



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 56

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Tuang i psykisk helsevern

Antall ord *: 7844

Engelsk tittel *: Coercion in mental health care

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Tvang i psykisk helsevern

Coercion in mental health care

Kandidatnummer: 56

Bachelorutdanningen i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Veileder: Anja Christoffersen Pawlica

25.04.2019

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.

Fortell meg

at jeg er noe, at jeg kan noe, at jeg betyr noe.

Fortell meg det.

Ikke fortell meg

det jeg gjorde, eller det jeg kunne gjort, eller det jeg burde eller skulle gjort.

Fortell meg heller

at jeg er noe, at jeg kan noe, at jeg betyr noe.

Fortell meg heller det.

Jeg trenger det, skjønner du.

Jeg trenger det så sårt.

Jeg trenger en søyle av trygghet

å lene meg mot gjennom livet.

Jeg trenger det, skjønner du,

for det er så værhardt å leve.

(Waale, 2015)

Sammendrag

Tittel: Tvang i psykisk helsevern

Bakgrunn: Et menneskes integritet skal være ukrenkelig (Psykisk helsevernloven, 1999).

Utøvelse av tvang er et alvorlig inngrep på et menneske, og det kommer mer og mer frem i media hvor stor tvangsbruk vi har i Norge. Temaet har nådd inn i politikken, og helseminister Bent Høie trekker frem at det nylig har blitt mer åpenhet rundt temaet psykisk helse (Høie, 2019). Det er en politisk målsetning at tvangsbruken i Norge skal reduseres (Helsebiblioteket, 2012).

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere ved psykiatrisk avdeling bidra til å redusere bruk av tvang?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut mer om pasienters og sykepleieres opplevelse av tvangsbruk samt bidra til å utvikle mer kunnskap rundt temaet.

Metode: Det anvendes litteraturstudium som metodisk tilnærming. Oppgaven er bygget på kvalitativ forskning samt systematiske oversikter, i tillegg til annen relevant litteratur.

Funnene i valgt forskning drøftes i lys av teoretisk perspektiv før oppgaven avsluttes med en konklusjon.

Resultat: Forskning trekker frem at det trengs mer bevissthet rundt bruk av tvang i psykiatrien, da resultatene viser at ansatte ofte ser på tvangsbruk som omsorg og ikke alltid kritisk vurderer egen tvangsbruk mot pasienter. Flere av studiene kom frem til at pasientene følte seg mindre verdige, krenket og maktesløse etter å ha blitt utsatt for tvang. De ønsket selv at kommunikasjonen mellom pasientene og sykepleierne skulle forbedres, samtidig som de ønsket at sykepleierne tok seg bedre tid til dem.

Konklusjon: God kommunikasjon er nødvendig for å anerkjenne og ivareta pasientene. For å bygge relasjoner er det viktig å se hele pasienten, samt aktivt lytte. Uønskede situasjoner kan tidlig avverges dersom det blir brukt mer tid på pasientene og at de blir bedre sett av personalet. For å skape trygge rammer rundt pasientene er et terapeutisk miljø essensielt.

Abstract

Title: Coercion in mental health care

Background: A person's integrity must be inviolable (Mental healthcare, 1999). Exercise of coercion is a serious intervention on a human being, and more and more in the media is how much coercion we have in Norway. The theme has reached politics, and Health Minister Bent Høie points out that there has recently been more openness about the topic of mental health (Høie, 2019). It is a political goal that the use of coercion in Norway should be reduced (the Health Library, 2012).

Question: How can nurses at psychiatric wards help reduce the use of coercion?

Purpose: The purpose of the task is to find out more about patients and nurses experience of coercion as well as helping to develop more knowledge about the topic.

Method: As a methodical approach, literature study is used. The task builds on qualitative research and systematic reviews, as well as other relevant literature. The findings of chosen research is discussing the theoretical perspective before the thesis ends with a conclusion.

Results: Research points out that we need more awareness about the use of coercion in mental health care, as the results shows that employees often look at coercion as caring, and not always critically considering their own coercion use against patients. Several of the studies found that patients felt less worthy, violated and powerless after the use of coercion. They even wanted the communication between the patients and the nurses to improve, at the same time as they wished the nurses would spend more time with them.

