup er livsytringer som tillit, åpenhet, barmhjertighet og å gi rom

mellom mennesker (Bergbom m.fl. 2013).

I vårt moderne samfunn og som resultat av ulike endringsprosesser har naturlig omsorg blitt erstattet med profesjonell omsorg. Egenomsorg kan ses som en mellomform mellom naturlig omsorg og profesjonell omsorg. Egenomsorg er forankret i den naturlige omsorgen som er med og danner grunnfundament til profesjonell omsorg. I gitte situasjoner overtar den profesjonelle omsorgen for den andre. Omsorg som helhet kan ses som en balanse mellom naturlig omsorg, egenomsorg og den profesjonelle omsorg.

Gjensidighet er en grunnleggende karakter som kommer til uttrykk i omsorgen i en interaktiv prosess. Pasienten er en passiv mottaker for omsorgen, et objekt. I denne prosessen er resultatet en ensformig teknologisk utvikling i omsorgen. Oppfatter vi omsorgen som en høyt utviklende form for bekreftelse, eksistens og læring i betydningen profesjonelt vennskap med elementer av tro, håp og kjærlighet, forutsetter denne formen for omsorg en høy grad av gjensidighet mellom omsorgsgiveren og pasienten. Innledende og felles for all omsorg bør perspektivet være et helhetlig perspektiv hvor omsorgens felleselementer er basert på bekreftelse, eksistens, læring, tro, håp, kjærlighet, velbehag, utvikling, sunnhet og nytelse. Disse elementene utgjør den første substansen, de ontologiske elementene i en helhet, som gjør at omsorg i relasjon i til mennesket blir helhet med ånd, sjel og kropp (Eriksson, 2015).

2.9 Holdninger

Sykepleie er en humanistisk disiplin der pasienten står sentralt som det sårbare og hjelpetrengende mennesket. Sykepleiere er alle eiere av bestemte holdninger, forforståelse, fordommer og forutbestemte meninger. Tilegnelsen starter i begynnelsen av livet og formes av familie, samfunn og kultur. Gadamer (1900-2002) tar utgangspunkt i at vår forforståelse og fordommer er ureflekterte og ubevisste. Vi forstår med forforståelse som inneholder fordommer, og som kan stenge og hindre eller åpne for forståelse. Fordommer må utheves og forforståelse konfronteres med noe nytt og ukjent. Uthevingsprosessen beskriver Gadamer som et vekselvirkningsforhold mellom fordommer og selvinnsikt som kan føre til utvikling av teoretisk dannelse, som humanistisk kunnskap. Tilegnelse av humanistisk kunnskap forutsetter at man anerkjenner det man ikke kjenner til på likeverdige premisser (Austgard, 2012). Pasientens autonomi, rettigheter og sikkerhet skal ivaretas ved etiske verdier, regler og prinsipper, som skal forstås og etterleves av sykepleier. Humanistisk

sykepleie kunnskap dannes gjennom tilegnelse i utdanning og praksis, der etikk skal fortolkes og forstås i ulike sammenhenger og situasjoner. Dannelse vil komme til uttrykk i holdninger gjennom vennlig og høflig oppmerksomhet, lyttende og imøtekommende med et varsomt og kjærlig håndlag (Nordtvedt, 2014). Dannelse handler om å utvikle åpenhet og mottagelighet slik at det nye og ukjente fenomener kan tre fram. Dannelse er en forutsetning for at sykepleiere skal kunne sette seg inn i hvordan pasienten opplever sin sykdom, lidelse og situasjon. En omsorgsfull holdning dyrkes gjennom daglige møter med det lidende menneske. Pleie gir uttrykk for sykepleiers solidaritet med pasientens velvære, deres vilje til å identifisere pasientens smerte og lidelse og deres ønske om å gjøre alt for å bedre pasientens situasjon. Ved ivaretagelse av pasienter der sykepleieholdninger er støttende og oppmerksomheten er viet pasientens opplevelser og erfaringer, kan sykepleiere stille seg i en sårbar posisjon ved å la seg berøre av pasienten. En omsorgsfull holdning og engasjement til pasienten kommer til uttrykk gjennom sykepleiernes adferd og emosjonelle berøring. Ved å anerkjenne pasienten som et likeverdig medmenneske kan sykepleierens omsorgsfulle holdning gi rom for åpenhet, samt vise at en er direkte mottakelig for den etiske appellen som kommer fra pasienten (Gastmans, 1999). Martinsen (2012) beskriver holdninger i dydsetikk og omsorgsetikk der etisk bevissthet, moralsk dybde er viktige egenskaper for å handle til den andres beste. En omsorgsfull holdning i en etisk betydning uttrykkes i sykepleierens evne til å se pasienten som en verdi for dem. Ved å uttrykke en omsorgsfull holdning gir sykepleiere et lidende menneske en moralsk verdi. Følelsen av likeverd, opplevelse av å bli hørt og forstått. En aksepterende holdning som viser empati, varme og forståelse kan skape tillit og fortrolighet i en terapeutisk relasjon. Relasjonen gis rom for kommunikasjon, samhandling og gjensidig respekt. Sykepleiere bør være involvert i omsorgsprosessen som totale mennesker, dette resulterer i at deres rolle må utvides i retning av et integrert menneskelig ansvar (Nordtvedt, 2014). Ved at en omsorgsfull holdning kommer til uttrykk i personlige egenskaper som livsstil, karakter, sosiale ferdigheter og forhold til andre mennesker. Det er gjennom opplevelsen og manifestasjonen av en moralsk holdning til omsorg i den faglige arbeidssituasjonen at sykepleiere kan åpne muligheten for å arbeide for en høyere kvalitet av menneskeheten i livet som helhet. Det integrerte menneskelige ansvaret som sykepleieren utviser i faglige omsorgskontekster, gir mulighet for moralsk vekst som overskrider grensene for den profesjonelle situasjonen og strekker seg selv til livsprosjektet som sykepleier (Gastmans, 1999).

2.9.1 Omsorg og holdninger i klinisk praksis

Omsorgsutøvere i helse- og omsorgsyrke har et indre ønske å lindre lidelse. I møte med det lidende menneske kan sykepleie ved hjelp av omsorgsvitenskapen tilføre kunnskap og teori som forbedrer omsorgen og utvikle den terapeutiske relasjonen til pasientene. Ved å forstå noe på en ny måte forandres tankene om hvordan man oppfatter virkeligheten. Dette kan føre til en ny måte å handle på og påvirker også egen adferd. Ved at språket som anvendes, og begrepene sykepleieren tilfører er gjennomtenkt, bidrar det til en dypere forståelse av pasientens situasjon. Sykepleie har en indre grunnverdi ut i fra kjærlighet og barmhjertighet, som gir glede ved å gjøre noe godt for et annet menneske. Nestekjærlighet og menneskekjærlighet er sentral i omsorgsvitenskapen der man engasjerer seg i den andre ut i fra en indre motivasjon. I praksis innebærer dette å ta ansvar for å ivareta menneskeverdet for pasienter, pårørende og kollegaer. Omsorg for hverandre i arbeidssituasjonen gjør at sykepleieren føler seg «hjemme» på jobb og kan ta denne tryggheten med seg i møte med pasienten. En trygghet som også kan gi styrke og mot til å gi det lille ekstra for pasienten, til å formidle håp og verdighet. Sykepleieren kan bekrefte pasientens verdighet ved tilstedeværelse, vise respekt og medfølelse, samt lytte, vise forståelse og empati for pasientens situasjon. I samhandling der pasienten opplever respekt og tillit frigjøres indre styrke. Dette styrker livsmotet og hjelper pasienten i å frigjøre krefter i møte med det vanskelige og gir håp om bedring. Håp er vesentlig i all omsorg, og gjennom håp kan pasienten hente energi eller gi opplevelse av relasjon. Menneskekjærlighet handler først og fremst om å erkjenne og «se» mennesket. Når menneskekjærlighet kommer til uttrykk, skaper det livsmot og håp. Pasienten kan da kjenne seg respektert, verdsatt, sett og hørt. Omsorg handler om å forstå situasjonen og handle til det beste for den andre ved å engasjere seg med tanke, følelse og vilje. Det handler om å verdsette hele mennesket. Når pasienten blir innlagt på sykehus kan dette skape en følelse av utrygghet og sårbarhet i et ukjent miljø. Det fremmede miljøet kan få pasienten til å føle seg ensom og avskåret fra omverden. Opplevelsen av færre muligheter til å ta egne beslutninger kan føre til tap av kontroll. Samtidig som det krever et engasjement for å lære, tolke og forstå de nye omgivelsene. I sykepleierrollen står man nær pasienten og er derfor med på å skape atmosfæren. Ved å opptre rolig og vennlig kan dette skape trygghet i den mellommenneskelige atmosfæren rundt pasienten. Ved å være nær pasienten kan det øke følelsen av å bli ivaretatt og pasienten får en opplevelse av at miljøet er omsorgsfullt.

Tid og tidsfrister som sykepleieren har avtalt med pasienten må overholdes fordi det vil ha betydning for pasientens opplevelse av å føle seg ivaretatt og bli tatt på alvor. Sykepleieren må derfor utnytte tiden effektivt og i samarbeid med pasienten. For eksempel dersom pasienten har behov for en samtale kan dette ivaretas samtidig med at sykepleieren gjennomfører medisinske prosedyrer. Det handler om å ha ferdigheter og innsikt som gjør at man ser den store helheten. Det er viktig å ha et åpent sinn for nye perspektiver og virkeligheter. Riktige holdninger i møte med pasienten er avgjørende for at pasienten opplever å bli ivaretatt og tatt på alvor. Holdninger og handlinger må uttrykkes ved at vi opptrer solidarisk, engasjert og tilgjengelig som medmennesker.

Det å bruke kommunikasjon som verktøy i samtalen med pasienten kan det bidra til lindring av lidelsen gjennom at pasienten opplever forståelse og mottar empati. Målet om god helsesituasjon kan virke motiverende for pasienten og bidra til økt fokus på helsefremming. Ansvar handler om å holde fokus på å oppnå god relasjon til pasienten. Et slikt grunnleggende ansvar åpner for følelser og bekrefter begges verdighet. I blant behøver pasienten støtte og hjelp, som innebærer å ta ansvar for pasientens behov og verdighet. For å bevare en pasients verdighet bør det skapes valgmuligheter. Det handler om en balanse mellom å hindre individet fra å skade seg selv, og samtidig bevare eget handlingsrom. Pasienten må oppleve troverdighet, elsket og sett for å kjenne at egen verdighet er ivaretatt. Det å ikke bli sett som pasient kan oppleves krenkende og kan skape en følelse av skam og skyld. Om pasienten ikke gis eget ansvar og handlingsrom, er dette også en krenkelse av verdigheten. Det må være balanse mellom hva pasienten evner å gjøre, hva han vil gjøre og hva omgivelsene forventer at han må gjøre. Pasienten må også informeres om situasjonen og behandlingen for å kunne medvirke og ta ansvar. Ved at pasienten får påvirke egen behandling ivaretas pasientens verdighet. Brukermedvirkning kan fremme pasientens autonomi, interesse og helse. Både livskvalitet og livsholdning kan ha større betydning for helse. Gjennom omsorgsvitenskapen kan vi utvikle vår kunnskap og kompetanse, dette kan komme til syne gjennom økt livskvalitet og livsholdning hos mennesker. Gjennom sykepleiernes omsorg kan relasjoner utvikles og skape samhørighet. Dette kan ha betydning for pasientens opplevelse av livsmening. Ved å bekrefte menneskenes verdighet, gis opplevelse av mening, livsglede og god livskvalitet (Gamlemshaug, 2014).

3.0 Teori

3.1 Omsorgsvitenskap

Omsorgsvitenskap er en akademisk disiplin som søker kunnskap om kjernebegrepene menneske, helse, lidelse, omsorg og verden. Hensikten med omsorgsvitenskapen er å kunne anvende vitenskapen i forhold til det lidende menneske. Grunntanken er i følge Bergbom « å lindra lidande, bevara och skydda liv samt att återskapa och bevara hälsa » (Bergbom, 2013, s.53). Kjernen i omsorgsvitenskapens emne er kjærlighet. Lindstrøm omtaler selve «omsorgen» som emnet man søker kunnskap om og vil utvikle som emne (Martinsen, 2003). Ved å tilegne seg kunnskap om emne, kan man danne et «ethos» som indre verdigrunnlag. Klinisk omsorgsvitenskap står for kunnskap og forskning om omsorg, og bygger dermed bro mellom de fellesmenneskelige, ontologiske begrepene på den ene siden, og den pasientnære og praktiske omsorgen på den andre (jf. Eriksson og Lindstrøm, 2003, s.4). I en studie av Wiklund Gustin (2013) konkluderes det med at medfølelse for det sårbare utvikles i evnen til å være sensitiv, respektfull og medfølende mot seg selv. Denne evnen bidrar til en medfølende tilnærming til den andre. Medfølende omsorg skaper tilhørighet til den andre hvor begge blir gjensidig engasjert og omsorgspersonen er i stand til å erkjenne både seg selv og andres sårbarhet og verdighet. Vitenskap om medfølende omsorg er en indre verdi som skaper grunnlaget for sitt eget «ethos». Ethos kommer til uttrykk i ord og handlinger man føler seg «hjemme i», der man opplever frihet ved å gjøre etiske valg og handlinger med kjærlighet og sunn fornuft. Tanken, hjerte og hånden føres av viljen til å gjøre det gode i den konkrete situasjonen for mennesket. Ordenes etikk leder til en omtenkksomhet der sykepleieren velger sine ord i samtalen med pasienten. Det er viktig å tenke på hva denne pasienten vil høre i den gitte situasjonen for å kjenne seg ivaretatt på en god måte. I ethos «språk» verner man om menneskets verdighet (Bergbom m. fl. 2013). I omsorgsvitenskapens indre kjerne er «Ethos» kjærlighetens indre grunnverdi. Det er barmhjertighetstanken og kjærligheten som gjør at man gjennom omsorg ønsker å ivareta menneskets hellighet og verdighet. I praksis innebærer dette å ta ansvar for å ivareta menneskeverdet, slik at den gode omsorgen blir ivaretatt. Ethos og etikk danner grunnholdninger til hvordan man skal forholde seg til seg selv, og i forhold til å ta ansvar for andre og seg selv. Ved å forstå det som et indre grunnmotiv i mennesket som tolker og forstår, vil man kunne tilegne seg normer og verdier. Grunnmotivet tilfører og gir omsorgen

mening. Ethos vil da komme til uttrykk gjennom våre holdninger, handlinger og ordvalg ved å utøve respekt, godhet, vennlighet og kjærlighet til dem som mottar omsorg fra sykepleierne. Fundamentet i omsorgen utgjør substansen og etikken, med Ethos som grunnleggende holdning for etikken og omsorgen. Utvikling av vitenskapsteori forutsetter at omsorgsvitenskapen vokser innenfra i mennesket. Vitenskapens dypere mening finner vi i den indre teorikjernen som danner den kliniske omsorgsvitenskapens grunnlag og forståelsehorisont. Teorikjernen går inn i den virkelige virkeligheten og binder til seg betydningen av opplevelsen. Dette åpner for ny forståelse ved at teorien gir forklaringer på opplevelse, som kan føre til dypere forståelse og mening. Virkeligheten kan da forståes på en ny måte. Det er viktig at retorikkens betydning og tilegnelse får komme til uttrykk for å skape forståelsesutvikling og meningskaping i den virkelige virkeligheten. Ved at opplevelsen og teorien bindes sammen i virkeligheten og forankrer det i grunnbegrep, kan opplevelsen bli forskningsbasert. Ved å knytte omsorgsvitenskap inn i virkeligheten skaper det en klinisk omsorgsvitenskap. I den virkelige virkeligheten beskriver teorien det som skapes i virkeligheten, med ethos som grunnverdi for vår tilegnelse av tekning (Eriksson og Lindström, 2003).

3.2 Tidligere Forskning

I følge Norvoll (2007) har undersøkelser om skjerming i Norge vist at pasienter som er utsatt for skjerming opplever situasjonen mer i retning av det vi internasjonalt kaller «seclusion», altså total isolasjon fra omgivelsene. Internasjonale studier er sentrale da denne forskningen belyser pasienters subjektive synspunkter på opplevelsen av «seclusion» og «time-out». Bruken av time-out kan sammenlignes med skjerming, men skiller seg i hovedsak ut fra lovreguleringen. «Time-out» kan gjennomføres på pasientens rom eller på isolat uten stengt dør. Den vanligste årsaken til bruk av isolasjon er for å beskytte og gripe inn når pasienten er aggressiv eller agitert (Wertheimer, 1993). I en studie utført i Finland, viste bruken av isolasjon og mekanisk tvang at intervensjonene ble benyttet for å redusere sensibilitet ved overstimulering, forebygge skade i form av selvskading eller skade på andre og i situasjoner der pasienten trengte å bli «fjernet» fra handlinger, som kunne provosere paranoid tenkning (Kaltiala-Heino m.fl. 2003). I en undersøkelse utført i USA ble isolasjon og mekanisk tvang benyttet i situasjoner der pasienter skadet seg selv i form av svelging av gjenstander, strangulering, overdoser, kutting og åpning av kropp for å trykke inn gjenstander. Isolasjon

og mekanisk tvang ble også benyttet for å håndtere aggresjon og for å få kontroll over pasienter med paranoide tanker og impulsive handlinger (Carr, 2012).

Lovisenberg Sykehus utførte pilotstudie «Jobber for mindre tvang» for å redusere bruken av tvangsmidler. Studien ble utført i perioden 2013-2014. Hensikten var både å redusere antall tvangsepisoder og redusere bruken av tvangsmidler. Det ble iverksatt tiltak for å fremme kunnskapsutvikling og læring hos personalet. Målet var å tematisere konfliktsituasjoner og forslag til alternative løsninger sammen med pasienten på et tidlig stadium i innleggelsen for å forebygge aggressiv adferd. Nye rutiner for voldsrisiko ble innført. «V-risk 10» ble benyttet rutinemessig ved alle innleggelsene. V-risk 10 er et instrument som kartlegger statiske risikofaktorer for å avdekke om risikofaktorer er til stede. Det ble i tillegg hentet inn informasjon i fra politiet, pårørende og andre institusjoner ved behov. Kartleggingen ga en indikasjon på lav, moderat eller høy voldsrisiko. Voldsrisikoanalysen «Brøset Violence Checklist» dokumenterte observerte forvarsler. Det ble iverksatt intervju både for å ivareta pasientens brukermedvirkning og for å tematisere voldsrisiko. Samtalen omhandlet mestring av sinne og aggresjon, samt tidligere erfaringer med vold både som offer eller utøver. Sannsynlighet for utagering fra tidligere eller framtidig utøving av vold ble kartlagt i studien. Psykologiske belastninger som stress, irritasjon og opplevelsen av å føle seg truet eller krenket ble sett på som sårbare områder og ble assosiert med aggressiv adferd. Studiets intervensjon resulterte i at pasientene ble møtt med holdninger som fremmet samarbeid. Pasientene måtte bidra med egne råd og meninger i forhold til hvordan personalet kunne forebygge frustrasjon, aggresjon og vold under innleggelsen. Dette medførte at pasientene ble mer involvert i egen behandling. Samtalene førte også til at pasientene ble mer reflektert over egen adferd og reaksjonsmønster. Personalet forberedte pasientene på krevende situasjoner for å stimulere til mer hensiktsmessige valg i møte med krav, framfor å handle i affekt og sinne som ofte endte med tvangsmidler. Pasientene fikk anerkjennelse fra personalet på belastningene ved å være innlagt, ved at samtalene ble reflekterende og samarbeidet med personalet ble mer konstruktivt dempet dette frustrasjonen hos pasientene. I situasjoner der man ikke klarte å forebygge aggresjon med samtale ble pasienten fastholdt istedenfor at invaderende tiltak som mekaniske tvangsmidler ble tatt i bruk. Tiltakene medførte at tvangsbruken ble redusert til 19 vedtak mot 44 vedtak i 2012 (Tvangsforsk, 2014).

Norvoll, m.fl. (2008) utførte prosjektet «Brukerorientert alternativ til tvang i sykehus», der seks sykehus deltok i prosjektet. Studiet varte i perioden fra 2006 til 2008. Hensikten med studiet var å stimulere til økt brukermedvirkning, kvalitetssikre og redusere bruk av tvang. Målet var å bevisstgjøre og utvikle ny kunnskap om alternativer til tvang i akutte mottaksavdelinger. Det ble nedsatt arbeidsgrupper med ansatte og brukerrepresentanter. Kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet i kombinasjon. Spørreskjemaundersøkelse om personalets holdninger til tvang i begynnelsen og i sluttfasen av prosjektet, deltakende observasjon, intervjuer samt, registrering av tvang ble benyttet. Implementeringen av de ulike alternativene ble mottatt av varierende karakter. Noen avdelinger var mer positivt innstilt til alternativer ved tvang, enn andre. Personalet holdninger til bruk av tvang viste seg å være ulike. Enkelte var motstandere til endring av intervensjoner til bruk av alternativer, mens andre var mer positivt innstilt til prosjektets formål. Generelt var alle avdelingene ambivalent til målsetning om å redusere bruk av tvang. Det viste seg at pasientene var mer positive innstilt til tiltaksplanens ambisjoner, men også her var det ulike holdninger til tvang. Ulik erfaring, der flere hadde vonde opplevelser, mens noen hevdet at tvang kunne ha positiv effekt. Nye intervensjoner ble implementert i avdelingen. Det ble lagt vekt på behandlingsrelasjonen som nå skulle være mer omsorgsfull med et mer anerkjennende menneskesyn. Reinsvoll introduserte en ny skjermingsfilosofi med vekt på stimulimodulering og aktiv behandling. Denne filosofien fikk stor betydning. En aktiv pasientrolle med mer vekt på håp, mestring og restitusjon var ønsket, samt nyansert tenkning om vold og sikkerhet. I tillegg ble lempelige midler og mindre fysisk makt diskutert gjennom alternative tilnærminger som brukermedvirkning, tid, relasjon, kommunikasjon og trygghet. Gode og hensiktsmessige lokaler, samt gjennomgang og debrifing ble vektlagt som viktige intervensjoner. Noen avdelinger utførte flere intervensjoner enn andre. Prosjektets resultater viser at flere avdelinger innførte ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis. Det ble en generell økning i bruk av intervensjoner ved avdelingene. Flere dialogbaserte metoder ble benyttet. Et gruppetilbud til pasienter ble utviklet for å skape større eierskap til egen behandling. Videre rapporterte personalet at nettverkssamlinger styrket samarbeid mellom hverandre og pasienten. Refleksjonsgrupper ble etablert og pasienter ble inkludert i undervisningen.

Husum, m. fl. (2011) har utført en kvantitativ studie på holdninger til akutt psykiatriske personell i forhold til bruk av tvang i 15 akutt psykiatriske avdelinger i Norge. Hensikten med studiet var å få mer kunnskap om prosesser og faktorer som fører til tvangsintervensjoner for å kunne redusere bruken av tvang. Formålet med studiet var å analysere personalet holdninger til bruk av tvangsinngrep, samt analysere forskjeller i personalets holdninger mellom avdelinger og identifisere variabler knyttet til forskjeller mellom avdelinger og identifisere variabler knyttet til forskjeller i personalets holdninger til tvang. Studiet diskuterer bruken av tvang i forhold til etiske aspekter som impliserer menneskerettigheter i et Human Resources perspektiv. Studien fant ikke en sammenheng mellom personalets holdninger til tvang og faktisk tvangsbruk. Manglende sammenheng mellom personalets holdninger og faktisk bruk av tvang kan tyde på at medarbeiderbevissthet og kunnskap om etikk og menneskerettigheter var for lav og kan forbedres for ytterligere å redusere bruk av tvang og generelt forbedre kvaliteten på omsorg. Helsepersonell må gjøres oppmerksom på betydningen av «human resource», samt ha vilje til forandring og engasjement. Dette er viktige elementer for å redusere bruken av tvang. I praksis innebærer dette godt lederskap, opplæring, veiledning og brukermedvirkning. Disse faktorene er viktige elementer for å kunne skape endring. Medarbeidere må også akseptere pasienters opplevelse med ydmykhet og uten forsvar. Først da vil vi kunne forhindre unødvendig bruk av tvangsintervensjoner og redusere skade. Oppmerksomheten må også rettes mot samspillet mellom ansatte og pasienter, samspillet kan påvirkes av faktorer som personlige egenskaper og paternalismen ¹ til de ansatte. Paternalisme kan føre til flere konflikter og maktkamp mellom ansatte og pasienter. Sterk paternalisme og autoritære bevegelser skaper hindringer for innovasjon i moderne tekning der man ønsker å styrke pasientene. Paternalisme i motsetning til brukerdeltagelse og medvirkning kan føre til interaksjoner og holdninger som øker bruken av tvang. Det er viktig at pasienter blir møtt på deres eksistensielle behov, ikke ekspertise på andres folks liv, men å få sine problemer møtt med ydmykhet og respekt. Et viktig tiltak for å redusere bruken av tvang er å øke kunnskapen om intervensjoner, etiske konsekvenser og de potensielt skadelige effektene av tvang. Dette kan gjøres ved utdanning,

¹ Definisjoner på paternalisme varierer, men det er enighet i at paternalisme involverer handling mot en annen persons valg for deres eget beste eller for å hindre skade. Den følgende definisjonen er utgitt av Beauchamp & Childress (2001): Den viljestyrte og bevisste handlingen for å overstyre en persons preferanser eller handlinger, der personen som overstyrer rettferdiggjør handlingen med målet om å hjelpe eller hindre skade til personen som blir overstyrt (O'Brien 2003).

oppfølging av ansatte og refleksjonsgrupper med det formål å diskutere etiske problemstillinger. Forskningen i studiet viser at det blir benyttet betydelig mer skjerming og tvangsmedisinering i byer og byområder enn mindre byer og landlige områder. Studiet indikerer at tiltak for å redusere bruken av tvangsintervensjoner må rettes til de spesielle behovene til avdelinger i by og byområder. Variasjon i bruken av tvang mellom sammenlignbare avdelinger viser at enkelte avdelinger har potensiale til å redusere bruken av tvang. For å kunne redusere bruken av tvang til et absolutt minimum, er det også et menneskerettighetsforhold, i tillegg til et spørsmål om kvalitet på omsorg. Denne sammenhengen mellom personalets holdninger og faktisk bruk av tvang kan tyde på at medarbeiderbevissthet og kunnskap om etikk og menneskerettigheter kan forbedres for å ytterligere redusere bruk av tvang og generell forbedring av omsorgs kvalitet. For å kvalitetssikre dette må alle ansatte som arbeider med potensielt utsatte personer gjennomgå opplæring i menneskerettighetsspørsmål og medisinsk etikk generelt.

Boet, m.fl. (2014) beskriver hvordan simulering kan benyttes til å bedre kommunikasjonen og samhandling mellom pasienter og helsepersonell. Studie konkluderer med at helsepersonell som benytter ikke- tekniske ferdigheter, men kommunikasjonsverktøy basert på simulert læring (kriseressursstyring) gav pasientene et bedre utfall. Ved å anvende simulering demper man uro som igjen skal føre til mindre tvangsbruk.

Brottveit (2006) har skrevet en artikkel som omhandler hvordan det psykiske helsearbeidet fungerer og utvikler seg i forhold til holdninger. Målsetning er å kunne forstå ulike meninger, standpunkt og erfaringer som danner strukturer. Studie konkluderte med at ny praksis, skaper nye erfaringer i forhold til hva psykisk lidelse og god behandling er og igjen skaper nye holdninger. Studie skaper innsikt i hvordan vi som helsepersonell er utsatt for overføringer og påvirkning fra hverandre. Artikkelen gir en grunnleggende forståelse for hvordan kunnskap implementeres for så å danne nye holdninger. For å redusere bruken av tvang hos helsepersonell må kunnskap og holdninger speile hverandre for å danne ny praksis.

Bowers m. fl. (2010) utførte en studie på ulike tiltak, som inkluderte nye tvang og isolat rutiner, helsepersonell endringer, trening av helsepersonell, case gjennomgang, prosedyrer eller krise ledelsens initiativer. De fleste studier rapporterte reduksjon i bruk av tvang, men dokumentasjonen var begrenset da oppfølgingsperioden varierte. Forskningsresultatet

konkluderte med at tiltak der man forbedret den generelle opplevelsen til pasienten ved å tilby mer verdig og terapeutisk behandling reduserte bruken av tvang. Dette medførte endring i holdninger, kultur og atmosfære, som førte til bedre tverrfaglig kommunikasjon. Det terapeutiske miljøet førte til redusert bruk av tvang og forbedret de ansattes ferdigheter, kunnskap, selvtillit og optimisme. Studiet viser hvordan nye tiltak kan redusere tvangsbruken og samtidig skape et bedre arbeidsmiljø for de ansatte.

Carr (2012) har utført en studie på bruk av mekanisk tvang ved alvorlig selvskading. Studie viser at dersom mekanisk tvang blir anvendt under de rette omstendighetene kan være livreddende i seg selv ved alvorlig selvskading. Mekanisk tvang som livreddende tiltak må sees som en positiv intervensjon for å ivareta liv. Ved alvorlig selvskading kan mekanisk tvang som tiltak, stimulere pasienter til å engasjere seg i behandling og motta oppfølging fra helsevesenet.

Happell m.fl. (2011) utførte en undersøkelse for å vurdere hvordan ulike faktorer som terapeutisk optimisme, jobbtilfredshet og utbrenthet kan innvirke på sykepleieres holdninger til tvang. Funnene i undersøkelsen tyder på at det er et forhold mellom sykepleiers holdninger til tvang, trivsel og terapeutisk optimisme. Symptomer på utbrenthet så ut til å ha liten betydning for holdninger til tvang.

Happell m.fl. (2012) utførte ett studie for å undersøke om det var sammenhenger mellom holdninger til isolasjon ved nivåer av utbrenthet, ansattes tilfredshet, og terapeutisk optimisme. Forholde mellom personalets holdninger til isolasjon ved utbrenthet, tilfredshet og terapeutisk optimisme var av mindre størrelse. Funnene i studie viser at sykepleiere er tungt involvert i beslutningsprosesser ved isolasjon, 2 av 3 deltagere viste at sykepleiere ofte avgjorde når isolasjon skulle benyttes.

Kontio m.fl. (2010) har utført en studie blant sykepleiere i oppfatning av hva som skjer når en aggressiv episode oppstår i en psykiatrisk akutt avdeling. Undersøkelsen innbefattet hvilke alternativer som ble benyttet i forhold til skjerming og mekanisk tvang og hva som var vanlig praksis standard. Funnene i undersøkelsen viste at beslutnings prosesser for å håndtere pasienters aggressive adferd medførte etiske dilemma. Sykepleiere forsøkte å erstatte bruken av mekanisk tvang og skjerming med ulike alternativer til tvang for å redusere bruken. Sykepleiere og leger hadde behov for å bli undervist i dypere forståelse av

pasientens aggressive adferd og alternativer til skjerming og mekanisk tvang i hensikt å humanisere pasient omsorgen i større grad.

Lindsey (2009) undersøkte organisasjonskulturer, pasientens individuelle faktorer og sykepleierens avgjørelser i forhold til tvang. Hensikten var å finne sammenhenger til bruken av tvang. Studie konkluderer med at beslutninger i forhold til tvangsbruk hos sykepleiere er et komplekst mangfoldig fenomen. Sykepleiere vurderer flere faktorer og alternativer for å håndtere aggressive pasienter. Det er uklart om organisatoriske faktorer har en betydelig innflytelse på beslutninger om tvangsbruk. Forskningsdataene gir lite støtte til hypotesen om at opplæring av ansatte og endring i organisasjons- og enhets-kultur vil gi en betydelig innvirkning på å redusere bruk av tvang. Artikkelen gir en innføring i kompleksiteten ved bruk av tvang og dens vurderinger som legges til grunne. Den danner en forståelse for hvordan endringer på organisasjonsnivå ikke har en direkte innvirkning på reduksjon av tvangsbruk.

Theodoridou m.fl. (2012) har undersøkt pasienter om deres opplevelse av tvang og om den terapeutiske alliansen mellom pasienten og helsepersonell påvirkes ved tvang.

Resultatene viser i forhold til pasientens vurdering av opplevd tvang en moderat sammenheng mellom pasienters og helsepersonell syn på forholdet deres. Tvang sees i sammenheng med et høyere symptom nivå ved innleggelse og der pasientene opplevelse av tvang forsterkes der forholdet mellom pasient og helsepersonell er negativt. Artikkelen vektlegger behandlingsallianse som en viktig faktor for å redusere tvangsbruk.

Torbjørnsen m.fl. (2014) avdekker gjennom en kvalitativ studie hvilken betydning systematisk vektlegging av pasientens mestringsstrategier har for utvikling av empati hos helsepersonell. Studie viser at systemisk mestringsgjennomgang bidrar til at personalet blir mer bevisst på valg av ord og hvordan de uttrykker seg.

Molyan m. fl. (2010) utførte en studie på vold og trusler utført av pasienter rettet mot psykiatriske sykepleiere i akutt psykiatrien. Undersøkelsen ble utført ved fem institusjoner og tilsammen deltok 110 sykepleiere. Studien viste at 80 prosent av sykepleierne hadde vært utsatt for angrep. I tillegg viste studien at 65 prosent hadde blitt skadet, og 26 prosent av sykepleierne var blitt alvorlig skadet.

Norvoll m. fl. (2015) har utarbeidet en studie med oversikt over alle vitenskapelige artikler innen fagområdet «skjerming».

I psykiatriske sengeposter og spesielt i akutt avdelinger blir skjerming hyppig bruk som en del av miljøterapien. Studiet viser at begrepet «seclusion» i internasjonale studier ikke direkte kan overføres til norske forhold. Ved bruk av «seclusion» er personalet ikke til stede på rommet til pasienten. Det ble ikke funnet engelske ord som dekket ordet «skjerming», men «quiet rooms», «open area seclusion», «time- out» og «shielding unit» ligger nær norske skjermings forhold. Gjennomgang av norske litteratur på skjerming viser at det brukes forskjellige tilnærminger og tiltak til bruken. Tilbakemeldinger fra pasienter og usikkerhet knyttet til virkning, samt nyere behandlingstrender skaper uklarhet om skjerming som intervensjon. Juridiske og kliniske spørsmål om behandling, tvang og isolering må avklares. De etiske aspekter er det også behov for å utforskes nærmere. Det er derfor vanskelig å konkludere om effekten av skjerming har tilsiktet virkning.

Norvoll m. fl. (2016) har utført en studie hvor de har forsket på helsepersonells beskrivelser av sine etiske utfordringer og strategier i hverdagen. Hensikten var å skape innsikt i hvordan moral utfolder seg i psykisk helsevern, og hvordan helsepersonell reflekterer og tar opp sine etiske utfordringer knyttet til tvang. Studiets målsetning var å underbygge moralske og etiske prinsipper for å øke forståelsen for hvordan etikk kan bidra til å redusere tvangspraksis og forbedre kvaliteten. Studiet konkluderer med at tvang innebærer både individuelle og institusjonelle etiske aspekter. Ulike typer moralske overveielser og støtte i etikken, bidrar til å løse utfordringer ved tvang, ved å tilby mer systematiske måter å håndtere moralske bekymringer. Ved å anvende etikk implisitt og institusjonelt kan man forbedre tvangspraksis og redusere moralsk stress for ansatte som bruker tvang.

Ward (2012) beskriver hvordan bruk av mekanisk tvang kan ha positive effekt på enkelte pasienter, der tvang sees som den siste løsning. Mekaniske tvangs midler kan redusere impulsivitet, selvskadning og selvmordsforsøk. Ved bruk av mekaniske midler kan pasienter gjenvinne kontroll over impulsivitet, redusere angst også for at personalet ikke skal klare å håndtere situasjonen. Risiko adferd og angst re-eskalerte, som fører til at pasientene ble mer avslappet og rolig.

3.2.1 Omsorgsvitenskaplig forskning

Omsorgsforskning vektlegger kompetanseutvikling og omsorgsutfordringer for å fremme utvikling og bedringsprosesser i omsorgen. Hensikten er å styrke fagutvikling gjennom praksis nær forskning. Ved å heve kompetanse om omsorg og omsorgsarbeid kan man bedre omsorgstjenestene.

Gastmans (1999) har utført et litteraturstudium for å utvikle forståelsen av omsorg som en moralsk holdning. Hensikten var å synliggjøre normene på hva som er sykepleierens moralske krav for å fremme pasientens velvære. Studiet konkluderer med at moralsk aktivitet i sykepleie må støttes av en moralsk holdning. For å utvikle sosiale ferdigheter i omsorgen må etikk implementeres for å muliggjøre en balanse mellom teknisk og teoretisk kompetanse på den ene siden og moralske holdninger på den andre siden.

Nåden m.fl. (2004) har utført en studie blant sykepleiere for å identifisere når sykepleie blir en kunst. Hensikten var å utvikle en teori og modell som innbefattet fem kategorier: «invitasjon og bekreftelse», «møte», «verdier», «moralisk holdning og oppførsel» og «god vilje og estetisk kommunikasjon». Resultat av studien viser at menneskelige verdier ikke bare er nødvendig, men også grunnleggende i teorimodellen for sykepleie som kunst for å bevare menneskets verdighet. Sykepleie som kunst forutsetter kunnskap og forståelse for menneskelige verdier, menneskelig verdighet, lidelse og selvutvikling til en person, og forklaring av ens forståelse av livet.

4.0 Metode

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning er en metode som baserer seg på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning. Metoden danner forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av egenskaper, personlige trekk eller kvaliteter ved de fenomener man ønsker å studere.

Forskningsstrategier omhandler systematisk innsamling og tolkning av tekstmateriale fra intervju, observasjoner eller skriftlige kilder. Hensikten er å skape innsikt i menneskelige fenomener som kommer til uttrykk i språklig uttale eller handlinger. Målet er å utforske fenomenets meningsinnhold i sosiale og kulturelle sammenhenger slik det oppleves og erfares ut i fra individets subjektive perspektiv (Malterud, 2011). Kvalitativ som metode og tilnærming egner seg godt til å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet.

4.2 Fenomenologisk - hermeneutikk som metode

Fenomenologisk forskning som metode handler om å forstå menneskelige handlinger og hendelser ut i fra personens subjektive perspektiv. Oppmerksomheten blir rettet mot livsverden slik den erfares og oppleves i det øyeblikket. Selve forskningsintervjuet skal være et åpent intervju for kunnskap forankret i informantens livsverden (Kvale m.fl. 2015). I det deskriptive skal man finne det som fremtrer, på hvilken måte det fremtrer og i detalj beskrive innholdet og strukturen i individets bevissthet, uten å benytte seg av egne forkunnskaper (Olsson 2003). Hermeneutisk forskning metode er å fange opplevelser og uttrykk, fortolke og forstå sammenhenger og muligheten til å forklare. I forskningsprosessen fremtrer menneskets forforståelse gjennom det språket og de handlingene vedkommende anvender. Ved å fortolke svarene, prøver man å komme til en dypere forståelse av fenomenet, der spørsmål stilles med ordene hva, hvorfor, hvordan og hvorfor (Olsson, 2003). Lindseth og Nordberg (2004) har utviklet en fenomenologisk- hermeneutikk metode for å undersøke livserfaringer. Metoden beskriver hvordan moral og etikk kan komme til uttrykk i en tekst ved å studere selve meningen i seg selv for å utvikle forståelse av essensen i en mening. Metoden er egnet til intervju der informantene uttrykker etiske vanskelige situasjoner. Ved å anvende fenomenolog tilnærming vil intervjuer fokusere på forståelse av disse opplevelsene. For å forstå hva som er gode og vonde i opplevelser, må man forstå meningen av hva som er godt eller vondt. Når informanten forteller om opplevelser som innbefatter holdninger, handlinger, relasjoner eller andre mellommenneskelige erfaringer, kan ny helhetsforståelse framkomme ved teksttolkning i analyseprosessen. Ved å «knekke» teksten i mindre deler uavhengig av dens kontekst, kan meningsenhetene kondenseres og gis tema. Tema sett i lys av nye aspekter kan føre til ny helhetsforståelse av teksten.

4.2.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologien ble grunnlagt av filosofen, Edmund Husserl (1859-1938), som en metode for beskrivelse og analyse av bevisstheten. Han hevdet at all erkjennelse finner sted gjennom bevissthetsakter, hvor det er mulig å gi en ren objektiv beskrivelse av det som gis i disse aktene. Husserl utvidet fenomenologien sammen med Heidegger til å omfatte menneskets livsverden. Fenomenologiens domene ble vår «væren i verden» – vi er i verden, vi er en del av verden. «Den verden vi lever i til daglig, og som vi er umiddelbart fortrolig til og har erfaring med, kaller fenomenologien for «livsverden». Denne livsverden er ikke under

analyse, det er en verden av ikke tematiserte og ikke eksplisitte erfaringer som anses som menneskets primære erkjennelsesform (Thornquist, 2003 s.85). Fenomenologi kan forklares som en objektiv beskrivelse av individets virkelighetsforståelse, som synes og vises for subjektets bevissthet (Thornquist, 2003).

Fenomenologer er interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Ved å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra menneskets egne subjektive perspektiv, er menneskets meningsunivers bestemmende for hva de gjør, og hvordan de forholder seg til omgivelsene og andre mennesker. Fenomenologisk forskning undersøker verden slik den erfares og oppfattes av mennesket, slik den framtrer umiddelbart og uavhengig av alle forklaringer (Thornquist, 2003). Filosof Arne Ness (1912-2009) beskriver fenomenologisk forskning, som en vitenskap der forskere setter hele den naturlige virkelige verden til side. Den naturlige innstillingen ser ikke annet enn den naturlige verden, som skaper hinder for at nye verdener skal åpne og vise seg. All kunnskap i vitenskapen må tilsidesettes for at en fenomenologisk dannelsen av «rene» objektive beskrivelser skal framtre (Ness, 1980).

4.2.2 Hermeneutisk tilnærming

Filosof Hans George Gadamer (1900-2002) og hans elev Martin Heidegger (1889- 1976) dannet fundamentet for vitenskapsteori til hermeneutikken, som omhandler all forståelse. Hermeneutikk er fortolkningslære om hvordan man kan oppnå forståelse av meningssammenhenger i en kontekst. Dens teorier omhandler bevisstgjøring av prosesser for hvordan man kan fortolke en tekst, for å gi den mening (Haugsgjerd m.fl. 2009). Mennesket forstår og fortolker verden subjektivt, dens fremste kilde til erkjennelse er fornuft og logikk, som er grunnleggende hos mennesket. En hermeneutiker vil søke forståelse for menneskets erkjennelse, ved å kartlegge meningssammenhenger ut i fra hvordan mennesket forstår sine handlinger. I tolkningsprosessen vil forskers forforståelse bli anvendt som verktøy, forskers forhåndskunnskap om emne vil derfor være av betydning, da forforståelse innbefatter fordommer (Kvale m.fl. 2015). «Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. Enhver tekst får sin mening i fra en kontekst. Kunnskap om hva andre mennesker gjør og sier, hva deres handlinger og ytringer betyr, avhenger alltid av en bakgrunn eller konteksten av andre betydninger, antakelser, verdier og praksis» (Kvale m.fl. 2015 s.73-74). Filosof Wilhelm

Dilthey (1833-1911) utviklet teorien til den hermeneutiske spiral. Der tolkningen og forståelsen utvikles gjennom kontinuerlig bevegelse mellom enkeltdeler og helhet i en forståelsesutveksling og meningsutveksling. Enkeltdeler kan skal ny forståelse av en helhet, der helheten skaper ny forståelse for enkeltdeler. Ved å utforske enkeltdelene kan helhetsforståelse bli utviklet med dypere forståelse, en dypere forståelse kan føre til en utvidet helhetsforståelse, som igjen kan føre til at en ser flere deler, som kan utvikle en ny helhet av forståelse og mening (Haugsgjerd m.fl. 2009). Den hermeneutiske spiral er en uendelig prosess, men avsluttes i det man har kommet fram til en konklusjon, som er gyldig og har en helhetlig mening fri fra motsigelser (Kvale m.fl. 2015).

4.3 Forforståelse

Malterud (2011) beskriver forforståelsen som en ryggsekk med erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme, som vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. I følge Gadamer (2003) må vi være bevisst på vår egen forståelse og tolkning for at «selve saken skal få fremtre på sine egne premisser, så langt som mulig». For at «saken» skal framtre må forsker har intuisjon, innsikt og bevissthet om egne fordommer og forforståelse. Ved å ikke være bevisst på egen forforståelse og fordommer kan forsker ta med seg skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å tilegne seg kunnskap av materiale inn i prosjektet. Har man et bevisst forhold til egen forforståelse, kan forforståelsen være en styrke inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2013).