Conclusion: To recognize and care for the patients, good communication is necessary. To

build relationships, it is important to see the whole patient, as well as actively listen. The staff can prevent unwanted situations early if more time is spent on the patients, and that the staff pays more attention towards them. To create safe frames around the patients, a therapeutic environment is essential.

Innhold

1. Introduksjon.....	9
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2. Hensikt.....	10
1.3. Problemstilling.....	10
1.4. Presisering og avgrensninger.....	10
2. Teori.....	10
2.1. Sykepleieteoretisk perspektiv.....	10
2.2. Omsorg.....	11
2.3. Hva betyr tvang.....	11
2.4. Rammer for tvang.....	12
2.5. Kommunikasjon.....	13
2.6. Miljøterapi.....	14
2.7. Makt og avmakt.....	15
2.8. Relasjon og allianse.....	15
2.9. Brukermedvirkning og empowerment.....	16
2.10. Ethiske prinsipper.....	16
3. Metode.....	17
3.1. Litteraturstudium som metode.....	17
3.2. Kvalitativ og kvantitativ metode.....	18
3.3. Søkestrategi.....	18
3.4. Litteratursøk.....	18
3.5. Kildekritikk.....	19
4. Resultat.....	20
4.1. Artikkel 1: Husum, T., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011).	20
4.2. Artikkel 2: Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, P. (2016).	20
4.3. Artikkel 3: Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014).	21
4.4. Artikkel 4: Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014).....	21
4.5. Sammendrag.....	22
5. Drøfting.....	22
5.1. Kan medvirkning påvirke tvangsbruk?.....	22
5.2. Tvang - Makt eller omsorg?.....	24
5.3. Kommunikasjon og dens betydning i psykiatrisk helsearbeid.....	25
6. Konklusjon.....	27

7. Referanseliste.....	29
7.1. Vedlegg 1 - Søkehistorikk.....	32
7.2. Vedlegg 2 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning	33
7.3. Vedlegg 3 – Sjekkliste for systematiske oversikter	38

1. Introduksjon

Bruk av tvang i psykiatrien har fått mye oppmerksomhet fra media den siste tiden. I et innlegg i Aftenposten belyser helseminister Bent Høie temaet og fremmer pasientenes opplevelse av det. Han skriver at det lenge har vært skambelagt å ha psykisk uhelse, samtidig som det inntil nylig har blitt mer åpenhet rundt temaet. Åpenheten har ført til at vi vet mer om hvordan pasienter opplever å bli utsatt for tvang når en er sårbar og syk. Videre i innlegget blir det skrevet at tvangsbruk innenfor psykisk helsevern har vært høy like lenge som den har blitt målt, og at det noen behandlingssteder blir lettere tydd til tvang enn andre (Høie, 2019). Det har blitt påpekt at vi har for mye tvangsbruk, og det er en politisk målsetting at tvangsbruken i Norge skal reduseres (Helsebiblioteket, 2012). Tvang er et alvorlig inngrep på friheten til et menneske, og er et eksempel på hvordan medborgerskapsretten blir utfordret. Den blir noen ganger også tapt (Bergem, 2007, s. 107-108). Tvangsbruk truer retten til å bestemme selv og reduserer respekten for menneskets integritet. I enkelte tilfeller kan inngrep i retten til å bestemme selv forsvares og rettferdiggjøres, men integriteten skal derimot være ukrenkelig jfr. Psykisk helsevernloven (1999). Tvangsbruk må utføres på en måte som gjenspeiler respekten for den enkeltes integritet og verdighet (Bergem, 2007, s. 108). Det er viktig å etablere helsetjenester som er tilpasset det enkelte menneskes behov. Brukermedvirkning kan i et helsefremmende perspektiv ses på som en strategi som har til hensikt å styrke menneskers kontroll og innflytelse over egen behandlingsmetode (Storm, 2009, s. 22).