4.4 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju søker å forstå menneskets opplevelser og erfaringer for å oppnå innsikt og forståelse. Intervju som kvalitativ metode anvendes for å få mer kunnskap om menneskets egenskaper som oppfatning, motiver, holdninger, forventninger, tanker og refleksjoner. Forsknings spørsmål kan lede til mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd som kan gi dypere eller ny forståelse og innsikt av mennesket (Malterud, 2013). Forskningsintervju skal ifølge Kvale (2015) være «åpent» for at informantene skal kunne bidra med egne erfaringer, opplevelser og meningsytringer fra sin livsverden. Målet er å inn hente informasjon og beskrivelse om den intervjuedes livsverden for å fortolke svarene (Kvale m.fl. 2015). I et kvalitativt forskningsintervju kan vi belyse spørsmål med «Hva er?» «Hva betyr?» eller «Hvordan foregår?» for å oppnå forståelse, samt søke kunnskap som viser seg i hva noe består av, hvordan det kan avgrenses, hva det kan gjengis med, og hvordan det

forholder seg til andre fenomener. Forskningsintervju kan åpne for mangesidige muligheter av svar, derfor kan hypoteser og problemstillinger som skal utforskes bli sammensatte og komplekse. Kvalitativt forskningsintervju egner seg derfor godt som metode i «ullent terreng» hvor man ønsker å forske i et felt med tynt kunnskapsgrunnlag. Forskningsintervju kan også anvendes som metode der man ønsker å utvikle nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller (Malterud, 2013). I fenomenologisk forskning er man interessert i å forstå menneskelige handlinger og hendelser ut i fra personens subjektive perspektiv. Det ble sett bort i fra forhåndskunnskap, da hensikten var å søke etter fenomenologiske betydninger. Forskningsintervjuet retter oppmerksomhet mot livsverden slik den erfares og oppleves i det øyeblikket. Intervjuene snevres inn til opplevd betydning av informantens personlige livsverden. Ved å peke på en interesse for å forstå sosiale fenomener fra informantens egne subjektive opplevelser og beskriver av verden, er forståelsen den virkelige virkeligheten menneske oppfatter» (Kvale m.fl. 2015). I det deskriptive skal man finne det som fremtrer, på hvilken måte det fremtrer og i detalj beskrive innholdet og strukturen i individets bevissthet, uten å benytte seg av egne forkunnskaper (Olsson 2003). Deskriptiv observasjon uten å tolke ble anvendt for å finne det sanne. Som forsker er det viktig å være oppmerksom på den sosiale relasjonen mellom intervjuer og informant, som intervjuer må man etterstrebe en atmosfære som gir rom for at intervjuer kan snakke fritt og trygt. Intervjuer må heller ikke overskride ønske om å innhente informasjon på bekostning av intervjuers integritet og respekt. Intervjuer må opptre etisk forsvarlig og ivareta intervjuer på best mulig måte for å oppnå undersøkelsens mål og tema. Intervjuer skal kunne sitte igjen med en god og lærerik opplevelse av å bli intervjuet (Kvale m.fl. 2015). Båndopptaker kan benyttes under intervju for å ta vare på intervjuers egne uttalelser, samtidig vil intervjuers oppmerksomhet og konsentrasjon være rettet mot informanten (Dalen, 2011). Ved å være fokusert på det informanten formidler, samt observere kroppsspråk, kan man øke muligheten for tolkning av holdninger og stemninger hos informanten. (Kvale m.fl. 2015).

4.4.1 Intervjuguide

Intervju anvendes for å innhente opplevelser, motiver og vurderinger hos informantene. En intervjuguide er et verktøy for å skape god struktur i et intervju. Ved å utarbeide spørsmål i forkant, kan sentrale spørsmål til temaet eller problemstillingen bli stilt. Hensikten med

intervjuguide er få fra fram meninger og synspunkter hos intervjuer til temaet for å dekke de viktige områdene studie skal belyse, tilleggs- og oppfølgingsspørsmål kan benytte for dypere innsikt (Kvale m.fl. 2015).

4.5 Studiets metode og design

I studiet ble kvalitativ metode med fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming anvendt. I intervjuene til studie ble fenomenologisk tilnærming anvendt for å innhente datamateriale fra sykepleieres erfaringer og oppfatninger av holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang i en omsorgsrelasjon. Hensikten med studie var å tolke og forstå sykepleieres opplevelser til holdninger i omsorgssituasjoner der mekanisk tvang og skjerming ble anvendt. Med bakgrunn i tema og problemstilling for studie er kvalitativ tilnærming den mest egnede metoden siden forskningsintervju går dypere enn den spontane meningsutvekslingen. Forskningsspørsmålene som ble utarbeidet var åpne og narrative, slik at sykepleierne fikk reflektere og snakke om egne opplevelser til temaet. I noe av intervjuene ble tilleggs spørsmål anvendt for å utdype svarene. Studiet har en induktiv design for å kunne gå i dybden av tekstmateriale, antall analyseenheter ble derfor avgrenset. Hermeneutisk tilnærming anvendes i tolkning av tekstmateriale for å oppnå forståelse av sykepleieres opplevelser av sin livsverden.

4.5.1 utvalg og inklusjonskriterier

Utvalget til studiet ble valgt strategisk, da det ble lagt vekt på kvalifikasjoner og egenskaper som var relevant for studiets tematikk (Kvale m.fl. 2015). Utvalget i studien var seks sykepleiere som arbeidet i lukket avdeling for mennesker med akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten ved den psykiatriske divisjonen. Det var en målsetning å få et utvalg bestående av begge kjønn, spredning i alder og erfaring. Sykepleiere som samtykket til deltagelse av studie var tre menn og tre kvinner i alderen 29 til 65 år. Erfaring med psykiatrisk tvang behandling varierte fra 3 til 30 år. Tre av informantene hadde videreutdanning i psykisk helse.

Inklusjonskriteriene for deltagelse i studiet:

- Offentlig godkjent sykepleier
- Være i direkte kontakt med pasienter og sykepleiere.
- Ha arbeidet med tvangshandling i mer enn to år.

- Sykepleier er ansatt i spesialisthelsetjenesten og derfor under loven om etablering og gjennomføring i psykisk helsevern.
- Sykepleierne praktiserer tvang i form av skjerming, isolering, fastholdning, mekanisk tvang på inneliggende pasienter.

4.5.2 Rekruttering av intervjupersoner

Det var en viktig målsetning at studiet ble gjennomført i henhold til etiske standarder. Dette innbefattet at studiet ivaretar verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet. Studiet ble forhåndsgodkjent muntlig av forskningsansvarlig professor ved forskningsavdeling for psykiatrisk divisjon. Studie var søknadspliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD), da godkjenning fra NSD forelå, ble forskningsansvarlig kontaktet. Etter avtale med forsknings ansvarlig ble han tilsendt mail som orienterte om selve forskningsprosjektet, med oppstart av intervjuer og sluttdato. Klinikksjef for mottakspostene ble orienteres om prosjektet, som var en del av avtalen. Klinikksjefen var også behjelpelig med navn på informanter som kunne rekrutteres til studiet. Deretter ble informanter rekruttert til studiet. Informantene ble rekruttert gjennom en lukket gruppe på internett som jeg hadde tilgang til gjennom godkjenning fra administrator av denne gruppen. I gruppen fikk jeg tilgang til de ansatte som arbeidet ved akuttmottaket. Det ble tatt kontakt med sykepleiere per telefon, som da fikk informasjon om studiet og forespørsel om deltagelse. Deretter ble det gjort avtale om tid og sted for intervju. Alle sykepleierne som ble kontaktet var svært positive til studiet og ønsket å stille som respondenter. Fem av deltagerne ønsket å gjennomføre intervjuet i eget hjem, en ble intervjuet i utenfor eget hjem. Ingen intervjuer ble gjennomført på arbeidsplassen. Deltagerne fikk utdelt skriftlig samtykkeerklæring til intervju. Informantene ble gjort oppmerksom på at deltagelse var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst under intervjuet og at de har mulighet for å trekke tilbake intervjuet ved senere anledning. De ble informert om forskers taushetsplikt og at all informasjon ville bli oppbevart konfidensielt og anonymisert. Informasjonen ville heller ikke kunne spores til den enkelte deltager. I forkant av intervjuet må informantene signere en skriftlig kontrakt hvor de gir sitt samtykke til å bli intervjuet. Det ble gitt muntlig informasjon om samtykke for å kvalitetssikre at deltagerne var godt orientert om frivillighet og rettighet til å trekke intervjuet. Intervjuene ble

gjennomført i løpet av fjorten dager fordelt på informanter fra to akuttposter i spesialist helsetjenesten. Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 41 minutter.

4.5.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene var basert på semistrukturerte intervju. Det ble benyttet intervjuguide for å holde god struktur i intervjuene, samt tilleggs- og oppfølgingsspørsmål for å få dypere innsikt. Båndopptaker ble benyttet for å vie informanten full oppmerksomhet. Ved bruk av lydopptak sikres også i større grad korrekt datainnsamling fra intervjuet. Et intervju krever konsentrasjon og lydbånd gir intervjuer mulighet til å være bevisst og til stede hele tiden. Ved å lytte og observere i tillegg til å legge minimalt med føringer på informanten, fikk de uttrykke seg med egne ord og på sin måte. Intervjuene begynte med klargjøring av formaliteter som innebar informasjon om studiet, rettigheter i forhold til å trekke seg fra intervjuet og at intervjuet når som kunne trekkes helt i etterkant av studiet. Skiftelig samtykke om frivillig deltakelse, samt mine juridiske forpliktelser til å behandle informasjonen konfidensielt. Alle samtykket til at intervju kunne bli tatt opp med digital diktafon. Intervjuguide ble benyttet som mal for samtalen, hvor jeg i noen tilfeller supplerte med tilleggsspørsmål der det var behov for å få mer utfyllende eller oppklarende svar. Spørsmålene som ble stilt var åpne, slik at informanten kunne reflektere og svare ut fra egne erfaringer og opplevelser. Når informantene begynte å snakke ga jeg bekreftende «nikk» eller kom med bekreftende utsagn som «hm, kan du forteller mer om dette?» eller «hvordan opplevde du det?» Tilleggsspørsmålene ble en naturlig del av samtalen og de fleste forankret sine opplevelser til pasient situasjoner de selv hadde vært i. Dette styrket validiteten i informasjonen som ble gitt. Flere fortalte om rørende og vonde opplevelser i forbindelse med skjerming og mekanisk tvang. Jeg opplevde i den forbindelse at de kunne bli tankefulle og hadde behov for å få stilt spørsmålet flere ganger. Informantene var delaktige med egne historier, erfaringer, refleksjoner og tanker. De viste stort engasjement også i forhold til å forklare hvordan man kunne unngått å benytte skjerming og mekanisk tvang ovenfor pasientene i gitte situasjoner.

4.6 Forskningsetikk

I forskning er det overordnede målet å vinne ny kunnskap i den hensikt å øke forståelsen av vår verden og om mulig skape positive endringer. Forskning må ivareta individet og ikke tilføre fysisk eller psykisk belastning, samtidig som menneskets rett til integritet og vern mot

innsyn i privatlivet respekteres. Konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet er viktige elementer for ivaretagelse av sikkerheten for individer som deltar i undersøkelser. Konfidensielt materiale må derfor oppbevares slik at uvedkommende ikke får tilgang på materialet. Anonymitet sikres ved anonymisering av materialet slik at forsker eller andre eventuelt uvedkommende ikke kan identifisere individer i undersøkelsen (Olsson m.fl. 2003). I Helsinkideklarasjon er det nedfelt grunnleggende etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. Denne deklarasjonen fungerer som en etisk grunnlov for all forskning på mennesker. Alle som jobber med forskning og forskningsetikk må forholde seg til denne deklarasjonen (Legeforeningen, 2012).

Helsinkideklarasjonen har utviklet fire grunnleggende etiske prinsipper;

- Autonomi prinsippet innebærer respekt for individets autonomi og integritet. Forsker må ta hensyn til individets rett til selvbestemmelse, informasjon og handlingsalternativer. Informasjon som gis av forsker skal være forståelig og tilstrekkelig. Pasienter som deltar i studier må ha medbestemmelsesrett i avgjørelser som handler om dem selv.
- Godhetsprinsippet innebærer å fremme det gode og forhindre lidelse, samt forebygge skade. Forskere og medforskere må søke og handle på en slik måte at det er til hjelp eller nytte for andre. Hensikten er å utvikle ny og viktig kunnskap som kan forbedre forebygging, diagnostikk og behandling, samt pleie og omsorg.
- Ikke-skade prinsippet innebærer at forsker ikke må utsette deltaker for skade eller forårsake lidelse. Det handler om å ha respekt for deltakernes integritet og verdier.
- Rettferdighetsprinsippet innebærer likeverd, ved at alle behandles likt. Forsker må opptre rettskaffen, være redelig og handle riktig. Dersom to individer behandles ulikt, må det være på bakgrunn av relevante forskjeller.

«Den nasjonale etiske forskningskomite for medisin og helsefag», «De regionale komiteene for medisinsk forskningsetikk» og «datatilsynet» er organer som utfører forskningsetisk granskning for humanforskning, de kan også bidra med råd g veiledning om forskningsetiske spørsmål og problemstillinger (Olsson, 2012).

Studien har lagt til grunn retningslinjene for Helsinkideklarasjonen, samt ytterligere andre formelle krav til ivaretagelse av god og riktig forskningsetikk som redegjort for over.

4.7 Fenomenologisk -hermeneutisk forskningsanalyse

I studie anvendes Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk- hermeneutisk forskningsanalyse for undersøker av livserfaringer. Metoden bygger på Paul Ricoeurs (1993-2005) tolkningsteori, der han forener den strukturelle forklaring med forståelsen. For Ricoeur er den strukturelle lese måten mer enn tegn og struktur, den gir også mening når leseprosessen blir implementert i leserens verden. Forståelsen skapes ved at leseren fullfører betydning av teksten.

«The narrative constructs the identity of the character, what can be called his or her narrative identity, in constructing that of the story told. It is the identity of the story that makes the identity of the character». Sitat Paul Ricoeur.

Hensikten med metoden er å analysere datamateriale fra intervjuers livsverden for å gjøre moral og etisk tekning synlig. Ved å forstå erfaringene og etikken som kommer til uttrykk, kan essensen av selve meningen framtre. Målet med metoden er å belyse essensiell mening, som den levde i menneskelig erfaring. Analysen bygger på en tretrinnsmodell, der det første trinn er basert på narrativ lesning av materiale. Forsker leser da det transkriberte intervjuene ved å tillate seg være så åpen så mulig for materiale at leser lar seg berøre og snakket til av teksten. Ved gjennomlesning av materialets fenomenologiske språk, dannes et første inntrykk av tekstens helhet. Det andre trinne består av tematisk analyse. Forsker beveger seg i dybden av de transkriberte intervjuene for å validere den narrative forståelsen i forhold til relevant litteratur. Materiale blir så videreutviklet i kodingsprosessen for å utforme en systematisk oversikt over respondentenes uttalelser. Tekstene ble sortert kategorisk etter innhold for å utarbeide tema. I følge Dalen (2011) er målsettingen å komme frem til en overordnet forståelse av materiale, som kan skape en teorigenerering rundt fenomenet som studeres. Ved å analysere kategorier og forbindelser mellom de ulike kategoriene, kan man finne nye sammenhenger. Dette kan føre til utvikling av teoretiske begreper eller modeller for å forstå fenomenet. I tredje trinn utvikles overordnet forståelse av materialets innhold.

4.7.1 Studiets narrative lesning

De transkriberte intervjuene ble lest gjentatte ganger, ved første gjennomlesning var det for å danne et førsteinntrykk av tekstens innhold og helhet. Deretter ble intervjuene lest mer inngående i et forsøk på å fange essensen av informantens intervju. Ved å være bevisst på egen forforståelse ble det etterstrebet å sette egen forforståelse til side. Intervjuene kunne

da ta form og fortelle sin naive oppfattelse av tekstens helhet og mening. Ved å ha fokus på naiv lesning, samtidig som man er bevisst på egen forforståelse skulle teksten få tale og ta form. Sykepleiere fikk med egne ord og uttrykk formidle utfordrende og krevende situasjoner, der skjerming og mekanisk tvang ble benyttet i omsorgsrelasjonen til pasienter. Teksten ble opplevd som følelses ladet med et sterkt engasjement fra sykepleierens side. Teksten ble derfor lest gjentatte ganger for å danne et helhetlig inntrykk av tekstens innhold. Deretter ble hver tekst lest mer inngående og dypere. For å danne forståelse for tekstens innhold ble følgende spørsmål reflektert over ved gjennomlesning av de transkriberte tekstene. «Hva forteller denne teksten meg?», «Hva formidles her?» og «Hva er situasjonen?» Under lesningen ble det notert stikkord for å danne en overordnet forståelse av tekstens innhold. Den naive lesning av teksten ble fortolket til en helhetlig forståelse, som utformet seg og forklares slik:

«Sykepleiere opplever skjerming og mekanisk tvang som kontroversiell behandling ved at man på den ene siden frihetsberøver pasienten, mens man på den andre siden verner om pasientens verdighet. Skjerming og mekanisk tvang kan utføres på en faglig, trygg og forsvarlig måte, men likevel opplever sykepleiere at skjerming og mekanisk tvang kan benyttes som straff eller at intervensjonen har for langt tidsperspektiv. Generelt sett har sykepleiere gode holdninger, men formidler at neglisjering av pasienter forekommer. Behovet for å anvende skjerming og mekanisk tvang som behandlingsintervensjon opplever sykepleiere som et viktig element i behandling, samt opprettholde forsvarlig drift av avdelingene. Ulik erfaring, alder og holdninger blant sykepleier og annet helsepersonell medfører at mekanisk tvang og skjerming kan ha store variasjoner i praksis. Sykepleiere formidler opplevelser der de har hatt dårlig samvittighet i forbindelse, eller i etterkant av, bruk av mekanisk tvang og skjerming. De har opplevelser av at omsorgen for pasienten ikke er blitt ivaretatt på en god måte». Dette var første naive forståelse av tekstmaterialet for videre systematisering og analysering av materialet.

4.7.2 Studiets tematisk analyse

I utførelsen av tematisk analyse ble det utviklet analytiske spørsmål til teksten. Hensikten var å trekke fram meningsenheter, sortere dem kategorisk for å utforme en systematisk oversikt over innholdet. De analytiske spørsmålene ble benyttet som veiledende i søken etter essensen i teksten. Tekstene ble samlet i tema, som skapte muligheter for å forstå og

fortolke materiale på en ny måte. Denne prosessen førte også til at den naive lesningen av teksten ble validert. Ved å anvende analytiske spørsmål i prosessen ble meningsenhetene benyttet til å tilføre spørsmålene mening. I den tematiske analysen ble følgende analytiske spørsmål stilt:

- Hvilke holdninger har sykepleiere til skjerming og mekanisk tvang?
- Hvordan erfarer sykepleiere bruken av mekanisk tvang og skjerming?
- Hva opplever sykepleiere som verdighet i situasjoner med mekanisk tvang og skjerming?
- Hvordan opplever sykepleiere at pasientens verdighet blir krenket med mekanisk tvang eller skjerming?

De analytiske spørsmålene ble utformet i prosessen der tekstene ble lest inngående for å danne en overordnet forståelse av intervjuenes innhold. Spørsmålene ble utformet for å finne mening i teksten til tema i studiet. For hvert spørsmål ble tekstene lest inngående for å finne meningsenheter som kunne relateres til det analytiske spørsmålet. Nytt spørsmål ble utarbeidet på bakgrunn av det foregående spørsmålet og innholdet i teksten. Denne prosessen ble gjentatt inntil det ikke ble funnet mer relevant informasjon i teksten. I denne prosessen ble teksten splittet opp og fordelt i fire ulike kategorier, meningsenhetene i de ulike kategoriene ble identifisert til 104 meningsenheter. En systematisk gjennomgang av meningsenhetene førte til at tekst med mindre relevans for tema og problemstilling ble redusert vekk. 104 meningsenheter ble redusert til 16 meningsenheter, som ble kondensert til 16 subtema. De 16 subtemaene ble ytterligere kondensert og utformet til 4 hovedtema, som blir presentert i kapitel 5.

Illustrasjon av framgangsmåtene som ble benyttet ved tematisk analyse:

Hvilke holdninger har sykepleiere til skjerming og mekanisk tvang?			
Meningsenhet:	Kondensering:	Tema:	Hovedtema:
<p><i>Først og fremst med at man tar kontroll, ta kontroll er bra for pasienten. Så skjerming ser jeg at til tider er det mye omsorg i det å skjerme. Ja, så sant de ikke har det så kaotisk. Det er en omsorg som viser at man har lyst til å si til pasienten at dette er en situasjon ingen skal få bli skadet i, ingen skal få lide unødvendig i denne situasjonen at det er nødvendig å at man som fagperson tar kontroll får å unngå skade.</i></p> <p><i>Pasienter kan være rasende når de blir innlagt og det må vi tåle at pasientene ikke likere å bli innlagt. Vi må tåle at pasientene kjefter og smeller uten å skjerme de.</i></p>	<p>Fagpersoner må i situasjoner ta kontroll for å unngå skade, slik at ingen skal få lide unødvendig</p> <p>Personell må tåle at pasienten ikke liker å bli innlagt og derfor kjefter og smeller, uten å skjerme</p>	<p>Løpende vurdering</p> <p>Tåle og stå i pasient adferd</p>	<p>Reduksjon av tvang, resultat av omsorg</p>

4.8 Reliabilitet og validitet

I følge Kvale m.fl. (2015) må begrepene objektivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet ses i sammenheng med troverdighet, styrke og overførbarhet av kunnskap.

4.8.1 Objektivitet

Objektivitet omhandler pålitelig kunnskap, ved at forskers holdninger og fordommer er upåvirket. Ved refleksiv objektivitet er forsker bevisst på egne fordommer og etterstreber

objektivitet til det subjektive. I det kvalitative forskningsintervju er «objektet» innbakt i språklige og mellommenneskelige fenomener om den sosiale verden, som kan gi betydelig informasjon av objektiv kunnskap om den sosiale verden.

Objektivitet - «fri for ensidighet» henviser til pålitelig kunnskap som er etterprøvd og kontrollert, upåvirket av personlige holdninger og fordommer (Kvale m.fl. 2015 s.273).

Fordomsfri objektivitet omhandler produksjon av kunnskap som er systematisk kontrollert og verifisert gjennom solid og grundig forskning i søken etter det sanne i objektiv mening (Kvale m.fl. 2015).

4.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet er et begrep som omhandler forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Hvordan spørsmål og resultat kan ses i sammenheng og kan reproduseres av andre forskere. I Kvalitativ forskning er reproduksjon et sjeldent kriterium, da tidsrom og samspille mellom forsker og informant kan føre til ulike resultater. I forskningsprosessen kan reliabilitet redegjøres for i prosessen av utvikling av materiale. For å styrke pålitelighet utføres en grundig redegjøring av intervju, transkribering og analyse for å underbygge bruken og valg av metode (Malterud, 2011).

4.8.3 Validitet

Intern gyldighet eller validering omhandler hele forskningsprosessen for å kunne evaluere den vitenskapelige kunnskapen som produseres. Objektiv virkelighet måles mot forskerens troverdighet og moralske integritet, resultatenes konsistens og styrke, kredibilitet basert på tidligere forskning i feltet for å få en helhetlig prosessvalidering av «produktet». Verifikasjon omhandler hele forskningsprosessen for å kontrollere at funnene er pålitelige, troverdige og sannsynlige. Validitet ses i sammenheng med utførelsen av forskningsprosessen og kvaliteten på undersøkelsen, der funnene kontinuerlig må sjekkes, utspørres og fortolkes teoretisk. Ved at forsker anvender kritiske «briller» i forskningsprosessen, kan falsifisering av fenomenet forsterke funnet eller resultatet. Desto høyere falsifisering et fenomen overlever, gir økning i gyldigheten og troverdigheten til den vitenskapelige kunnskapen (Kvale m.fl. 2015).

4.8.4 Overførbarhet

Kunnskapsutvikling innbefatter relevans, refleksivitet og troverdighet for ekstern gyldighet

eller generaliserbar kunnskap. Problemstilling er avgjørende for hvilken datainnsamling som egner seg best i forhold til relevans og validitet til de spørsmål som belyses. Refleksivitet omhandler forskningsprosessens kunnskapsutvikling der forsker har et åpent sinn med rom for tvil, ettertanke og uforutsett konklusjoner.

Erkjennelse og vektlegging av egen betydning av ståsted, falsifikasjon og objektivitet til egen forskning er av betydning for at forsker skal kunne vurdere hvilken relevans kunnskapen kan bidra med av «lærdom» til vitenskapen. For at kunnskapen skal generaliseres avhenger dette om utvalget er representativt for populasjonen (Malterud, 2011). Prinsipielt kan enn ikke generalisere til andre enn den populasjonen utvalget er trukket fra og til det tidspunktet undersøkelsen er foretatt på (Jacobsen, 2016). Populasjonens størrelse er av betydning for generalisering, små utvalg har større sannsynlighet for å ikke kunne representere en populasjon, da det kan føre til en skjevhet i utvalget (Malterud, 2011).

5.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres funn fra analysen. Resultatene fordeles i de fire hovedtemaene; «Reduksjon av tvang – et resultat av omsorg», «Verdighet og fravær av verdiget ved tvang», «Tvang - en bevegelig holdning» og «Tvangsbruk ved fravær av omsorg».

5.1 Reduksjon av tvang - et resultat av omsorg

Gjennom intervjuene fikk sykepleiere belyse sin kommunikasjonskompetanse og relasjonskompetanse for å skape en relasjon og samhandling.

I intervjuene beskriver en av informantene hvordan sykepleiere i møte person- til- person må være bevist på egen adferd og hva man uttrykker gjennom kroppsholdninger når man inviterer den andre personen inn i en omsorgsrelasjon. Informanten uttrykker *«Det er en nødvendighet for å komme i posisjon til det å hjelpe pasientene som har vanskelig for å ta vare på seg selv eller er til fare for seg selv og andre»*.

Det ble også påpekt hvor viktig det var å våge å stå i situasjoner som var vanskelig.

Informanten beskrev disse situasjonene som vanskelige og utfordrende, da man lett kan komme i en posisjon der pasienten ikke liker deg. Ivaretagelse av pasienten forklarte sykepleieren med å anerkjenne og vise forståelse for den følelsesmessige reaksjonen pasienten kjente på. Gjennom å vise medmenneskelig varme og empati for pasientens situasjon mente sykepleieren at man på sikt kunne komme i en posisjon som førte til en

relasjon. Informanten uttrykker *«Pasienter kan være rasende når de blir innlagt og det må vi tåle - at pasientene ikke liker å bli innlagt. Vi må tåle at pasientene kjefter og smeller uten å skjerme de»*.

Under intervjuene formidler en annen informant hvordan det å være på tilbudssiden av fysiologiske behov samtidig som ved at man viser interesse for pasientens tanker og meninger ble skapt rom for at pasienten fikk ventilere sin frustrasjon. Følgende uttalelse understøtter dette *«Så kommer de opp i avdelingen også snakker vi med dem og gir de litt mat og drikke og sånn så roer de seg. Det er ofte at vi kan roe pasientene veldig ned sånn at vi slipper å skjerme og beltelegge de bare med å snakke rolig»*. Sykepleieren forklarer at noen ganger handler sykepleieperspektivet mer om å forstå pasienten enn å forklare. Ved å høre pasienten ut kunne sykepleieren få fatt i bakenforliggende forklaringer for handlinger. Dette «innblikket» i pasienten beskrev sykepleieren som essensen for forebygging av tvang. Gjennom intervjuene kom det til uttrykk hvordan skjerming ble anvendt i situasjoner der pasienter ikke lenger klarte å ta kontroll over seg selv eller ikke klarer å ta ansvar for egne handlinger. Informanten forteller at *«først og fremst med at man tar kontroll, ta kontroll er bra for pasienten. Så skjerming ser jeg at til tider er det mye omsorg i det å skjerme. Ja, så sant de ikke har det så kaotisk. Det er en omsorg som viser at man har lyst til å si til pasienten at dette er en situasjon ingen skal få bli skadet i, ingen skal få lide unødvendig i denne situasjonen at det er nødvendig å at man som fagperson tar kontroll får å unngå skade»*. I situasjoner der pasienten ikke lenger hadde «kontroll» ble altså skjerming sett på som en omsorgshandling. Ifølge sykepleieren har man et ansvar for å beskytte pasienten, medpasienter og personell mot skade. Det å beskytte pasienten ble beskrevet av sykepleieren som omsorg der man ønsket å ivareta pasienten i trygge omgivelser med personalet tilstede for å trygge pasienten.

I beskrivelsen av pasienter som var i behov for skjerming ble ord som «blamere», «strangulering og «kutting» brukt for å beskrive situasjoner der pasienter ikke kunne oppholde seg i fellesmiljø med andre pasienter. To av informantene beskrev skjerming som svært viktig for å beskytte pasienten fra å eksponere sin «ukritiske» adferd for andre medpasienter. I situasjoner der pasienter var veldig kaotisk eller manisk i fellesmiljøet, førte dette til mye korrigeringer, grensesettinger og strenge rammer for pasienten i påsyn av andre mennesker. En av informantene uttalte; *«en del pasienter eier ikke egne begrensinger i forhold til sinn tilstand og sier mye de vil angre på senere ovenfor mennesker. Det er derfor*

viktig å kunne vise de at, her går det en grense og vi forstår at du i ettertid vil angre på disse handlingene og derfor skjerner vi deg på grunn av det». Skjerming ble av disse sett på som en beskyttelse. Ved å begrense pasienten hindret man eksponering av utilsiktet adferd som pasienten kunne angre på i retrospektiv og føle skam.

5.2 Verdighet og fravær av verdighet ved tvang

Gjennom intervjuene var det viktig å belyse sykepleierens perspektiv på verdighet ved bruk av tvang. En av informantene klarte ikke å «se» sammenheng mellom verdighet og tvang. Sykepleieren beskrev tvangshandlingene mer som en posisjon for å kunne skape en relasjon for å hjelpe. Informanten forklarte det med følgende utsagn: *«Der er jo ikke verdighet i det, jeg klarer ikke helt og se det, det er jo ikke verdighet i det, det er jo det ikke. Men det er jo på en måte, en måte å møte pasienten på, å komme i posisjon eller kunne hjelpe da, men det er ikke verdighet i det å ha psykiske syke som du må ha i for eksempel transportbelter, det er ikke verdighet i det.»*

En annen informant beskrev verdighet ved tvang, som handlinger utført av sykepleieren; *«Altså jeg tenker når jeg skal skjerme noen eller skal beltelegge noen så vil jeg gjøre det på en verdig måte, for jeg tenker at hadde dette vært en av mine så, hvordan vil vi egentlig ha behandlet dette vedkommende og da informere pasienten underveis». I situasjoner som krevde tvang tilførte denne sykepleieren verdighet ved å opptre med respekt for pasienten. Sykepleieren fortalte også hvordan informasjon var en viktig del av verdighetsbegrepet ved å dele sin faglige kompetanse. Sykepleieren uttrykte; «på denne måten gir jeg trygghet, men også verdighet».*

Verdighet i skjermingssituasjoner ble også opplevd som krenkende av tre sykepleiere. De hadde opplevde hard og grensesettende stemmebruk med avvisende holdninger til pasienten. En av informantene uttalte; *«I forhold til holdninger og stemmebruk og sånne ting, så jeg har følt det på stimuli begrensninger det går lite granne utover verdigheten i skjerming».*

5.3 Tvang en bevegelig holdning

I sykepleie utgjør kompetanse et viktig og sentralt tema for utvikling av faglig forståelse.

En av informantene beskriver hvordan forvirrende mennesker trenger begrenset stimuli og derfor skjernes, videre forteller sykepleieren at nyutdannede har vansker for å forstå behandlingsmetoden og derfor kan se det som straff. Følgende ord kom til uttrykk; *«Når*

man er nyutdannet så vil man føle at frihetsberøvelse er vanskelig, det viser seg det at mange av de nye uten erfaring enten nyutdannede eller ny i lukket institusjon tenker det at skjerming er straff».

At nyutdannede sykepleiere føler at frihetsberøvelse er vanskelig ble på påpekt av to informanter. Begge informantene vektla erfaring som er viktig del av sykepleieforståelsen. Den ene sykepleieren uttalte; *«De vil trenge tid til å reflektere og tilpasse seg rundet hvorfor dette skal gjøres».* Begge informantene erfarte at nyutdannede sykepleiere hadde vansker med grensesetting og bruk av skjerming for pasienter og trengte derfor tid til å utvikle forståelse.

En av informantene beskrev viktigheten av at nyansatte måtte gis rom for å utvikle sin forståelse for bruk av tvang. Sykepleieren uttrykte; *«Jeg tenker uansett vis man ikke har erfart eller jobbet med tvang, så er det viktig at man gir rom for nyansatte får reflektere, ikke skjer alene og at man snakker og det og at man er åpen om hva vi selv tenker og ikke minst spør de hva de tenker og føler rundt disse tingene».* Åpenhet om temaet ble vektlagt som en av flere viktige faktorer. Andre viktige faktorer kom til uttrykk i form av; *«Kollega samtaler»* og *«Kollega støtte»* som ble ansett som viktig for å utvikle fellesforståelse. Sykepleieren kom med følgende utsagn; *«sykepleiere med erfaring kan tilføre kunnskap og forståelse til tema».* Informanten beskriver hvordan tilbakemeldinger og bekreftelser på handlinger, kan hjelpe nye sykepleiere for at ingen skal stå alene og føle seg alene om tvangshandlingene. Rollekonflikter ble beskrevet i form av diffuse retningslinjer mellom sykepleiere og assistent *«Vi er jo ikke bare sykepleiere som skjerner, en assistent har gjerne en annen tilnærming til skjerming, som gjerne ikke alltid følger helt opp, måten vi skal skjerme på».* Alle informantene beskrev en tilværelse med manglende nødvendige ressurser til å utføre et arbeid med kvalitet i alle prosessene. I et av intervjuene forklarer informanten følgende; *«Jeg tenker at vi kunne ha unngått en del skjerminger og mekanisk tvang dersom forholdene hadde vært lagt bedre til rette for pasienten. Oppbyggingen av avdelingen, at bemanningen er god nok, trygg nok bemanning, erfaring den biten der, tenker jeg er viktig eller så er det ikke alltid et».* I et annet intervju forklarer sykepleieren seg slik; *«Når jeg kommer på jobb så merker jeg stemningen i posten med engang jeg kommer inn døren, angstnivået og redselen i mine kollegaer».* Ord som *«Utrygg bemanningssammensetning, angst og redsel»* ble bruk for å forklare egne ord som *«det kan være ymse grunner til at skjerming foregår».*

En av informantene beskriver holdning som bevegelig, som påvirker pasienters og sykepleieres adferd. Sykepleieren uttrykker følgende; *«Så tror jeg med jevne mellomrom vi blir på virket fra media å interne ting som skjer i sykehuset som gjør at vi revurderer litt underveis, tror ikke det er sånn statisk holdning, jeg tror det er en bevegelig holdning»*. Holdninger ble forklart med «noe» som ikke kunne isoleres og gjøres statisk, men som stadig var under påvirkning fra omgivelsene, egen refleksjon og tenkning.

5.4 Tvangsbruk ved fravær av omsorg

I intervjuene fikk sykepleiere selv ordlegge seg i forhold til hva de selv mente var misbruk av tvang. Fem av informantene beskrev opplevelser der de opplevde at pasienter kunne ligge lenge i belter *«av og til så synes jeg de ligger for lenge i belter, men det er vis det går i fra skift til et annet, de ligger hele dagen»*, *«måtte beltelegge pasient tidlig om morgningen så ligger de i belter helt til vi kommer på jobb igjen om natten kl. 21.00 om kvelden og det synes jeg er feil»*. Situasjonene ble skrevet med ord som «omsorgssvikt» sykepleierne opplevde det som feil bruk av belter. En av informantene uttrykte; *«Noen dessverre bruker mekanisk tvang for skikkerhetsskyld og noen gjør det på gamle historier og stigmatiserte pasienter. Det er noen ganger jeg tenker, her er det forlenge å ha de i belteseng»*. Innhenting av tidligere historier i journaler til pasienten kunne også gi grunnlag for bruk av belter, dette ble påpekt som feil bruk av belter.

Tre av informantene fortalte om opplevelser der sykepleiere benyttet mekaniske tvangs midler og skjerming som straff for pasienter med rusmisbruk og devaluerende språkbruk. Følgende ble uttrykt; *«Så har jeg opplevelser der spesielt vi i forhold til unge folk, rusmisbrukere som har en sånn uartig adferd der det er blitt bestemt at skjerming eller mekanisk tvang der det har vært eller jeg har følt at det har vært straff»*. En av informanten beskrev sin opplevelse til bruk av belter og opphold i belter; *«De som er avhengig av røyk og de tingene, skal ikke få det når de ligger i belter. Så det er mange som skriker fordi de er avhengige»*. Informanten forklarte «røyk og de ting» ble sett på som privilegier og dermed godet som skulle unndras pasienter som var lagt i belter.

Tre av informantene fortalte om unødvendig hard bruk av makt og tvang mot pasientene. En av sykepleierne uttalte; *«Så har jo vi sett at noen bli litt unødig har mot dem. Skubber de inn, smeller igjen døren og setter foten foran den»* der pasienter i ettertid kunne bli ignorert og overlatt til seg selv i lang tid. En av informantene fortalte *«De latterliggjør pasienten; den*

pasienten liker jeg ikke, hun får for mye oppmerksomhet». Informanten opplevde i enkelte situasjoner at sykepleiere ikke hadde respekt for pasienten. Informanten forklarer dette med *«noen sykepleiere har holdninger der de kanskje burde ha en annen jobb, en kontorjobb eller noe sånt»*.

En av informantene fortalte hvordan enkelte kunne ignorere pasienter i belter over lengre tid; *«Ved mekanisk tvang der pasienten har luktet, gjort på seg og det ene og det andre og har vært veldig truenes, da blir det mindre sånn lut og kaldt vann, pasienten har blitt totalt ignorert i lang, lang tid altså sånn lovmessig så er det vel ikke feil, folk bare sitter på en stol i en krok bak en avis og leser og lar bare pasienten ligge i sinn og drive med sitt. Ja, det er mere nok av det»*. Ignorering av pasienter som lå i belter ble forklart som en «skjult» måte personalet benyttet for å straffe pasienter på.

To av informantene opplevde at grensesetting av pasient på skjerming ble utført med en følelse av nedverdiggelse og krenkelse mot pasienten. En av sykepleierne forklarete grensetning på skjerming ved; *«På skjerming, det er ofte vi bruker det; nei, nei, nei, nei det er på grensen til krenkelse mange ganger, for vi glemmer den gylne greien, det er hundre forskjellige måter å si nei på uten å si nei»*. Ordet «nei» ble av sykepleieren forklart som hyppig bruk på avslag og korrigerende av pasienter som ble skjermet av personalet.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet blir oppgavens forskningsresultater drøftet opp mot relevant litteratur og forskning for å besvare oppgavens problemstilling. Funn i studiet er inndelt i de fire hovedtemaene fra resultatene. De fire hovedtemaene er «reduksjon av tvang - resultat av omsorg», «verdighet og fravær av verdighet ved tvang», «tvang - en bevegelig holdning» og «tvangsbruk ved fravær av omsorg».

6.1 Reduksjon av tvang, resultat av omsorg

Omsorg eksisterer i relasjonen der livets opprinnelse finner sted. Omsorg er noe naturlig i mennesket, en kjærlighetshandling som bekrefter den andres eksistens. Gjennom å kunne gi og ta imot kjærlighet får mennesket kraft til å vokse og utvikle. Kjærlighet og omtanke er et uttrykk for det sanne mennesket. Det er det som bekrefter mennesket som mennesket (Eriksson, 2014). Funn i studiet viste at sykepleiere må være bevisst på egen adferd og hva man uttrykker gjennom kroppsholdninger når man inviterer til en omsorgsrelasjon. En av

informantene beskrev dette som en nødvendighet for å komme i posisjon til å kunne hjelpe den som hadde det vanskelig. Dette støttes i studie til Happell m.fl. (2011) der holdninger vektlegges som spesielt viktig for hvordan sykepleiere relaterer seg til sine pasienter. Dette forutsetter at sykepleiere utøver omsorg med nestekjærlighet som viser seg ved at han eller hun «bryr seg», er tillitsfulle, rettferdige og handler med respekt. Sykepleiere må ta utgangspunkt i sin indre makt til å handle for den andres beste, først da kan relasjon utvikle seg til en omsorgsrelasjon (Alsvåg m.fl. 2014). Innenfor dette perspektivet er menneskelig varme og medfølelse for det lidende mennesket et avgjørende ontologisk grunnlag for faglig omsorgsposisjoner og oppførsel, ved å gi ubetinget respekt og toleranse for hvert enkelt individ som trenger omsorg (Eriksson, 2006). Omsorg forankret i etos av kjærlighet og ansvar forklarer Eriksson og Lindstöm (2003) ved «å tjene liv og helse samt lindre lidelse i en caritativ kjærlighetsfull ånd» der kjærlighet, caritativ ses som den bærende kraften i omsorgen. Ansvar i den caritative mantra beskriver Eriksson (2013) som «Jeg var der, jeg så, jeg var vitne til og jeg ble ansvarlig». Et ansvar innebærer en etisk forpliktelse for å fremme det som er godt, så vel som å motstå det som er vondt. Det lidende mennesket har behov for å bli invitert til en omsorgsfull relasjon der kulturen utstråler medfølelse felleskap for å oppleve kjærlighet, tro, håp og mening. Sykepleiere har et etisk ansvar for å få pasienten til å føle seg velkommen og mottatt i felleskap der det er rom for lidelse, hvile og forsoning i en omsorgsfull kultur basert på varme og medfølelse. Respekt og toleranse ses som avgjørende for å lindre lidelse knyttet til sykdom, hindre lidelse i omsorg, bekrefte menneskelig verdi blant de som lider og bevare menneskelig verdighet (Eriksson og Lindström, 2003). Positive sykepleiere som har et lystbetont forhold til sitt arbeid viser optimistiske holdninger, som har betydning for opplevd motivasjon, tro på behandling og håp om bedring for pasienten (Happell m.fl. 2011).

Funn i studiet viste at ved innleggelse kunne sykepleiere oppleve at pasienter ble rasende. Dette samsvarer med studien til Happell m.fl. (2011) der pasienter ved innleggelse kunne være sinte fordi de var blitt tvangsinnlagt eller sinte for å ha blitt involvert i en prosess de ikke var enig i. Pasienter kunne også vise sinne på grunn av følelsen av å ha mislykkes, eller kjente på avmakt ved at det endte med innleggelse. Forståelse av pasientens verbale og fysiske vold som sykdomsrelatert og utilsiktet atferd gjør det mulig for omsorgspersoner å utholde slike hendelser på en verdighetsbevarende måte, samtidig som man unngår verdighetskrenkende adferd som sinne eller anger. Funn i studien viste at sykepleiere valgte

i møte med rasende pasienter å vise forståelse for pasientens følelsesmessige reaksjon ved å anerkjenne, vise medmenneskelig varme og empati.

I situasjoner der pasienter opptrer aggressivt bør sykepleiere forholder seg rolig og uttrykke seg på en tillitsfull måte slik at ytterligere agitasjon og aggresjon unngås. Ved at sykepleiere opptrer myndig, presenterer seg selv på en aktiv og fast måte, samtidig som man aksepterer pasientens behov og anerkjenner undertrykte følelser på en positiv måte slik at pasienten kan gjenvinne sin kontroll (Hummelvoll, 2012). Pasientens utfoldelse kan gi rom for at sykepleie blir noe mer enn hva som er til det beste for den andre. Det handler om å ha et åpent sinn til pasientens følelser og sansning (Martinsen, 2012). Bakenforliggende årsaker til pasientens raseri kan komme til syne og skape muligheter til å se bak pasientens ytre fasader (Bergbom m.fl. 2013). Likeledes må sykepleiere i møte med pasienter som gir uttrykk for «raseri» være bevisst på ivaretagelse av egen og andres sikkerhet slik at ingen tar skade. «Raseri» kan gå over i utagerende adferd, mot pasienten selv, personalet eller inventar (Hummelvoll, 2012). Det bekreftes i studie til Moylan m.fl. (2010) at 80 prosent av sykepleierne var blitt utsatt for skade av pasienter i psykiatrisk akuttmottak.

Funn i studiet viser at sykepleiere må tåle at pasienter ikke liker å bli innlagt.

I stress-sårbarhetsmodellen til Zubin og Spings (1977) blir sammenhengen mellom genetikk og stress forklart. Modellen viser hvordan sårbarhet hos pasienter kan føre til tilbakefall eller forverring av psykiske lidelse. I anvendelsen av modellen kan pasienters adferd forklares ut i fra «stress- sårbarhet» der innleggelse kan oppleves som en belastning og utløser nye stressfaktorer (Goh & Agius, 2010). Utfordrende adferd hos pasienten kan også forklares som selvbeskyttende, og mestring i situasjoner der relasjoner oppleves som vanskelig (Vatne, 2006). Å våge å gå inn i og stå i situasjoner er sentralt for all sykepleie og omsorg er en grunnleggende forutsetning for menneskelig eksistens. Sykepleieomsorgen bør framheves som en balansekunst mellom faglig kunnskap, erfaring og skjønn. Sykepleiere bør opptre med holdninger som synliggjør verdier som likeverdige, inkludering og anerkjennelse. Det bør ses som elementær sykepleie for å kunne skape en relasjon som bygger på tillit og troverdighet (Martinsen, 2003).

Funn i gjennomførte intervjuer viste at ved å ta pasienten inn i avdelingen, snakke sammen, tilby mat og drikke, kunne situasjonen roe seg. Noen ganger roet det seg slik at man unngikk å skjerme og beltelegge pasienten bare ved å snakke rolig.

Sykepleiere som gir omsorg med respekt fører til reduksjon av tvangs intervensjoner og samtidig opprettholder de et trygt miljø (Hummelvoll, 2012). I følge Martinsen (2012) må sykepleiere ha en letende og undrende holdning til å finne pasientkroppens rytme for å forme og knytte sammen sine kroppsbevegelser og pleiende hender i pasientens rytme. Toner, lukt, lys, sted og mennesker er faktorer som påvirker pasientens opplevelse av ivaretagelse både i relasjonen, og til atmosfæren hos sykepleieren. I følge Alsvåg m. fl. (2014) kan kjærlig lytting gi støtte til etiske utfordrende situasjoner for pasienten. I studiet til Norvoll m.fl. (2016) ble etiske prinsipper og moralske hensyn vektlagt for å øke bevisstheten av underliggende syn på «mennesket» i pasienten. Ved at sykepleiere viser ydmykhet, empati, gjensidighet og annerkjennelse fremmer dette verdier som autonomi og selvbestemmelse hos pasienter. Sykepleiere kan bidra med å løse utfordringer på en systematisk måte ved å bruke moralske overveielser og etisk støtte. I anvendelse av systematiske arbeidsmetoder og moralske overveielser kan dette føre til økt bevissthet om etiske dilemmaer. Ved å heve den moralske kompetansen til sykepleierne kan flere konflikter bli løst uten bruk av tvang. Ifølge studiet til Lindsey (2009) vil det oppstå situasjoner i akutt avdelinger som vil kreve bruk av tvang. Disse situasjonene oppstår når pasienter viser aggresjon som setter andre og seg selv i fare, voldelig adferd som går utover sikkerheten til medpasienter og personell, samt angrep på personer. Tiltak som «time-out», isolasjon og mekanisk tvang vil føre til kontroll over pasienten. Funn i studiet til Lindsey (2009) viser at sykepleiere benytter «Time-out» i sitt første forsøk på å ta kontroll. Dersom tiltaket ikke er tilstrekkelig blir isolasjon foretrukket som det neste alternativet. Mekanisk tvang blir anvendt som siste løsning av tiltak for å ta kontroll over pasienten.

Funn i studiet bekrefter resultatene som Lindsey (2009) henviser til. Sykepleierne uttrykker at de velger skjerming som intervensjon der pasienter ikke klarer å ta kontroll over seg selv eller ta ansvar for egne handlinger. Skjerming ble sett på som en omsorgshandling ovenfor pasienten, der man tok ansvar for å beskytte pasienten mot skade, for å sikre og ivareta pasienten i trygge omgivelser med personalet tilstede.

Hummelvoll (2012) påpeker at målet for intervensjonen er å oppnå sikkerhet for alle involverte parter i prosessen ved skjerming. Informasjon ses som en viktig del av omsorgen. Et av helsepersonalet må gi informasjon til pasienten om hva som skal gjøres, før de iverksetter fastholding av pasienten. Ved at to av personale tar hver sin arm kan pasienten

føle seg immobilisert. Det er derfor viktig at det gis informasjon om hva som skal skje og hvorfor det gjøres før man leder pasient inn på skjermingsenhet eller til rom for mekanisk tvang. Dersom det ikke gis informasjon kan situasjonen utvikle seg som angstfylt fra begge parter og opplevelsen av kontroll uteblir. Pasienten kan oppleve situasjonen som utrygg, utvikle panikk og nye stressfaktorer kan trigge utagering. Funn i studiets intervjuer viser at informasjon ses av enkelte sykepleiere som en viktig del av verdighetsbegrepet, som samsvarer med Hummelvoll (2012) forståelse av omsorg. I utførelse av skjerming må sykepleiere vise omsorg i form av fasthet ved å opptre handlekraftig, ta ledelse i situasjonen som skaper trygghet for alle involverte, med respekt og annerkjennelse for pasienten (Hummelvoll, 2012). I studiets intervjuer ble det ikke gjort funn som underbygger «fasthet i sin opptreden eller ledelse i situasjonen», det ble gjort funn i studiet som belyser at sykepleiere må tåle pasientens følelsesmessige reaksjoner uten å skjerme.

I følge Norvoll (2015) kan skjerming forstås som en stimulibegrensende og grensesettende metode. Skjerming kan også ses på som en metode for «ro og kontroll» eller en forståelse for å «beskytte» pasienter i form av å trygge og ivareta pasienten (Norvoll, 2015).

Sykepleiere benytter skjerming som grensesetting i situasjoner der pasienter blamerer seg for andre. Blamering kan føre til krenkelser og opplevelse av skam for pasienten. Ved å skjerme pasienten kan sykepleiere hindre ytterligere eksponering av «ukritisk» adferd i avdelingen. Sykepleiers tilnærming ved grensesetting, er å lage rammer for pasienten. Dette må utføres på en respektfull måte da pasienten kan oppleve det som kritikk og innblanding i hvordan pasienten lever sitt liv. Hensikten med grensesetting er å strukturere adferd uten å krenke, samt å begrense og stoppe avvikende adferd hos pasienten.

Hovedhensikten er å skape kontroll med en pasientorientert tilnærming (Vatne, 2012). Dette understøttes av funn i studiet. I situasjoner der pasienter ikke lenger klarte å ta kontroll over seg selv, eller ikke klarte å ta ansvar for egne handlinger, opplevde sykepleierne at grensesettende kontroll var bra for pasienten.

Å anerkjenne pasienten vil ikke ensidig si å følge pasientens ønsker, dersom det vil føre til skade. Sykepleie er også å utøve skjønn i forhold til hva man skal appellere til hos pasienten. Paternalistiske holdninger hos sykepleiere kan krenke pasientens opplevelse av verdiget ved utøvelse av tvang. Sykepleiere må være bevisst på at tvang er et alvorlig inngrep mot pasientens integritet og autonomi. Handling må da være forankret i sykepleierens kjærlighet,

og ønske om å ville den andre godt. I situasjoner der sykepleiere må utøve tvang bør sykepleiere handle og veilede ut i fra et indre motiv. Gjennom nestekjærlighet søker man å verne om pasienten i lidelsen, for således å fremme menneskets helsebringende kraft til helbredelse (Alvsvåg m.fl. 2014). Studiets funn viser at sykepleiere tenker at de ved å skjerme pasienten, viser mye omsorg.

Sykepleie kan forklares som et handlingsrom basert på moralsk dydig holdning til omsorg. En omsorgsfull holdning bør integreres i de indre verdiene for at god omsorg skal vise seg i adferd. For å fremme pasientens velvære bør sykepleiere ha en ivaretagende holdning. Ved å la seg berøre og vise seg som et medmenneske som kan gi trøst, og samtidig bevare mennesket verdighet ved sammenbrudd og smerte. Det handler om å takle konsekvensene av deres sykdom, kommunisere gjennom berøring og skape en atmosfære der trygghet, tillit og annerkjennelse utøves på en og samme tid (Gastmans, 1999). For å redusere bruken av mekanisk tvang og isolasjon bør alternative metoder tilføres for å endre sykepleiepraksis. (Duncan m.fl. 2010). Dette understøttes i funn av studie. Gjennom samtaler der sykepleiere er engasjerte og lyttende, samt ivaretar pasientens fysiologiske behov, kan man unngå situasjoner som krever skjerming og bruk av belter.

Sykepleie er en profesjonell identitet og en terapeutisk rolle. Dette krever utforskning, utvikling og implementering av alternative måter for interaksjon med pasienter som viser aggressiv adferd. Sykepleiere bør utdannes i og oppfordres til å bruke alternative metoder for å forebygge utagering og skade på seg selv og andre. Sykepleieetikk i form av etiske utfordringer og dilemmaer bør diskuteres i det åpne rom, da etiske prinsipper er avgjørende for å fremme gode holdninger. Funn i studie understøtter at åpenhet om temaet er viktig for utvikling av felles forståelse. Gjennom «kollegasamtaler» og «kollegastøtte» kan sykepleiere bidra med egen erfaring og kunnskap til temaet.

Ved at sykepleiere har en holdning som er inspirert av viljen til å bygge opp en omsorgsfull relasjon, etableres en forpliktelse til omsorgen. Dette er avgjørende for hvordan sykepleiere fatter sine beslutninger i møte med aggressive og forstyrrede mennesker (Kontio, 2010). Funn i studiet understøtter utsagnet. Sykepleiere forklarte omsorgsbegrepet som et ønske om å beskytte og ivareta pasienten i trygge omgivelser. Norvoll (2007) beskriver etiske prinsipper med ord som respekt, verdighet, autonomi, selvbestemmelse og sikkerhet. Dette bør integreres i utøvelse av sykepleie, slik at kunnskap og holdninger til den aggressive

pasienten blir møtt med empati og medmenneskelighet. Studiets funn understøtter at sykepleiere bør være bevisst på egen adferd og hva man uttrykker gjennom kroppsholdninger når man inviterer til en omsorgsrelasjon.

6.2 Verdighet og fravær av verdighet ved tvang

I følge Bergbom (2013) er verdighet noe gitt i egenskap av å være menneske. Det er iboende i alle mennesker og skaper en følelse av mening og verdi. Verdighet er et grunnleggende etisk ideal, som får betydning for hvordan sykepleiere viser omsorg og handler på en ideell og respektfull måte (Bergbom, 2013). Eriksson (2015) beskriver verdighet som en grunnleggende moralsk holdning, der det dype etiske motivet i omsorgen handler om respekt for menneskets absolutte verdighet. Dette innebærer indre frihet og ansvar for eget og andres liv.

I studiet fikk sykepleiere formidlet sine opplevelser til begrepet verdighet ved bruk av tvang. Funnet i studiet viser at sykepleierne var delt i sin forståelse. Enkelte sykepleiere formidlet at det var vanskelig å identifisere sine handlinger med verdighetsbegrepet i utøvelse av tvang. Handlingene ble forklart som et tiltak for å komme i posisjon til å kunne hjelpe. De kunne derfor ikke se hvordan verdighetsbegrepet passet inn i situasjoner med tvang.

Eriksson (2015) beskriver det å bli fratatt alt ansvar, som fratagelse av verdighet. Ut ifra Erikssons beskrivelse om fratagelse av verdighet, får man en forståelse for sykepleiernes opplevelse av tapt verdighet ved bruk av tvang. Dette støttes også av Bergbom (2013) som hevder at om alt tas fra pasienten og ikke han eller hun har noe ansvar er dette en krenking av pasientens verdighet. I følge Alvsvåg (2014) handler sykepleie om å kunne styrke pasientens verdighet og integritet i situasjoner med tvang. For å ivareta pasienters integritet og verdighet bør sykepleiere besitte kompetanse, holdninger og tid til å kunne se den enkelte pasient (Alvsvåg m.fl. 2014). Hva som er verdighetsbevarende holdninger beskriver Eriksson (2001) i sin omsorgsteori der menneskelig verdighet er å akseptere menneskets plikt til å tjene med kjærlighet. I studiets resultater var det sykepleiere som beskrev verdighet som en viktig del ved tiltakene ved bruk av tvang. I situasjoner som krevde bruk av tvang fra sykepleiere ble ord som «opptre med respekt» og «informasjon» brukt for å beskrive hvordan pasientens verdighet kunne opprettholdes i situasjonen.

Gjennom handlinger kan sykepleiere vise respekt for sin egen og medmenneskers verdighet. Ved å gi informasjon om situasjonen og behandling kan pasienter selv medvirke og ta ansvar i egen behandling. Dersom pasienter oppdager mangel på informasjon, kan de oppleve sinne og sårhet, og dermed føle at de har fått krenket sin verdighet. Sykepleiere bør være bevisst på at innleggelse i psykiatrisk sykehus, kan oppleves nedverdiggende, og derfor også som en krenkelse av verdighet. Tvang er en balansekunst mellom kunnskap og forståelse av menneskelige verdier, verdighet, lidelse og forklaring av ens forståelse av livet. Sykepleieres omsorgsfilosofi er basert på å lindre menneskelig lidelse gjennom omsorg (Wertheimer, 1993). I relasjonen til pasienter kan verdighet ved utøvelse av sykepleie beskrives som hederlige og rettferdige handlinger. Det handler om få pasienten til å føle seg verdsatt, respektert og forstått (Skærbæk m.fl. 2013). Sykepleie handler også om å finne en balanse mellom å hindre pasienten fra skader, samtidig som pasientens frihet til selv å kunne handle blir ivaretatt (Alvsvåg m.fl. 2013). For at pasienten skal kunne kjenne sin verdighet bekreftet bør sykepleiere utøve sine handlinger med holdninger som fremmer pasientens opplevelse av å føle seg troverdig, elsket, sett og betraktet som noen. Å være noen og kjenne seg betydningsfull gjør at ens egen verdighet bekreftes. Å være noen innebærer i denne sammenheng å bli sett, å bli trodd på, bli lyttet til, og bli tatt på alvor, slik at man får oppfylt menneskets psykososiale behov. Respekt er noe man ønsker å bli møtt med i relasjon til andre mennesker, gjennom å kjenne seg bekreftet som den unike person man er og alltid har vært (Eriksson, 2015). Det ble gjort funn i studien som understøtter verdighetsbegrepet ved bruk av tvang. Sykepleiere formidlet hvordan verdighet kunne tilføres ved å opptre med respekt, trygge pasienten og dele av sin faglige kompetanse. Det ble samtidig gjort funn som ikke støtter foregående utsagn, verdighetsbegrepet kunne da ikke ses i sammenheng med bruk av tvang.

Funn i studie viser at pasienter ble utsatt for krenkende opplevelser ved bruk av tvang. Hard og grensesettende stemmebruk, samt avvisende holdninger til pasienten ved stimuli begrensning, nevnte sykepleiere som krenkende opplevelser av pasientens verdighet.

En slik behandling kan oppleves som ytterst krenkende for pasienten. Verdighet fins når man fortsatt opplever at man betyr noe, og man kan leve på en måte som gir en følelse av velbehag. Den verdighet og selvoppfatning er sterkt knyttet til ønske om å klare seg selv og bevare sin uavhengighet, selvstendighet og frihet, samt å ha kontroll og ikke være til byrde

for samfunnet. Det kan oppleves som en skam å ikke kunne leve opp til selv å mestre normer som renslighet, hederlighet og redelighet (Skårbæk, 2013). Når pasienter blir betraktet og behandlet som andreklasses mindreverdige individer krenkes menneskeverdet. I situasjoner der menneskeverdet krenkes, krenker også sykepleiere menneskeverdet i seg selv ved å krenke lidelse. Ved å ikke respektere og anerkjenne pasienten i sårbare situasjoner kan pasientens autonomi gå tapt og faren for krenkelse ved tvangsinnleggelse oppleves traumatiserende for pasienten (Norvoll, 2016). Det ble gjort funn i studiet som viser at pasienters verdighet ble krenket ved avvisende holdninger og hard og grensesettende stemmebruk.

Sykepleiere bør derfor ha en reflektert holdning til hva som kan oppleves krenkende for pasienten. Ved at sykepleiere gjennom handling og holdninger viser medmenneskelige egenskaper, der ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet står i sentrum for samhandling, vises respekt for pasientens egenverd og autonomi. For at pasienten skal kjenne sin verdighet bekreftet bør pasienten oppleve seg troverdig, elsket, sett og betraktet som noen. Det å ikke bli sett, kan oppleves som krenkende og kan skape en følelse av skam og skyld (Bergbom m.fl. 2013). I situasjoner der sykepleiere er fokusert på egne behov, og i mindre grad ser pasientens behov, blir resultatet et sviktende ansvar, som også kan resulterer i en krenkelse av både pasientens og sykepleieres verdighet. Ved at sykepleieren virkelig ser pasientens lengsel etter trøst, å bli lyttet til, til å bli trodd på, og våger å møte dette og ta sitt ansvar, bevarer sykepleieren sin egen og pasientens verdighet. I omsorgsrelasjonen til pasienten er det viktig å bli sett som den personen man er. Det er også viktig at sykepleiere alltid ser helhet og den verdigheten som finnes i hvert menneske (Eriksson, 2015). I sykepleie skaper kulturelle røtter og etisk tilhørighet en viktig grunn for opplevelse av verdighet. Verdighet kan bygges opp av forskjellige verdier som påvirker hvert menneske ulikt. Verdighet må derfor relateres til personens samhörighet i samfunnet som posisjon, makt, ære, rykte og anstendighet (Bergbom m.fl. 2013). Eriksson (2015) beskriver selvstendighetstanken som en viktig del vår kultur. Det innebærer å kunne ta egne selvstendige valg basert på menneskets egne verdier. Ved at sykepleiere ser den enkelte pasient, bør sykepleiere respektere mennesket som noe unik og enestående med egne meninger, tanker og følelsesregister. For at sykepleiere skal få kunnskap om hva som kan

krenke pasientens integritet bør sykepleiere vise en interesse og et engasjement i pasienten med respekt og verdighet.

Martisen (2012) beskriver verdighet ut i fra den relative verdigheten som kan endres og påvirkes av kultur og samhold. Denne formbare verdigheten har en indre og ytre side som påvirkes og kan endre seg gjennom hele livet. Den indre relative verdigheten utgjør en kilde av omsorgen som omfatter den etikk, moral og normer i mennesket. Den ytre verdighet viser seg gjennom tilnærming og handlinger som tilpasser seg ulike situasjoner og sammenhenger. I sykepleie bør tilnærming ha sin forankring i etikk for å ivareta pasienten psykososiale behov. Sykepleiere bør også ha et helhetlig syn på mennesket og respekt for menneskets integritet og rettigheter. På denne måten kan sykepleiere møte sin pasient med verdighet. Pasienten vil da kjenne sin verdighet verdsatt, få bekreftet sitt egenverd og motta respektfull anerkjennelse av hvem hun eller han er. Dette er ifølge Martisen (2012) det overordnede verdigrunnlag for all omsorg.

Omsorgstiltak ved tvang bør forutsette etiske refleksjoner hos sykepleiere i forhold til hva tvang er og hvilke konsekvenser tvang kan medføre for pasientene. Tvangsintervensjon utført av sykepleierne har til hensikt å bidra til at pasienten opplever sin akutte sykdomssituasjon ivaretatt og at det blir gitt nødvendig behandling. Tvang fører til reduserte valg og handlingsmuligheter for pasienten. Derfor bør samhandling være basert på respekt, empati og medfølelse fra sykepleierens side for at pasienten skal kunne oppleve intervensjonen som hensiktsmessig. Sykepleiere må se «hele» mennesket og reflekterer aktivt over hvordan tvangsbruken utøves og kan oppleves for pasienten. Sykepleiere bør hindre at pasienten får en opplevelse av å ha mistet all kontroll, tap av sin autonomi og verdighet, samt følelse av avmakt, skam og krenkelse. Sykepleiere bør ha en reflektert holdning til menneskets livssituasjon og interesse slik at pasienten unngår opplevelser der man ses som en diagnose eller noe sykt. Ved at sykepleiere har respekt for pasienten kan følelser som mindreverdigheit bli erstattet med likeverd, slik at gode prosesser der autonomi og selvspekt blir ivaretatt.

Oppsummert blir informasjon til pasienter ansett av sykepleiere som en viktig del av verdighetsbegrepet. Sykepleiere formidlet også at verdighet ble tilført ved å opptre med respekt og trygge pasienten, samt dele av sin faglige kompetanse. Samtidig ble det gjort

funn som ikke underbygget disse utsagn. Dette har en sammenheng med at informantene var delt i sin forståelse av verdighet til bruk av tvang. Dette kom til uttrykk i funnene ved at det ikke var verdighet i å anvende tvang på pasienter som for eksempel ved bruk av belter. Tvang ble forklart som en måte å møte pasienten på for å komme i posisjon til å hjelpe.

6.3 Tvang en bevegelig holdning

Kompetanse i sykepleie bør anses som et sentralt og viktig satsningsområde for å utvikle faglig forståelse til utøvelse av sykepleie. Kompetansen bør bestå av holdning, klinisk kunnskap og praktiske ferdigheter i møte med pasienten. Det handler om å ha en kunnskap om hvordan sykepleie skal anvendes i forståelse av hvordan pasienten har det (Hummelvoll 2012). Kompetanse er særlig viktig i situasjoner der pasienter viser aggressiv adferd. I slike situasjoner bør sykepleiere være i stand til å kunne tolke signaler, vise fasthet samtidig som pasienter opplever å bli anerkjent. Hvordan sykepleiere skal møte pasienter med utfordrende adferd er ifølge Wertheimer (1993) en læringsprosess. Valg av ord, moralske holdninger og relasjoner bør utgjøre en del av sykepleieres kompetanse i den hensikt at sykepleieres møte med aggressive pasienter blir håndterbart.

Funn i studiet viser at nyutdannede uten erfaring eller som ny i lukket post har utfordringer med å forstå behandlingsmetoder som for eksempel skjerming. Flere nyutdannede sykepleiere uten erfaring eller nyansatte i en lukket post opplever at skjerming er en form for straff og føler derfor at frihetsberøvelse er utfordrende.

Sykepleiere som er nyutdannet eller ny i en lukket post kan oppleve tvang som et overgrep mot pasientens autonomi og selvbestemmelses rett. Bruk av tvang kan oppleves etisk utfordrende og vanskelig å utøve i situasjoner der bruk av tvang innebærer å handle mot individets autonomi. Dette kan føre til indre verdikonflikter i hvordan sykepleie skal utøve i situasjoner der pasienter viser en utfordrende adferd. Nye sykepleiere kan reagere med «sjokk» på tvangshandlinger som medfører bruk av mekanisk tvang eller skjerming, og dermed tolker handlingene som en form for straff istedenfor behandling.

Sykepleie handler om å fremme helse og hjelpe de som er utsatt for lidelse, der omsorg står sentralt for all utøvelse av sykepleie i en relasjon. Sykepleie i en omsorgsrelasjon bygger på indre verdier om å ville den andre noe godt, ved at pasienten føler seg sett, hørt og berørt

bør sykepleiere ha en sansning og en ydmyk holdning til pasientens sårbarhet (Martinsen, 2012). Sykepleiere som jobber med tvang i det daglige opplever og beskriver bruken av tvang som særlig vanskelig i forhold til skjerming og ved mekanisk tvang. I beslutningsprosesser der sykepleiere skal håndtere pasienter med aggressive adferd oppleves tvang som et etisk dilemma. Sykepleiere forklarer utfordringene som en indre konflikt i situasjoner der man venter mellom å ta kontroll over pasienten eller skal forsøke å tilføre mestring i situasjonen. Det er ofte vanskelig å vurdere pasientens beste i forhold til medpasienter i samme avdeling og øvrig personale. Alternativene medfører ulemper og fordeler fordi de er i konflikt med sykepleierens egne følelser av faglig, juridisk, etisk og personlig ansvar for å beskytte pasienten og andre medpasienter. Mangel på strukturert bevissthetspraksis og retningslinjer øker presset på konflikten og de etiske dilemmaer blant sykepleiere. Sykepleieetikken legger vekt på respekt for pasientens selvstendighet og verdighet ved å fremme valgfrihet som blir en motsetning til paternalistisk praksis. Sykepleiere har som oftest et indre ønske om å utvikle et terapeutisk forhold til sine pasienter. Troverdighet og tillit ses som grunnleggende verdier i dannelsen av en relasjon, som bygger på etiske verdier i forholdet mellom sykepleiere og pasienter. Dette forholdet kan lett undergraves ved bruk av skjerming og mekanisk tvang (Kontio, 2010).

Bruk av tvang er regulert i flere lover, der i blant pasient og brukerrettighetsloven, helsepersonell loven, helse og omsorgstjenesteloven og psykiskhelsevern lov for å sikre forsvarlige tjenester overfor pasienter. Sykepleiere beskriver en kompleksitet av tvang i praksis, som omhandler en usikkerhet i forhold til når det er lov å ta tvang i bruk og når det er riktig å bruke tvang (Husum, 2011). I situasjoner med mekanisk tvang må sykepleiere ofte håndtere aggressive, voldelige eller utfordrende adferd. For å kunne ivareta sikkerheten og hindre skade bruker sykepleiere mekanisk tvang og isolasjon som intervensjon. Tilsvarende ser man fellestrekk i pasienters opplevelser ved bruk av mekanisk tvang og isolasjon. Tvang kan gi pasienter traumatiserende opplevelser. Når pasienten forstår at mekanisk tvang eller isolasjon kommer til å bli anvendt, kan økning i pasientens angst, frykt eller sinne forekomme slik at man får en opptrapping av situasjonen (Duncan m.fl. 2010). Tvang tar bort individets selvtillit, begrenser retten til å ta egne beslutninger og tilfører individet mindreverd (O'Brien m.fl. 2003). Funn i studiet understøtter at nye sykepleiere kan oppleve tvangshandlinger som en form for straff. Dette gir en forståelse av kompleksiteten og den

sammensatte verdikonflikten som utspiller seg i sykepleiernes indre ved utøvelse av tvang. Kontio (2010) forklarer personalet holdninger til bruk av tvang som etisk vanskelig, spesielt ved bruk av skjerming og mekanisk tvang. Den indre konflikten hos personalet omhandler «skal man skjerme eller anvende mekanisk tvang, eller skal man ikke benytte noen av delene». Begge valgene medfører fordeler og ulemper som skaper indre konflikter i egne følelser hos personalet. Sykepleieetikk bygger på respekt for individets autonomi og vektlegger valgfrihet som en viktig del av verdighetsbegrepet. Dette medfører at tvangshandlinger skaper motstridende følelser i vår indre verdi i medmenneskelighet. Likeledes støtter studiets funn kompleksiteten av motstridende følelser ved bruk av tvang. En statisk holdning blant sykepleiernes beslutning om bruk av tvang viser seg å være mest påvirket av om sykepleiere anser det for å være skadelig for pasienten og effektivt dempe og hindre skade på andre, snarere enn bekymring for sykepleiernes egen sikkerhet (Bower m.fl. 2007). I prosesser ved bruk av mekanisk tvang og skjerming er sykepleiere sterkt involvert i beslutningstaking når pasienter viser aggressiv adferd. Sykepleiere har tidligere beskrevet hvordan etiske dilemmaer påvirker prosessen i form av personlig moral, verdier og følelser. I forhold til verdikonflikter utspiller det seg en kamp i det indre, der pasientens autonomi og rettigheter ble vektet mot sykepleieres paternalisme til å gå å ta kontroll i situasjonen. Sykepleiere har også formidlet at de i etterkant av episoder ved isolasjon eller mekanisk tvang har kjent på indre konflikter i avgjørelsen om bruken av mekanisk tvang og isolasjon og en følelse av å ha sviktet for å ikke finne alternative løsninger (Duncan m.fl. 2010). Sykepleiere har behov for å bli motivert og få tilført kunnskap om dypere forståelse av årsaker til pasienters aggressive adferd, samt bruk av alternative metoder i intervensjoner ved skjerming og mekanisk tvang i hensikt å skape en mer human omsorg som er åpen for andre alternativer. Ved å undervise eller opprette temagrupper for sykepleiere i alternative metoder kan overfall, skade på pasienten eller annen skade forebygges. Hensikten er å implementere tiltak i praksis som kan redusere bruken av tvang som intervensjon og samtidig skape forståelse for når tvangsbruk er uunngåelig. Tema som klinisk lederskap, og endringsledelse, samt utvikling av en god terapeutisk relasjon må ses som en forutsetning for utfallet til både utredning, behandling og oppfølging (Kontio m.fl. 2010). Det ble i studiet ikke funnet utsagn som setter fokus på klinisk lederskap eller endringsledelse, men det ble gjort funn i studie som støtter utvikling av terapeutisk relasjon til pasienten.

Funn fra studiet viser at sykepleiere som ikke har erfart eller jobbet med tvang må gis rom for refleksjon. Sykepleiere må være åpen og snakke om hva de selv tenker, spørre andre om hva de tenker og føler rundt temaene, slik at refleksjon innen området skjer i relasjon med annet fagpersonell.

Alle juridiske, etiske og kliniske problemstillinger knyttet til profesjonell identitet og det terapeutiske forholdet, samt rollebetydning krever utforskning, utvikling og implementering av alternative måter å behandle aggressiv atferd (Norvoll m.fl. 2015). Systematisk refleksjon og kritisk refleksjon kan bidra til kunnskap for praksis. Gjennom refleksjon og bevisstgjøring av egne handlingsmønstre kan det skape rom for utvikling og samarbeid. Ved å stille spørsmål kan man selv stimulere til bevisstgjøring og refleksjon (Martinsen, 2012). Å dele felleskapets rom er en forutsetning for at sykepleiere skal kunne skape mening i felleskap med andre. Ved å vise ydmykhet og være i kontakt med sin egen sårbarhet muliggjør dette for felles forståelse og mening. Gjennom dialog kan gjensidig forståelse oppstå, som kan medføre at en konkret hendelse kan utvikle seg til en livsforståelse. Sykepleiere bør være gjensidig forberedt på endring og ny forståelse. Rollen «sykepleier» kan ha behov for relasjoner til annet fagpersonell innen samme fagområde for å skape mening i en eksistensiell vanskelig livshendelse, denne meningen kan ikke skapes i ensomhet (Bergbom m.fl.2012). Dette samsvarer med funn i studien gjennom uttrykte behov for kollegasamtaler og kollegastøtte i utviklingen av kunnskap og forståelse til temaet. Lindström m.fl. (2003) forklarer utvikling av ny forståelse mellom omsorgsvitenskap og klinisk praksis som et visuelt tre. Stammen er av ethos, caritas og begrepet omsorg, hovedgreinene er av omsorgens grunnbegreper menneske, lidelse og helse. På hovedgreinene sitter grenverket som utgjør den virkelige virkeligheten og ytterst sitter bladene, det kontekstuelle. Det kan genereres kunnskap fra alle deler av treet, fra et blad helt ytterst en tanke, en hendelse. Når man ved å hjelp av teorien får det nødvendige begrepsapparat, samt en teoretisk tilnærming og metode kan man trenge inn i fenomenet og finne dens kjerne og dermed utvikle og utvide forståelsen. Selve tilegnelsen er en dannelse i sitt indre «meg selv» som er en indre prosess i tanker og følelser. Gjennom forståelse og tolkning av det vi ikke forstår, gjør man noe til sitt eget. Det nye vil da bli personlig. Først når man forstår noe og gjør det til sitt eget vil det komme til uttrykk i tanker, ord og handlinger. På denne måten er ethos et sett av normer og verdier som er styrende, eller som har innvirkning på våre valg og handlinger. Det dreier seg om en moralsk vilje, der hensikten er å handle til den andres beste (Lindström m.fl. 2003).

For å bedre beslutningsprosesser og unngå fast tvangspraksis er fleksibilitet og støtte fra fagpersonell vektlagt som viktige faktorer ved vanskelig og komplekse situasjoner. Etisk teori og moralske overveielser kan støtte faglig kompetanse og fleksibilitet. Ved å øke sykepleieres bevissthet og evne til å beskrive sine forutsetninger og årsaker for å handle. Dette kan bidra til å skape en reflekterende kultur til tvangspraksis og stimulere til en «løsningsorientert kultur» (Norvoll, 2016). Funn i studien underbygger viktigheten av å utvikle fellesforståelse til tenkning og intervensjoner i en temagruppe. I temagruppen kan sykepleiere med erfaring tilføre kunnskap og forståelse til tema. Ved å tilføre «samtaler» der bekreftelser og tilbakemeldinger fra erfarne sykepleiere utveksles kan kunnskap og forståelse tilføres temaet. Tilsvarende kan nye sykepleiere tilføre temagruppen ny kunnskap og nye perspektiver på området.

Funn i studiet viser at sykepleierne hadde eksempler der skjerminger og mekanisk tvang kunne ha vært unngått dersom rammebetingelser hadde vært tilrettelagt bedre for pasienten. Oppbyggingen av avdelingen med god, trygg og erfaren bemanning ble vektlagt som viktige faktorer for utøvelse av riktig bruk av tvang.

En kilde til motivasjon ved refleksjon og utviklingsarbeid kan nås gjennom verdibasert ledelse og økt fleksibilitet på tvangspraksis. Tvang innebærer både individuelle og institusjonelle etiske aspekter. Ved å systematisk tilrettelegge for moralske tanker og meninger kan man bidra til å forbedre personalets bevissthet om etiske dilemmaer og moralsk kompetanse. Dette kan føre til konfliktløsning på et lavere nivå uten tvangsintervensjon. Tverrfaglig samarbeid kan forsterkes ved etisk dialog, moralske overveielser og normative kriterier som kan føre til reduksjon og kvalitetssikring av tvang. Økt faglig kompetanse ved å inkludere psykiatriske sykepleiere med relevant erfaring og personlig egnethet kan sikre pasienten ved at man legger større vekt på tid, informasjon og dialog med pasient og pårørende (Norvoll, 2016). Dette samsvarer med studiets funn ved at flere av informantene hadde et etterlengtet ønske om tryggere og mer stabilt personale med høy kompetanse og erfaring. Informantene fortalte i sine intervjuer om negative opplevelser med bruk av makt i situasjoner som omhandlet tvang. Enkelte av informantene formidlet at det hadde ført til dårlig samvittighet i etterkant av endt arbeidsdag. Rollekonflikter ble påpekt i form av diffuse retningslinjer mellom sykepleiere og assistenter, som førte til ulike tvangsintervensjoner overfor pasienten.

Gjennom å etablere en tradisjon for samarbeid for å sikre beslutningsprosesser ved tvang kan det utvikles en arbeidskultur med fokus på personalets holdninger til pasienter og bevisst unngå paternalisme og restriksjoner. Ved å legge til rette for frivillige løsninger gjennom å forbedre personalets ferdigheter til å forhandle, samt øke fokus på samhandling og kommunikasjon kan det fremme alternative tiltak til bruk av skjerming og mekanisk tang. Gjennom å motivere og fremme kollegiale diskusjoner om bruk av tvang kan sykepleiere unngå vilkårlige beslutninger (Norvoll, 2016). I et større prosjekt «Brukerorientert alternativ til tvang i sykehus» deltok seks sykehus for å øke brukermedvirkning, kvalitetssikre og redusere bruken av tvang i mottaksavdelinger. Ved å legge vekt på behandlingsrelasjon skulle personalet vise en omsorgsfull holdning med anerkjennende tilnærming i møte med pasienten. Gjennom å innføre en ny skjermingsfilosofi fikk pasientene en mer aktiv rolle. Hensikten var at dette skulle lede til håp og mestring om restitusjon for pasienten. Alternative tilnæringsmetoder som brukermedvirkning, tid, relasjon, kommunikasjon og trygghet ble tatt i bruk for å motvirke fysisk makt for samtidig erstatte det med lempelige midler. Det viste seg at ulike alternativer til tvangsbruk ble mottatt av personalet med varierende karakter. Noen avdelinger var mer positivt innstilt en andre, men generelt sett var alle avdelinger ambivalent til målsetningen om å redusere bruk av tvang. Enkelte sykepleiere var motstandere til endringen og ønsket derfor ikke nye intervensjoner. Dette kan ses i sammenheng med Vatne (2012) som hevder at pasienter ikke anklager enkeltpersoner, men systemet. Det er psykiatrien satt i system som gir seg selv rett til å utøve makt og der igjen til tvang ovenfor pasienter. I prosjektet «Brukerorientert alternativ til tvang i sykehus» vektla personalet gode og hensiktsmessige lokaler, gjennomgang og debrifing som viktige intervensjoner for sitt arbeid. Prosjektet viser at det ble gjennomført flere intervensjoner i enkelte avdelinger enn i andre avdelinger. Intervensjonene bestod av dialogbaserte metoder, gruppetilbud til pasienter for å skape brukermedvirkning, nettverkssamlinger for å styrke samarbeid mellom pasienter og personalet og refleksjonsgrupper der pasienter ble inkludert i undervisningen. Studiets funn i «Brukerorientert alternativ til tvang i sykehus» viser at gjennom implementeringen av tiltakene som studien fremmet kan benyttes for å utvikle holdninger og kultur som fremmer alternative behandlingsforløp for pasienten.

Funn i fra studien viser at holdninger med jevne mellomrom påvirkes av media og interne prosesser i sykehuset. Tilførsel av ny kunnskap og forståelse kan føre til endringer i tenkning og holdninger til temaet, dette gjør at holdninger ikke kan ses som statiske, men som bevegelige holdninger.

I senere tid har fagutviklingsprosjekter lagt mindre vekt på kontroll, fysisk makt og pasifiserende grenser ved skjerming. Nye tilnæringsmetode med anerkjennelse og dialogbasert konversasjon har ført til økt fokus og bruk av individuell og dynamisk stimuli moduleringer som fysisk aktivitet i form av tur i frisk luft, utetid og åpen dør til skjermingsrom. Dette har også ført til et økt fokus på tverrfaglig samarbeid mellom behandlere og miljøpersonalet, samt relasjonsbygging og oppfølging av pasient på skjermingsrom i hensikt å fremme pasientens brukermedvirkning og påvirkning av egen behandling (Norvoll m.fl. 2015). Lovisenberg sykehus er en av institusjonene som har utført en studie for å redusere bruken av tvang. Studiet ble utført i perioden 2013 til 2014. Ved innleggelse ble nye rutiner i kartlegging av risikofaktorer innført. Det ble lagt vekt på brukermedvirkning slik at pasienter selv fikk bidra med egne erfaringer, råd og meninger. Dette førte til endringer i personalet holdninger ved økt fokus på samarbeid med pasienten. Simulering ble tatt i bruk for å tilføre mestring til pasienter, samt reflekterende samtaler som hadde til hensikt å dempe frustrasjon og forebygge aggresjon. Resultater fra studien viser at tvangsbruken ble redusert til 19 vedtak mot 44 vedtak i 2012 (Tvangsforsk, 2014). Ved å forbedre personalets bevissthet og kunnskap om etikk, pasient og brukers menneskerettigheter kan generelt kvaliteten på omsorgen forbedres og ytterligere redusere bruken av tvang. Det er behov for kunnskap om hvilke prosesser og faktorer som fører til tvangsintervensjoner. En av grunnene til dette kan være fordi helsepersonell besitter ulik forståelse og holdninger til tvang. Holdninger i personalet kan deles i tre ulike kategorier; «kritisk holdning», «pragmatisk holdning» og «positiv holdning». Den kritiske holdningen er mer kritisk til bruk av tvang, slik at fokus blir å redusere bruken av tvang. Tvang oppfattes da som mer potensielt skadelig og støtende mot pasienter og kan derfor bryte forholdet mellom omsorgspersonen og pasient. Pragmatisk holdning fører til økt fokus på bruken av tvang som sikkerhetshensyn der bruken av tvang oppfattes som å gi omsorg. I denne oppfatningen anses ikke bruk av tvang for å være positiv eller ønsket, men nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. Andre aspekter i denne holdningen er antakelsen om at når folk

er i en krise, må de noen ganger ta vare på andre. Denne posisjonen representerer noen elementer av mild paternalisme, som anses for å ta vare på noen. Positiv holdning representerer et syn på tvang som behandlingsintervensjon. Denne holdningen har størst tro på bruk av tvang. Holdningen representerer et sterkt element av paternalisme, der paternalismen betraktes som en behandlingsintervensjon. «Kritisk-», «pragmatisk-» og «positiv holdning» samsvarer med funn i studien til Husum (Husum, 2011). I intervjuene ble «kritisk holdning» til tvangsbruk representert i form av dialog, mat og drikke for å roe situasjonen i den hensikt å unngå beltelegging eller skjerming. «Pragmatisk holdning» ble presentert ved at unge rusmisbrukere med uartig adferd ble skjermet eller lagt i belter. «Positiv holdning» ble presentert i form av; mye omsorg i det å skjerme pasienten.

Når personalet besitter ulike holdninger til tvangsbruk kan diskusjonen utarte seg slik: «Kritisk holdning» til bruk av tvang kan ytterligere reduseres ved å gi mer tid og personlig kontakt til pasienten. Nedskjæring i ressursbruk ses da som en årsak til økning av tvangsintervensjoner og dette medfører ytterligere krenkelser av pasientenes integritet. Ved å anvende mye tvang i behandlingen kan dette føre til skader på det terapeutiske forholdet. Bruk av tvang ses da som en erklæring og svikt fra den psykiske helsetjenesten. «Pragmatisk holdning» vil si å anvende tvang som sikkerhetstiltak, der tvangsbruken i seg selv ses som omsorg og beskyttelse. Tvang benyttes da for å forhindre utvikling av farlige situasjoner og ses som et nødvendig tiltak for beskyttelse. Ved at sykepleiere er i besittelse av en «positiv holdning» til bruk av tvang, har de utviklet en lavere terskel for bruk av tvang, samt en holdning til at tvang bør brukes mer i behandling. Tvang ses da som en nødvendighet i situasjoner der pasienten ikke lenger har sykdomsinnsikt eller viser aggressiv framtoning.

Ved at sykepleiere besitter ulik forståelse og holdninger til intervensjoner ved bruk av tvang medfører dette ulike behandlingsforløp for pasienter som er i behandling. Ved å tilføre kunnskap om intervensjoner der bruken av de potensielt skadelige effektene av tvang, kan mer kritisk refleksjon utvikles. Ved å øke personalets bevissthet om etikk og reaksjoner på de potensielt skadelige virkninger, kan dette utgjøre en betydning for tiltak der man ønsker å redusere bruken av tvangsmessige tiltak. Disse egenskapene kan utvikles gjennom utdanning, oppfølging av ansatte og i temagrupper med formål å diskutere blant annet etiske problemstillinger (Husum, 2011).

6.4 Tvangsbruk ved fravær av omsorg

I 2006 uttalte organisasjonen Mental Helse Norge; «det skjer en overdreven, ofte unødvendig, og etter vårt syn ulovlige bruk av tvangsinnleggelse og tiltak innenfor det psykiske helsevesenet i Norge». Helse og omsorgsdepartementet (2012) formidler at det er et overordnet mål å redusere bruken av tvang. Fokus skal rettes mot forebygging, samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten, helhetlige pasientforløp og alternative frivillige løsninger basert på mest mulig likeverd mellom brukere, pårørende og helsepersonell.

Funn i studiet viser at noen bruker mekanisk tvang for sikkerhetsskyld og noen gjør det basert på tidligere epikriser i journalen. Studiet viser også at stigmatiserte pasienter kan bli liggende lenger i belter enn nødvendig. Dette ble forklart med at noen sykepleiere kan ha en oppfatning om at denne typen pasienter ikke har like stor samfunnsmessig verdi i forhold til andre.

Pasienter med en alvorlig psykisk lidelse kan utvikle sårbarhet, som medfører at de trekker seg bort fra samspill med andre mennesker. Grunner til dette kan ha ulike årsaker. For eksempel kan de ha en annen oppfatning av virkeligheten. Dette kan henge sammen med psykose, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Andre grunner kan være at pasienter har utviklet en spesiell adferd. Dette kan oppleves avvikende og utfordrende på andre medmennesker. Noen pasienter kan komme med sterke verbale utsagn og samtidig vise en fysiske truende adferd. Dette kan oppleves skremmende og farlig i forholdet til andre mennesker. Fysiske angrep og utagerende adferd er vanligvis ikke en vedvarende tilstand. Det handler om sårbare mennesker som utøver voldsadferd i situasjoner som krever samspill med andre (Vatne, 2006). Skjerming og mekanisk tvang benyttes som behandlingstiltak ved voldelig atferd for å kontrollere pasientens adferd. Tvang benyttes også for å forhindre pasienten i å skade seg selv eller fjerne pasient fra situasjoner som kan framprovosere paranoid tenkning, samt redusere overstimulering (Heiko m.fl. 2003). I møte med aggressive pasienter kan situasjonen utarte seg til kaotisk og skremmende for både personalet og med pasienter. Ved å bruke tvang får personalet kontroll og dermed økt sikkerhet i avdelingen. Frykt kan derfor være en drivkraft i beslutningsprosessen om bruk av tvang. Når bruken i hovedsak er følelsesdrevet, kan flere intellektuelle funksjoner som verdier og holdninger bli satt til side (Husum, 2011). Funn i studiet understøtter dette. Flere av informantene hadde

opplevelser der de mente at det ble utført unødvendig hard bruk av makt og tvang mot pasientene. Å praktisere sykepleie i et psykisk akuttmottak innbefatter ofte å sette begrensinger for pasientens handlinger eller ta beslutninger. Avgjørelsene om tvangsbruk rettfærdiggjøres ofte med «pasientens eget beste» som viser paternalistiske holdninger blant sykepleierne.

Det er en konseptuell forskjell mellom tvang og paternalisme. Tvang innebærer bruk av makt og myndighet over et annet menneskets autonomi. Noen tvangshandlinger synes ikke å være til pasientens beste, spesielt i situasjoner der behandlingen innebærer beltelegging og pasienten fratras retten til å påvirke egen behandling. I situasjoner der sykepleiere mangler forståelse og ikke kan skille mellom tvang og paternalisme utgjør dette betydning for konsekvensene av etisk beslutningstaking. Ved at sykepleiere etisk rettfærdiggjør tvangshandlingene med «det er til pasientens eget beste» uteblir anerkjennelse fra situasjonen. Paternalisme blir da benyttet som en etisk rettfærdiggjøring for tvangshandlingene, som bør sees som feilaktig, da paternalisme ikke kan rettfærdiggjøre en etisk begrunnelse for tvang (O'Brien m.fl. 2003). Behandling med bruk av beltelegging har også vist seg å forekomme når personalet er usikre på om pasienten kan være farlig. Usikkerheten viser seg å være størst når samarbeidsrelasjonen eller alliansen med pasienten er svak eller pasienten er ukjent for personalet (Vatne, 2012). Funn i studiet underbygger at tvang kan bli benyttet som intervensjon på bakgrunn av tidligere epikriser i journalen. En av informantene formidlet at man kunne kjenne det på atmosfæren i posten når man kom på jobb. Det ble beskrevet som en redsel blant de ansatte, en angst som lå i luften og lagde en trykkende stemning i posten. Utrygg bemanningssammensetning ble gitt som begrunnelse for valgte behandlingsmetode. Behandlingsmetodene kunne være tvang i form av skjerming og bruk av beltelegging. Usikkerheten kunne påvirke beslutningen om hvilken behandlingsform som ble valgt. Det ble i denne sammenheng formidlet fra informantene at pasienter kunne ligge svært lenge i belter. Pasienter kunne for eksempel bli beltelagt tidlig om morgenen av nattevaktene og fremdeles ligge i beltene når nattevaktene kom på jobb i igjen påfølgende natt. Dette ble ansett av informantene som omsorgssvikt.

Samspillet mellom ansatte og pasienter påvirkes av flere faktorer, som personlige egenskaper og graden av paternalistiske holdninger hos de ansatte. Paternalisme kan også være en del av en bredere kultur på lokalt nivå. Tvister om «husregler» i avdelinger blir sett

på som en av årsakene til bruk av skjerming (Norvoll, 2007). For eksempel kan det være ulik oppfatning mellom sykepleierne for hva som er akseptabel adferd og hva som ikke er det. Dette kan resultere i at beslutningen om tvang kan variere basert på ulike oppfatninger om hva som tolereres av adferd. Paternalisme kan i disse tilfellene føre til flere konflikter og maktkamper mellom sykepleiere og pasienter. Sterk paternalisme og autoritær adferd synes også å være motstridende til moderne målsetninger hvor man søker å redusere bruken av tvang og styrke pasientens brukermedvirkning i egen behandlingen. Paternalisme er på denne måten en motsetning til brukermedvirkning og aktiv deltagelse for pasienter og skaper derfor holdninger og interaksjoner som øker bruken av tvang (Husum, 2011). For å motvirke paternalistisk tenkning bør sykepleiere ha et primært fokus på utvikling av et klinisk behandlingsmiljø. Ved tidlig oppstart av behandlingsplanlegging og identifisering av symptomer på utfordrende adferd, kan sykepleiere forebygge og redusere forekomster av konflikter for risikopasienter. Vurderingene innbefatter inkludering av tidligere aggressive episoder, juridisk historie, nåværende symptomer og atferdsmessig presentasjon. Vurderingen benyttes av sykepleierne til å planlegge omsorgsbehovet samtidig som man øker bevisstheten om pasientens voldsrisiko. Dette muliggjør riktig støtte og diskusjon med pasienten og kan bidra til større mulighet for at pasienten forblir i kontroll. Formålet er å samle informasjon som avgrensner hvilke tiltak som vil være mest nyttig for at pasienten skal bevare sin kontroll. Pasienten må aktivt involveres i problemidentifisering og omsorgstiltakene. Tidlige tegn på mulig fysisk forløp til angst eller sinne kartlegges for å øke fokus på de spesifikke handlingene pasienten finner nyttig for å forbli i kontroll og eller reduserer stress. Daglige samtaler må ha et spesifikt innhold som understreker viktigheten av å føle trygghet i miljøet. Den primære forebygging må utføres før pasienten kommer i en situasjon der pasienten ikke kan artikulere adferds alternativer på grunn av sin følelsesmessige tilstand. Sekundær forebygging er den elektive bruken av tiltak som er utarbeidet for å minimere eller redusere symptomer som viser tegn til en konflikt situasjon. Ved å utvikle en personlig plan med fokus på sikkerhet, kan pasienten ved å benytte planen aktivt være med på å bidra til et rolig og trivelig miljø. Sekundær forebygging er fasen der tiltakene som pasienten tidligere har identifisert som nyttige under en tid med redusert stress. Bruken av denne personlige planen i en eskalerende situasjon sikrer at pasienten mottar de tiltak som pasienten opplever er mest nyttig. Denne pasient sentrerte tilnærmingen kan bidra til pasientens velvære og verdighet opprettholdes (Lewis m.fl. 2009).

I situasjoner der personell opplever usikkerhet i forhold til pasienten, kan personalet velge å bruke en offensiv tilnærming gjennom opptrapping av bemanningen. Ved å trappe opp bemanningen synliggjør personalet sin fysiske makt til å gripe inn med tvangstiltak dersom det oppleves nødvendig. Hensikten med opptrapping av personalet, må sees som et tiltak for å skape og oppnå kontroll og mestring av situasjonen. Økning av personalet tilstedeværelse kan forsterke pasientens opplevelse av avmakt og overvåkning av adferd, som kan føre til emosjonelt stress som kan vise seg i endret adferdsmønster, som økt motorisk uro (Vatne, 2006). Det ble ikke gjort funn som understøtter identifiseringen av symptomer for å redusere og forebyggende utfordrende adferd. Studien støtter funn ved opptrapping av bemanning som forebyggende i situasjoner der pasienter viste aggressiv adferd.

Funn i studien viser at personell blir unødvendig hard mot pasienter, skubber de inn i rom, smeller igjen døren til rommet og setter foten foran den. Deretter kunne pasienten bli overlat til seg selv i lang tid.

I ettertid har pasienter i ulike studier fortalt om sine opplevelser til det å være skjermet. Det har fremkommet at de fleste av pasientene har følt seg skremt og sårbare på bakgrunn av å være skjermet, samtidig som de var bekymret for ikke å klare å beskytte seg selv. Det er også blitt formidlet opplevelser om engstelse, der de i sin pasientrolle var usikker på om de kom til å bli skadet. Det viste seg at pasienter ikke var klar over at bruk av skjerming var et terapeutisk tiltak, men så på det som en konsekvens av å ikke følge reglene for enheten eller å ikke gjøre det de ble fortalt at de skulle gjøre. Flere har opplevd rutinene som straff, der noen hadde også opplevd skjerming som skadelig. Ord som «ubehagelig» og «traumatisk» er blitt benyttet for å framstille det å ha vært skjermet, flere har formidlet at de kommer til å ha negative minner for resten av livet. Å være «bundet», immobile og hjelpeløse var de mest forstyrrende aspektene som fikk de til å føle seg dehumaniserte. De formidlet at følelser som det å være opprørt fremkalte engstelse, sinne og fiendtlighet hos personalet. Pasienter har i etterkant fortalt at de har følt på sinne og frykt, der de har opplevd seg mistrodd av personalet etter å ha vært skjermet. Dette har igjen ført til skade på behandlingsalliansen mellom pasienten og helsepersonalet. I etterkant hevder flere av de tidligere pasientene at bruken av skjerming kunne vært unngått. Likeledes er det også pasienter som har vært skjermet som formidler at det har vært berettiget. Pasienter som hadde psykotiske symptomer under skjerming, viste mer forståelse for at de hadde blitt skjermet. Noen trodde

at fastholdelsesanvendelsen hadde beskyttet dem fra å skade seg selv eller andre (Husum 2011). I noen tilfeller må grensesetting oppfattes som antiterapeutisk, ved at de virker så negativt inn på behandlingssituasjonen og på pasienten at det i slike tilfeller må sees som straff (Vatne 2012). Det understøttes av studiets funn at personell utfører antiterapeutisk behandling mot pasienter i form av unødvendig hard adferd blant sykepleierne.

Økt fokus på personalets holdninger og miljøterapi krever regelmessige kurs og opplæring av de ansatte. Sykepleiere bør ha regelmessige kurs i helselovgivning for å øke deres kompetanse. Ved å vektlegge forebygging og mestring av sinne, aggresjon og forstyrrende adferd kan personalet få økt fokus på respektfull adferd og human bruk av fysisk makt. I etterkant av tvangsepisoder kan det gjennomføres retrospektive samtaler med pasienter for å utvikle forståelse av pasientens opplevelser, forklare og oppklare bruken av tvang (Norvoll, 2016). Å bruke tvang, vil i betydningen si å grensesette en annen person i en relasjon. Dette forutsetter at man har makt, en reel makt over den andre i situasjonen. Man må også være villig til, og i stand til, å bruke makten i den hensikt å påvirke den andre i en bestemt retning. Tvangsmidler kan variere, men fellesbetegnelsen er at alle kan spesifiseres ved at personell bruker sterke maktmidler i hensikt å tvinge pasienten til å endre adferd eller stoppe uønsket adferd. Holde og nedlegge et annet menneske kan medføre fysiske skader, som blåmerker og beinbrudd som et resultat av fysisk tvang. Tilnærminger som er ment å forebygge og hindre pasienten i å blamere seg kan utvikle seg til invadering. Pasienten kan da oppleve det som at personalet utfordrer pasientens intimsone eller urørlighetssone. Fysiske, psykiske og sosiale grenser kan krenkes og gi pasienten en opplevelse av smerte og skam. Dette kan føre til motreaksjoner der sinne og utagering mot sykepleiere kan forekomme. Holdninger hos sykepleiere som krenker pasienten i situasjoner med tvang oppfattes som svært lite effektivt. Selv om intensjonen fra sykepleiere er ment som støtte og hjelp til pasienten kan tvangshandlingene føre til mer kaos og sterke følelsesutbrudd hos pasienten. Pasientens tilstand kan føre til vansker med å regulere og bevare kontroll over egen sinnsmessige tilstand. Ved at sykepleiere utstråler og signaliserer makt til pasienten i form av påbud, varsler og konfrontering kan det påføre pasienten ubehag med et pålegg om å underkaste seg det sykepleiere uttrykker. Ekstrem ubalanse i makt forholdet, samt legitimitet fra sykepleiers side til å anvende maktmidler som tvang, er pasienten «dømt» til å tape i en konfrontasjon. Ved å bruke fysisk makt kan det relateres til en vokterrolle som griper inn

med tvang når det blir vurdert som nødvendig. Rollen fører til situasjoner som ikke er basert på faglig rasjonale, men en makt som påfører pasienten sterkt ubehag og negative følelser som pasienten kan oppleve som straff (Vatne, 2012). Straff er ikke lovlig i henhold til norsk sosialhelselov (sosial og helsedepartementet, 1999) Skjerming i betydningen straff må derfor ikke sees på som behandling. Skjerming som «time-out» har pasienter i etterkant formidlet som opplevd straff. Undersøkelser om skjerming i Norge har vist at pasienter formidler opplevelser som er sammenlignbare med internasjonal forskning om «seclusion» som betegnes som isolasjon i Norge (Norvoll, 2007). Selv ved kortvarig bruk av tvang har pasienter rapportert psykologiske skader av deres erfaring (Duncan m.fl. 2010). Samtaler med pasienter flere år i etterkant av utskrivning opplever og beskriver skjermings situasjon sin som svært negativ (Vatne, 2012). Derfor kan det være spesielt viktig med strenge rammer og vurderinger ved rekruttering av sykepleiere til psykisk helsearbeid. Dette for å sikre at personalet er egnet til å arbeide med psykiatriske pasienter der behandlingsmetodikken blant annet er basert på en anerkjennende tilnærming til pasienten og som vektlegger minimal og riktig bruk av tvang (Duncan m.fl.2010). Dette understøttes av studiets funn. En av informantene beskrev hvordan ansatte kunne latterliggjøre pasienter. Det ble også påpekt at sykepleiere kunne ha manglende respekt for pasienten. Informanten mente at sykepleiere med en slik holdning burde hatt en annen jobb.

Funn i studien viser at pasienter som er veldig truende og dermed lagt i belter kan bli ignorert i lang tid. Dette har medført at pasient blir liggende i egen urin og avføring. Informanten uttrykket at lovmessig sees det ikke som feil at sykepleiere sitter på en stol i en korb og leser avisen og lar pasienten drive med sitt.

Utøvelse av tvang kan fungere og oppleves som straff. Ved at tvang blir benyttet i den hensikt at man ønsker å «tvinge» pasienten til å endre adferd ved å påføre ubehag for å få pasienten til å bli medgjørlig og ydmyk. Bakenforliggende motiver for denne type valg av tilnærming kan være motivert av hevn. Sykepleieholdninger som viser seg ved kald, distansert og urørlig adferd fremmer negative følelser og opplevelser i pasienten (Vatne, 2006). Funnet i studiet viser hvordan sykepleiere utøver og inntar en vokterrolle i sin relasjon til pasienten. Oppmerksomheten snevres inn til kun å ha fokus på sikkerhet og i mindre grad fokus på pasientens velvære. Tilnærming til pasienten er i disse tilfellene preget av manglende fokus på samhandling og relasjonsbygging. Dialog blir ikke vektlagt som en

viktig verdi for ivaretagelse av pasienten. Handlingen som informanten beskriver viser hvordan grensetting av pasientadferd kan utvikle seg til straff. Det vil si gjennom ignorering og krenkelser der pasienter blir behandlet uverdigg ved å la dem ligge i egen urin og avføring uten mulighet til å kunne hjelpe seg selv.

Belteleggingssituasjoner som er karakterisert ved sterk makt hos sykepleieren og avmakt hos pasienten, kan gi pasienten opplevelser av å bli fratatt muligheten til medbestemmelse og påvirkning av egen behandling. Å straffe en pasient kan bli «akseptert» i et arbeidsmiljø eller en avdeling når personalet opplever å ha blitt avvist etter at sykepleiere har forsøkt å opptre omsorgsfullt. Pasienter kan oppleve å bli konfrontert med negativ adferd og samtidig bli påført strenge adferdsregler. Dette kan oppleves som hevn satt i system av personalet. I situasjoner der personalet opplever at det er begått moralsk urettferdighet mot de ansatte, kan det å straffe pasienten være en godtatt handling blant de ansatte. Systemet i psykiatrien gir seg selv rett til å utøve makt ved å praktisere tvang der motivet er hevn. Tvang må da oppfattes som en straffende handling. Pasientene har behov for å bli beskyttet mot stigmatiserende holdninger ved tvang, da krenkende opplevelser kan føre til varige psykologiske skader i form av traumer og utvikling av posttraumatisk stress syndrom. I situasjoner der pasienter mangler kontroll og har behov for ytre rammer og struktur bør tiltakene være preget av forutsigbarhet. Dette gjør at pasienten har mulighet for å gjeninnnta kontroll (Vatne, 2012). For å utvikle god psykiatrisk sykepleie krever dette en vilje til vekst der erfaring ses som opplevelse tillagt mening. Den bærende livskraften til utvikling og vekst av psykiatrisk sykepleie må vokse som koordinerende kraft i personligheten der godartethet, ydmykhet, kunnskap, intuisjon, jordnær handlekraft og refleksjon vektlegges i sin helhet. Den overordnede hensikten blir da å motvirke holdninger som «ønsker å være snill og allmektig» eller «ønske om å være streng og allmektig» i møte med den lidende, da slike holdninger kan oppleves belastende for pasienten og føre til distanse (Strand, 1990). Sykepleiere bør være forberedt på å møte pasienten som en person i den konteksten pasienten befinner seg i. Dette innebærer at sykepleiere bør forsøke så langt det lar seg gjøre og møte pasienten med omsorg, der kunnskap, kommunikasjon og tolkning er særs viktig i sykepleieprosessen. I søken etter mulige løsninger til pasientens «omsorgsproblemer» bør man finne en balanse mellom en intellektuell, abstrakt tilnærming på den ene siden og den affektive konkrete tilnærmingen på den andre siden. Sykepleiere

bør bruke sin intellektuelle kapasitet til å systematisere og analysere omsorgsproblemet på en tilstrekkelig og ansvarsfull måte. De bør også forsøke å opprettholde tilgangen til pasientens livsverden ved hjelp av affektiv, følelsesmessig tilnærming. De viktigste ferdighetene som er involvert er: empati og evne til å bedømme, evne til å se hva som kreves i en bestemt situasjon og kunne identifisere hvilke tiltak som kan benyttes i hvilken rekkefølge (Gastmans, 1999).

Funn i studien viser at ved skjerming brukes ofte ordet «nei» som dialog til pasienten. Ordet «nei» blir så ofte brukt at det kan krenke pasienten. Dette fordi det synes som at sykepleiere glemmer den gyldne middelvei - det er hundre forskjellige måter å si «nei» på uten å si «nei». Å grensesette pasienter ved skjerming kan i seg selv være svært vanskelig. Dempe stimuli og følelses utbrudd ved å lage rammer kan få pasienter til å reagere på innblanding i eget liv med sinne og angrep. Sykepleiere bør utøve grensesetting på en respektfull måte. Ord som «skal», «bør» og «må» i en dialog med pasienten bærer preg av påbud og kan tolkes som maktuttrykk. Dette kan føre til provokasjon hos pasienten. Grensesettende former bør ha til hensikt å skape vekst og utvikling for pasienten, ved å tilføre ro, struktur og innsikt hos pasienter som er i en dårlig fase (Vatne, 2012). Det handler om å ha respekt for pasientens integritet, samtidig som man ivaretar pasientens verdier og verdighet i en sårbar og vond tid med sterke følelsesmessige utbrudd. I sykepleie bør moralsk dydig holdning integreres som en del av sykepleiepraksisen fordi denne praksisen utspiller seg i mennesket som sykepleier der pasienten utgjør hovedrollen og er mottaker av sykepleieres omsorg. Moralsk holdning bør betraktes som en sensitiv og støttende respons fra sykepleieren til et menneske som er i en sårbar fase med behov for hjelp. En åpen og mottakelig holdning er en forutsetning for å skape et hensiktsmessig grunnlag for å kunne bygge et omsorgsfullt forhold til pasienten (Martisen, 2012).

Funn i studien viser at ordet «nei» ble hyppig brukt som avslag og korrigerende av pasienter som ble skjermet av personalet. Grensesetting som bygger på maktprinsipper besitter en menneskefiendtlig ideologi. Tilnærmingen som blir beskrevet med «nei» på alle forespørsler bærer preg av en monolog og mangler et relasjonelt fokus. Pasienten blir da en passiv mottaker av de begrensninger som sykepleiere setter. I en terapeutisk sammenheng er den overordnede hensikten med grensesetting å oppnå indre og ytre kontroll som utføres gjennom å skape struktur for pasienten (Vatne, 2012). Hovedmålet er at pasienten skal få

leve et tilfredsstillende liv i et sosialt samspill med andre mennesker (Hummelvoll, 2012). Pasienter som mister sin styring eller kommer lett ut av styring med seg selv trenger grenser utenfra. Disse grensene bør utføres ved at sykepleiere anvender en terapeutisk tilnærming ved grensesetting som bygger på etisk forsvarlige holdninger, som viser seg i menneskevennlige handlinger (Vatne, 2012).

7.0 Konklusjon

Hensikten med studiet var å belyse sykepleieres holdninger til skjerming og mekanisk tvang i omsorgen for pasienter innlagt under psykisk helsevernlov. Sykepleiere i akutt psykiatrien har fått dele sine erfaringer, meninger og kunnskap til bruk av mekanisk tvang og skjerming i sin omsorg til pasienter. Konklusjonen er basert på tolkning av funn i resultat- og diskusjonsdel. I resultatdelen ble det identifisert flere faktorer som innvirket på holdninger til bruken av skjerming og mekanisk tvang.

Faktorer som ble nevnt for å forebygge og redusere bruk av skjerming og mekanisk tvang

- Relasjonskompetanse - der anerkjennelse, medmenneskelig varme og empati ble vektlagt som viktige faktorer for å kunne invitere pasienten til en omsorgsrelasjon.
- Lytte og trygge pasienten - essensen for å forebygge tvang.
- Verdighetsbegrepet - opptre med respekt.
- Faglig forståelse - bevegelige holdninger.
- Fellesforståelse – kollegasamtaler, kollegastøtte og åpenhet.
- Oppbygging av avdeling – bemanningssituasjon og rammebetingelser.
- God bemanningssammensetning - trygg og erfaren bemanning.

Faktorer som ble nevnt for å opprettholde bruken av skjerming og mekanisk tvang

- Omsorgssvikt basert på tvangsbruk ved sikkerhetstiltak, tidligere epikriser i journalen og holdninger som medførte stigmatiserte pasienter.
- Unødvendig hard bruk av makt og tvangsintervensjoner.
- Ignorering av pasienter i belter eller skjerming for å straffe pasienten.
- Nedverdige og krenke pasienten ved grensesetting.
- Hyppig bruk av avslag og korrigeringer med ord som kan krenke pasienten.

Resultatene viser at det er flere faktorer som påvirker sykepleiers holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang. De ulike faktorene påvirker hverandre og utgjør komplekse bevegelser i sykepleieres holdninger til bruk av tvang. I utvikling av kompetanse bør åpenhet til felles- og fagligforståelse vektlegges som en viktig faktor for kunnskap og forståelse til emne. Relasjonskompetanse viser å ha betydning for pasientens brukermedvirkning. Sykepleiere bør ha empatiske holdninger, som anerkjennelse og medmenneskelig varme i møte med pasienter. Dette vil fremme pasientens muligheter til å kunne påvirke egen behandling. Ved å invitere pasienten inn i en omsorgsrelasjon, bør sykepleiere vektlegge trygghet som en viktig del av omsorgen for pasienten. Sykepleiere bør opptre med respekt og ivareta pasientens verdighet i samhandling. Ved å respektere de grunnleggende menneskerettighetene anerkjenner sykepleiere menneskets verdier som menneske. Dette bør vektlegges som viktige faktorer for å forebygge bruken av tvang.

God, trygg og erfaren bemanningssammensetning er en forutsetning for å utføre et arbeid med kvalitet i alle ledd. Mangel på disse ressursene kan lede til at pasienter utsettes for omsorgssvikt ved bruk av tvang. Dette i tilfellene der tvang er basert på et sikkerhetstiltak, på tidligere epikriser i journalen eller basert på holdninger blant sykepleiere som stigmatiserer pasienter. Holdninger blant sykepleiere viser seg da i fravær av respekt for pasienten, som unødvendig hard bruk av paternalisme ved grensesetting. Gjennom handlinger der sykepleiere velger å ignorere pasienten, benytter hyppig bruk av avslag og korrigeringer kan pasienten påføres nedverdiggende og krenkende opplevelser.

8.0 Avslutning

Å være sykepleier på en akutt psykiatrisk avdeling handler om å gi person-sentrert omsorg til mennesker innlagt under psykisk helsevernlov. I utøvelse av sykepleie innebærer det å ivareta pasienten, samtidig som andres interesser skal ivaretas. Trygghet for ansatte og medpasienter ses som et viktig element for å bevare et trygt, rolig og positivt miljø.

Sykepleie i møte med utfordrende pasienter kan føre til etisk vanskelige og sammensatte moralske overveielser for sykepleiere. Sykepleie kan da utvikle seg til en balansekunst der man vokter mellom en anerkjennende tilnærming der man søker og invitere pasienten til en omsorgsrelasjon, i motsetning til bruk av makt i hensikt å skjerme pasienten eller anvende mekanisk tvang. I de siste årene har det vært økt fokus på reduksjon av tvangsbruk i psykisk

helsevern, det er derfor rimelig å anta at sykepleiere kjenner på et press for å redusere bruken av tvang. Ved å tilføre sykepleiere omsorgsvitenskapelig teori og epistemologiske grunn-, kjerne-, og praktiske begreper kan sykepleiere utvikle dypere forståelse og kunnskap for anvendelse i samhandlingen med pasienten. Gjennom tilegnelse av omsorgsvitenskaplig perspektiv kan sykepleiere utvikle en dypere innsikt i etikk, moral og verdier. Dette kan utvide sykepleiernes evne til refleksjon, som igjen skaper muligheter for å tenke og handle på nye måter. Ved å undervise, veilede og gjennom jevnlig møter i temagrupper om omsorgsvitenskapelige teorier, vil sykepleiere utvikle bevissthet og holdninger som bidrar til å ivareta pasientens verdighet, verdier og autonomi. Dette kan erstatte tradisjonell tenkning til bruk av tvang.

Hensikten er at sykepleiere skal opptre med vennlighet og ha en empatisk framtoning i møte med pasienten. Sykepleieren må vie sin oppmerksomhet til pasienten, være lyttende og imøtekommende med varsomhet, respekt og anerkjennende tilnærming. Sykepleie kan da vise seg i omsorgsfulle holdninger der kvaliteter som åpenhet, kommunikasjon og samhandling blir fremmet. I prosesser for å redusere bruken av tvang trenger sykepleiere nye verktøy for å utvikle alternative løsninger. Ved å implementere et lederskap med kompetanse- og verdibasert grunnlag, der ledelsesprinsipper er basert på opplæring og veiledning av sykepleiere med fokus på blant annet brukermedvirkning kan være et virkemiddel for å endre dagens praksis. Gjennom et lederskap som fokuserer på å øke forståelsen av sykepleierfaget, øker kompetansen til alternative metoder og endring fremmes. Ved å tilrettelegge for temagrupper kan etisk refleksjon styrke sykepleiernes kunnskap om intervensjoner. Dette kan lede til forståelse av de etiske konsekvensene om de potensielt skadelige effektene bruken av tvang kan ha på et menneske. Ved å bevisstgjøre sykepleiere på menneskerettigheter, etisk kunnskap og menneskelige verdier kan disse faktorene bidra til å redusere bruken av tvang. En kompetanse- og verdibasert ledelse kan gjennom engasjement og motivasjon tilrettelegge for moralske tanker og meninger hos sykepleiere. Dette vil øke sykepleieres bevissthet om etiske dilemma og moralske kompetanse, som kan føre til at konfliktløsninger blir løst på et lavere nivå uten tvangsintervensjon. Tverrfaglig samarbeid og samhandling med pasienter, kollegaer og pårørende kan forsterkes gjennom etisk dialog, moralske overveielser og normative kriterier. I tillegg er sykepleierens kunnskaper og erfaring betydningsfull for hvordan han eller hun

handler og tar beslutninger om tiltak for den enkelte pasient. Dette betyr at det må settes inn virkemidler for å sikre tilstrekkelige kunnskaper om bruk av behandlingsformer ved tvang, i tillegg til alternative behandlingsformer. Kunnskapene kan tilegnes gjennom å øke sykepleiernes formelle kompetanse, men også gjennom veiledning, undervisning og temagrupper mellom erfarne og nye sykepleiere der ulike perspektiver vektlegges tema. Tilførsel av ny kunnskap og forståelse fører til endringer i tenkning og holdninger til temaet. Ved å utvikle holdninger og en kultur som fremmer alternative behandlingsforløp for pasienten, kan sykepleiere ta i bruk metoder som tilfører pasienten mestring i situasjoner, utveksle samtaler som har til hensikt å dempe frustrasjon og forebygge aggresjon.

Ved å styrke sykepleieres kompetanse vil det medføre endringer innen psykisk helse. Det er en endring som vil vise seg i dypere innsikt og evnen til å forstå pasientens situasjon. Omsorgsbegrepet vil da kunne utvikle seg i en omsorgsrelasjon, der anerkjennende tilnærming gir pasienten mulighet for ytring av egne tanker og meninger, samt påvirke egen behandling. Disse faktorene er viktige elementer for å skape endring. Endringen må skapes gjennom å sikre en kultur for åpenhet rundt temaet tvang. Ved å tilføre temaet erfaringsbasert læring mellom erfarne og nye sykepleiere, der også nye sykepleiere kan bidra med innspill og tilbakemelde sin forståelse, kunnskap og tenkning. På denne måten kan åpen dialog med refleksjoner sikre en kultur for utveksling av opplevelser, erfaringer, kunnskap og forståelse til temaet. Ved å stimulere til åpenhet rundt temaet kan dialog føre til nye muligheter og løsninger. Og ved å tilføre kunnskapsbasert praksis kan sykepleiere støtte hverandre i utfordrende situasjoner. Dette vil kunne redusere usikkerheten blant sykepleiere når det innlegges pasienter med aggressiv, truende eller utfordrende adferd i mottaket. Usikkerhet var en av erfaringene som ble fremhevet i studien og som hadde påvirkning på de valgene som ble tatt av sykepleierne. Det må derfor etableres en kultur for åpenhet rundt tema. Åpenhet hvor refleksjoner deles, vanskelige problemstillinger diskuteres, etiske utfordringer adresseres og åpenhet rundt verdigrunnlag for sykepleie i en psykisk spesialistinstitusjon. Sykepleiere som besitter formell utdanning og erfaring der gode holdninger fremmes i møte med pasienter, må ses på som unik og uvurderlig kompetanse. Sykepleiere som besitter en slik kompetanse må ivaretas og verdsettes.

Studien viser at holdninger til bruk av tvang er sammensatt av flere faktorer som overlapper hverandre. Dette utgjør en kompleksitet som viser seg i ulike hensyn, verdigrunnlag og behandlingstiltak ved utøvelse av sykepleieryrket i psykisk helse. Konsekvensene av uriktige valg i behandlingsforløpet kan føre til traumatiserende opplevelser for pasienten. Det er derfor viktig å ha fokus på å bygge oppunder riktige verdigrunnlag hos sykepleierne da dette danner grunnlag for hvordan man opptrer i omsorgsrelasjonen. Økt fokus på sykepleiernes holdninger, kan bidra til at grensesetting utøves på en respektfull måte. Økt kompetanse innen psykisk helsevern er også en viktig faktor for dypere forståelse og profesjonell utøvelse av yrket. Det er kombinasjonen av profesjonalitet og verdigrunnlag som skaper rammene for god sykepleie i omsorgsrelasjonen. Sykepleiere må vise medmenneskelig kjærlighet, intuisjon, ydmykhet og profesjonell handlekraft under behandlingsforløpet. Det handler om å ha respekt for pasientens integritet og verdighet i en sårbar og vond tid.

Referanser

Ajadacic, V., Jäger, M., Rössler, W., Schlatter, F., Theodoridou, A., (2012). *Therapeutic relationship in context of perceived coercion in a psychiatric population*. Psychiatry Research Volume 200, Issues 2- 3.

<http://ezproxy.hsh.no:2083/science/article/pii/S0165178112001977/pdf?md5=a9effc06c31cee7a12f7e4349b30dd81&pid=1-s2.0-S0165178112001977-main.pdf>

Austestad, G.E. (2015) *Noreg får refs for tvang i psykiatrien*. Hentet 29.02.2016 fra

<http://www.nrk.no/norge/noreg-far-refs-for-tvang-i-psykiatrien-1.12365758>

Austgard k. (2012) *Hvordan trenger vi humanistisk kunnskap i sykepleien?* Nordic Journal of Nursing Research, Vol.32(3). Hentet 28.01.2017 fra

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740831203200303>

Bergbom L. W., Gustin L. W. (2012) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Opplag 1:4 Mediapool Print Syd AB, Estonia.

Boet S., Bould M.D., Fung L., Perrier L., Tavares W., Reeves S., Tricco A.C. (2014) *Transfer and learning and patient outcome in simulated resource management: a systematic review*.

Canadian Journal of Anesthesia, volume 61. Hentet 28.01.2017 fra

<http://link.springer.com/article/10.1007/s12630-014-0143-8>

Bowers L., Jones J., Merwe M. V., Simpson A., Stewart D. (2010) *A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric*. Mental health nursing.

Hentet 26.03.16 fra <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6e23b44-e90d-466d-adda-05d8bce44be1%40sessionmgr120&vid=21&hid=130>

Brurberg K. G., Dalsbø T. K., Hofmann B., Husmus T. L., Kirkehei I., Leiknes K. A., Myrhaug H.

T., Reinart L. M., Thuve D. (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9-2012. Hentet 26.03.16 fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-a-redusere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Brottveit Å. (2006) *Holdninger, erfaringer og struktur: fagpersoner i psykisk helsearbeid*.

Diakonhjemmet høgskole, Avdeling for forskning og utvikling. Hentet 26.03.16 fra

http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_2655

Carr P. G. (2012) *The use of mechanical restraint in mental health; a catalyst for change?*

Hentet den 26.03.16 fra

<http://onlinelibrary.wiley.com/galanga.hvl.no/doi/10.1111/j.1365-2850.2012.01912.x/full>

Council of Europe: Commissioner for Human Rights, Report by Nils Muižnieks Commissioner for Human Rights of the Council Of Europe following his visit to Norway from 19 to 23 January 2015. Hentet 15.08.17 fra <http://www.refworld.org/docid/55afa9914.html>

Eriksson, K. (2001) *Det lindande människan*. 1 opplag. Liber AB, Stockholm

Eriksson, K. (2015) *Vårdandets ide*. 2 opplag. Liber AB, Stockholm

Eriksson, K. (2014) *Vård processen*. 5.opplag. Liber AB, Stockholm

Eriksson, K., & Lindström, U.(Red.).(2003) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: institusjon for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Gamlemshaug A. (2014) *Helse og omsorgsvitenskap grunnlagstenkning*. Eksamensbesvarelse ved høyskolen Stord/ Haugesund.

Gastmans C. (1991) *Care as a moral attitude in nursing*. Hentet den 15.08.2017 fra

<http://journals.sagepub.com.ezproxy.hsh.no/doi/pdf/10.1177/096973309900600304>

Goh, C. & Agius M. (2010) The stress-Vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? *Psychiatria Danubina*. Volum 22. Hentet den 15.02.2018 fra

http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol22_no2/dnb_vol22_no2_198.pdf

Happell B., Koehn S. (2011) *Scratching Beneath the Surface: Influencing factors on nurses attitudes toward the use of seclusion*. *Journal of Issues in Mental Health Nursing*. Volume 32. Hentet 28.01.17 fra

<https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.3109/01612840.2011.566981>

Happell B., Corell S., Dares G., Gaskin C. J., Platania- Phung C. (2012) The relationships between attitudes toward seclusion and levels of burnout, staff satisfaction, and therapeutic optimism in a district health service. *Journal of Issues in Mental Health Nursing*. Volume 33. Hentet den 28.01.17 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22545640>

Helsedirektoratet (2014) *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014* Hentet den 06.06.17 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>

Helsedirektoratet (2017) Kontrollkomisjon i psykisk helse. Hentet den 22.09.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/kontrollkomisjonen-i-psykisk-helsevern>

Hummelvoll J.K., (2012) *Helt-ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utgave. Gyldendal akademiske, Oslo

Husum, T.L., Bjørngaard J.H., Finset A., Tuud T. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway*. The International Journal of Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services. Hentet 29.02.2016 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20596695>

Kaltiala-Heino R., Tuohimaki C., Korkeila J., Lehtinen V. (2003) *Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care*. The International Journal of law and psychiatry. Hentet den 29.02.2016 fra <https://www.sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S0160252702002108>

Karlsson B. (2008) *Se mennesket*. 1. Utgave. Gyldendal Akademiske, Oslo

Kvale S., Brinkmann S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo.

Lindsey P. L. (2009) *Psychiatric Nurses' Decision to restrain. The association between Empowerment and Individual factors*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental health services. Hentet den 26.03.16 fra <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6e23b44-e90d-466d-adda-05d8bce44be1%40sessionmgr120&vid=16&hid=130>

Lindseth A., Norberg A. (2004) *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Center for Practical Knowledge, Department of nursing. Hentet 28.01.2017 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15147477>

Den norske legeforening (2012). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet den 20.05.2017 fra <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Lovdata (02.07.1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern nr.62*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet den 15.08.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Malterud K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Moylan L. B., Cullinan M. (2010) *Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses decision to restrain*. Journal of psychiatric and mental health nursing. Hentet den 15.02.2017 fra <file:///E:/Forskningsartikler/6.%20Frequency%20of%20assault%20and%20severity%20of%20injury%20of.pdf>

Ness A. (1980) *Vitenskapsfilosofi*. 3 utgave. Universitetsforlaget. Oslo

Norvoll R. (2007) *Det lukkede rom, bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatrisk institusjon*. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Hentet den 28.01.2017 fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/norvoll2007.pdf>

Norvoll R., Hatling T., Hem K.G. (2008). *Bruker orienterte alternativer til tvang i sykehus*. HelseDirektoratet, råd for psykisk helse. Hente 07.07.2017 fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf

Nou 2011:9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelse og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet den 27.03.2016 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>

Nåden D., Eriksson K. (2004) Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. Hentet den 19.04 2018 fra <http://journals.sagepub.com/galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/0894318403260652>

Olsson H., Sørensen S. (2003) *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk forlag, Oslo.

Richter D., Whittington R. (2006) *Violence in mental health settings causes, consequences, management*. Springer science and Business Media, USA

St.meld. nr. 25(1996-1997). *Åpenhet og helhet-om psykisk lidelse og tjenestetilbudene*. Hentet 29.02.2016 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

St.meld. nr. 63 (1999-2006). *Opptappingsplan for psykisk helse*. Hentet 29.02.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

Theodoridou A., Schlatter F., Ajdacic V., Rossler W., Jager M. (2012) *Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population*. Journal psychiatry Research. Hentet den 29.02.16 fra <https://pdfs.semanticscholar.org/5c4a/1cc47a9d1b6ba1d1a9eb559f932dec8fd328.pdf>

Thornquist. E (2003) Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. 2. Opplag. Fagbokforlaget, Bergen
Torbjørnsen A. E., Strømstad J.V., Aasland A. M. K., Rørtveit K. (2014). *Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ

Tvangsforsk (01.11.2014). *Omfang av tvang i det psykiske helsevernet i Norge 2012-2013*. Hentet 29.02.16 fra http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang/cms/83

Tvangsforsk (01.02.2014). *Jobber for mindre tvang. Et pilotprosjekt på Lovisenberg sykehus tar sikte på å redusere bruken av tvangsmidler*. Hentet 29.02.16 fra <http://tvangspub.tvangsforskning.no/node/250>

Sosial- og helsedirektoratets (01.06.2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Hentet 29.02.16 fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf

Vatne, Solfrid (2006) *Korrigere og anerkjenne*. 1. utgave. Gyldendal Akademisk, Oslo

Ward M. (2012) *The use of mechanical restraint in mentale health a catalyse for change*. Journal of Psychiatric and Mental health nurcing. Hentet 27.03.16 fra <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=632660eb-daeb-49bd-b9fa-20fe0ff30bc1%40sessionmgr4001&vid=8&hid=4002>

Wertheimer A. (1993) *A philosophical examination of coercion for mental health issues*. Journal of behavioral sciences and the law. Hentet 29.02.2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bsl.2370110303/abstract>

Wiklund G., Wagner L. (2013) *The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care*. Scandinavian Journal of caring sciences. Hentet den 28.01.17 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22734628>

Vedlegg:

- Vedlegg 1. Søknad til Forskningsavdeling psykiatrisk Divisjon
- Vedlegg 2. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
- Vedlegg 3. Intervjuguide
- Vedlegg 4. Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger - NSD

Til

Forskningsavdeling psykiatrisk
Divisjon

Dato 21.08.2017

[Intervju av sykepleiere ved psykiatrisk akutt mottak](#)

Mitt navn er Ann-Magritt Gamlemshaug, jeg er psykiatrisk sykepleier og student ved Høyskolen Vestlandet.

Jeg holder på med en master utdanning i klinisk helse og omsorgsvitenskap, og i den forbindelse skriver jeg nå min masteroppgave. Jeg har tidligere arbeidet på psykiatrisk akutt mottak i flere år og ønsker derfor å anvende akutt psykiatri som utgangspunkt for min oppgave.

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres erfaringer, kunnskap og holdninger til bruk av skjerming og mekanisk tvang i en omsorgsrelasjon. Ved å anvende kvalitativ metode med semistrukturert intervju kan sykepleiere bidra med egne erfaringer, opplevelser og meningsytringer, samt faglig innsikt i sin profesjonelle utøvelse av omsorg i situasjoner der skjerming og mekanisk tvang anvendes som intervensjon. Studie skal være et bidrag til økt forståelse av sykepleieres holdninger, vektlegging av verdier og etiske vurderinger, som ligger til grunn for vurdering, handling/interaksjoner og tiltak. Omsorgsvitenskap anvendes som grunnlagsteori for forståelse og innsikt i sykepleieres holdninger. Relasjon og omsorg ble vektlagt som viktige faktorer i studiet, da sykepleiere har en sentral rolle for å ivaretagelse pasientens autonomi og verdighet.

Som en del av min forskningsstudie ønsker jeg å intervju 6 sykepleiere i akuttpsykiatrisk divisjon. Intervjuene vil starte opp den 22.08.17, jeg regner med å være ferdig til 03.09.17

Behandlingsansvarlig institusjon: Høyskolen på Vestlandet, Nærregion Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag.

Ansvarlig: Frode Skorpen, førsteamanuensis. E-post frode.skorpen@hvl.no

Student: Ann-Magritt Gamlemshaug. E- post amgamlemshaug@yahoo.com

Mvh.

Ann-Magritt Gamlemshaug

Sykepleieres holdninger til bruk av tvang i et omsorgsperspektiv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Bakgrunn og formål

Som psykiatrisk sykepleiere i lukket akuttpost har jeg opparbeidet meg erfaring fra å lede og assistere i situasjoner med skjerming og mekanisk tvang. Dette har fått meg til å reflektere over hvordan holdninger til skjerming og mekanisk tvang kan påvirke pasienten og opplevelsen av situasjonen. Denne masteroppgaven vil fokusere på holdninger hos sykepleiere som benytter skjerming og mekanisk tvang som tiltak i sitt arbeid. Studiets problemstilling det søkes dypere forståelse av er «Hvilke holdninger har sykepleiere til skjerming og andre tvangsmidler i omsorgen for pasienter i omsorgen for pasienter innlagt på tvang?» Studien er en del av min masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høyskolen Stord/Haugesund.

Du blir forespurt om å delta som informant til forskningsprosjektet, fordi du har erfaring med bruk av skjerming og mekanisk tvang i ditt arbeid. Formålet med intervjuet er å forstå mer om bruken av skjerming og mekanisk tvang.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Som informant vil du bli intervjuet. Jeg som masterstudent vil være tilstede og utføre intervjuet. Intervjuet vil ta ca.40-50 minutter. Spørsmål i intervjuet vil omhandle dine erfaringer og opplevelser knyttet opp imot bruk av skjerming og bruk av mekanisk tvang. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og, som vil bli behandlet som konfidensiell informasjon. Opptaket vil kun være tilgjengelig for meg som forsker Ann-Magritt Gamlemshaug og veileder/ prosjektansvarlig Frode Skorpen.

Anonymitet. Lydopptak vil være anonymisert, ingen andre vil vite hvem som er blitt intervjuet. Det du sier i intervjuet vil ikke kunne bli tilbakeført eller sporet tilbake til deg. Opptaket vil bli slettet ved avslutning av studie, Desember 2018.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studie. Du kan når som helst avslutte intervjuet eller trekke tilbake informasjon som er gitt under intervju, uten begrunnelse. Dersom du velger å trekke deg vil dette ikke få noen konsekvenser for deg. Intervjuet med deg vil bli slettet fra prosjektet.

Dersom du har spørsmål om prosjektet, ta kontakt med

Prosjektleder/Masterstudent og Psykiatrisk sykepleier Ann-Magritt Gamlemshaug

epost student: 133842@hsh.no

epost privat: amgamlemshaug@yahoo.com

Mobil: 97501368

VEDLEGG 2 – «Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv»

Prosjektveileder Frode Skorpen, Førstemanuensis avdeling for helsefag
Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord, Postboks 1064 Sæverhagen, N-5407 Stord
frode.skorpen@hvl.no
Telefon: 53 49 14 52
Mobil: 40231619

Studien er godkjent av NSD og avdeling for forskning Psykiatrisk klinikk, Haukeland Universitet sykehus.

Før intervjuet begynner, ber jeg deg om å samtykke i deltagelsen. Ved samtykke bekrefter du å ha lest og forstått informasjonen på dette arket, og ønsker og gir ditt samtykke til å bli intervjuet.

Sted/dato

Signatur

Intervjuguide

1. Rammesetting

Uformell samtale 5-10 minutter

Bakgrunn og formål for samtalen/intervjuet

Avklare spørsmål rundt anonymitet, taushetsplikt og frivillighet?

Informere om lydopptak og sørge for samtykke kontrakt til opptak.

Signere kontrakt der de samtykker til intervjuet.

Åpne for spørsmål dersom noe er uklart.

Starte Intervju og opptaker:

2. Spørsmål

Hvordan erfarer du at sykepleieres holdninger til bruk av skjerming for pasienter innlagt på tvang er?

Er dette noe dere diskuterer/ er bevisst på?

Hvordan erfarer du at sykepleieres holdninger til bruk av mekanisk tvang for pasienter innlagt på er tvang?

Er dette noe dere diskuterer/ er bevisst på?

Hvordan opplever du omsorgen blir ivaretatt ved bruk av mekanisk tvang?

Har du opplevelser der du mener omsorgen ikke ble ivaretatt?

Har du opplevelser der omsorgen er blitt ivaretatt med skjerming?

Har du opplevelser der du mener omsorgen ikke ble ivaretatt?

Har du opplevd situasjoner der du har tenkt «her blir pasientens omsorg ivaretatt på en god måte» i forhold til skjerming eller mekanisk tvang?

Har du opplevelser med skjerming eller mekanisk tvang, der du har opplevd dårlig samvittighet eller opplevd som feil?

Har du opplevd at pasientens verdighet har blitt krenket ved bruk av skjerming eller mekanisk tvang?

Har du andre tanker om skjerming og mekanisk tvang, som du ønsker å meddele?

3. Oppfølgingsspørsmål

Dersom noe må utdypes for å gå i dybden.

4. Tilbakeblikk

Oppsummering (10-15 minutter)

Oppsummerer muntlig og går gjennom de viktigste punktene som kommer frem i løpet av intervjuet.

Avklar misforståelser, spørre om man har forstått riktig dersom noe er uklart.

Er det noe mer du ønsker å legge til?

Intervjuet er ferdig og lydopptaker stanses.



Frode Skorpen
Bjørnsonsgt. 45
5528 HAUGESUND

Vår dato: 05.08.2017

Vår ref: 54769 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54769	<i>Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Frode Skorpen</i>
Student	<i>Ann-Magritt Gamlemshaug</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Katrine Urdahl  Elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

VEDLEGG 4 – «Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv»

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / marie.schildmann@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ann-Magritt Gamlemshaug, amgamlemshaug@yahoo.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54769

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det er ikke samsvar mellom informasjonsskriv og opplysningene vi har mottatt i meldeskjema, og vi ber om at følgende korrigeres:

- Det er i meldeskjema opplyst om at det samles inn indirekte identifiserbare opplysninger (yrke og arbeidsplass). Dersom kombinasjonen av slike bakgrunnsvariabler kan identifisere enkeltpersoner, kan ikke følgende formulering i informasjonsskrivet benyttes: ". Lydopptak vil være anonymisert, ingen andre vil vite hvem som er blitt intervjuet. Det du sier i intervjuet vil ikke kunne bli tilbakeført eller sporet tilbake til deg". Det bør alternativt informeres om at identifiserende opplysninger oppbevares strengt fortrolig og slettes innen prosjektslutt, samt at ingen identifiserbare opplysninger vil fremgå av den endelige masteroppgaven.

- Svært mange av spørsmålene i intervjuguiden legger opp til at informanten skal fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Det er helt avgjørende at de i en slik sammenheng ikke beskriver sine opplevelser og erfaringer på en så detaljert måte at konkrete hendelser og derav også pasienter kan gjenkjennes. Vi ber derfor om at det også påføres informasjonsskrivet at de som helsepersonell er bundet av taushetsplikt og at det ikke under noen omstendigheter kan fremkomme opplysninger om pasienter.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen på Vestlandet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.08.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

VEDLEGG 4 – «Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv»

Fra: Håkon Tranvåg [mailto:Hakon.Tranvag@nsd.no]

Sendt: 19. april 2018 09:05

Til: Frode Skorpen <Frode.Skorpen@hvl.no>

Emne: Prosjektnr: 54769. Sykepleiers holdning til bruk av skjerming og mekanisk tvang i et omsorgsperspektiv

Hei,

Jeg viser til telefonsamtale 05.04.2018 om revidert informasjonsskriv for prosjektet. Jeg beklager sen oppfølging av dette.

Vi kommer ikke til å foreta oss noe når det gjelder hvorvidt kommentarene i tilrådingen ble fulgt opp eller ikke. Dersom dere har gått gjennom datamaterialet på nytt nå går jeg ut i fra at eventuelle identifiserende hendelser har blitt slettet, og jeg tenker at det uansett er det viktigste. Ettersom det er kort prosjektperiode her er personvernulempen heller ikke så stor.

Jeg beklager igjen at dette tok tid.

Mvh,

--

Håkon Jørgen Tranvåg
Rådgiver | Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 20 43

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no