Helsepersonelloven (1999) legger vekt på at helse- og omsorgstjenesten skal sikre at behandlingen av pasienter skal skje av god kvalitet, samtidig som det legges vekt på god pasientsikkerhet. Loven skal bidra til at vi som helsepersonell skaper god tillit til pasientene, samt at behandlingen som blir utført er av god kvalitet. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) sier blant annet at som sykepleier skal man vise omsorg til alle som lider, uansett årsak. Autonomiprinsippet, rettferdighetsprinsippet og velgjørhetsprinsippet har alle én felles tenkning; menneskeverdet er absolutt og ikke relativt. Det vil si at menneskeverdet verken er avhengig av indre eller ytre kjennetegn, ei heller hva personen yter (Molven, 2009, s. 66).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I praksis innenfor psykisk helsevern fikk jeg observert at bruk av tvang noen ganger var nødvendig, men jeg observerte også situasjoner der tvangen som ble utført ikke fremstod like nødvendig. Denne oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruken

av tvang på lukket institusjon. Samtidig rettes det et fokus på brukermedvirkning, autonomi og miljøterapi. Jeg fokuserer på sykepleiernes holdninger og syn på bruk av tvang, samt hvordan pasientene opplever tvangen. Dette for å få frem hva tvangsbruken faktisk gjør med pasientene, og hva pasienter som har brukererfaring mener kan bidra til reduksjon av tvangsbruken. Gjennom samvær gjør man seg kjent (Jacobsen & Gjertsen, 2010, s. 30). Ved å være tilgjengelig for pasientene, har jeg selv erfart at det er i denne prosessen trygghet utvikles.

1.2. Hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser. For å svare på min problemstilling vil jeg ta for meg utvalgte forskningsartikler som omhandler temaet, samtidig som pensumlitteratur og annen faglitteratur vil bli tatt i bruk.

1.3. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ved psykiatrisk avdeling bidra til å redusere bruk av tvang?

1.4. Presisering og avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å ekskludere pårørende, og kun fokusere på pasientens og sykepleierens perspektiv. Jeg har også valgt å ekskludere kommunehelsetjenesten, og kun fokusere på pasienter med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Lovverket som gjelder kommunehelsetjenesten vil bli ekskludert, men lovverket innenfor spesialisthelsetjenesten og yrkesetiske retningslinjer vil bli inkludert. Jeg har ekskludert alle pasienter under 18 år, og kun inkludert pasienter fra 18 år og oppover.

2. Teori

I dette kapitlet presenteres mitt sykepleieteoretiske perspektiv samt annen teori som også er relevant for å kunne besvare problemstillingen.

2.1. Sykepleieteoretisk perspektiv

Jeg har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker i oppgaven med fokus på hennes omsorgsteori og relasjoner. Hennes sykepleietenkning tar i hovedsak opp grunnleggende spørsmål som er knyttet til menneskets livsvilkår og natur, samt de konsekvensene denne tenkingen har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Martinsen vektlegger en oppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, hvor det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Relasjoner blir sett på som fundamentale, og menneskene er avhengige av hverandre

fordi et menneskets liv er forbundet med andre. Avhengigheten av andre mennesker kommer tydelig frem i situasjoner hvor det trengs hjelp, som ved skade, sykdom og funksjonstap. Menneskets liv vil være overlatt til et annet menneske i enhver situasjon. I følge Martinsen blir omsorg et fenomen som konstituerer menneskets eksistens, som følge av den grunnleggende avhengigheten (Martinsen, sitert i Kristoffersen, 2011, s. 248-249). Alle menneskelige forhold innebærer avhengighet (Martinsen, 2003, s. 15).

2.2. Omsorg

Martinsen mener omsorg er en sosial relasjon samtidig som det har med forståelse for andre å gjøre. For at omsorgen skal være ekte, må en kunne forholde seg til et annet menneske ut ifra en holdning eller stemning som anerkjenner den andre ut i fra hans egen situasjon (Martinsen, 2003, s. 71). Omsorg i praksis er å hjelpe sin neste, det vil si å ha nestekjærlighet. Vi skal gjøre mot andre det vi vil at andre skal gjøre mot oss (Martinsen, 2003, s. 14-15). Det er ifølge Martinsen tre viktige dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Omsorg er et praktisk, relasjonelt og moralsk begrep. Selv om det er flere sider av omsorgen, vil den likevel være sammenvevd og integrert. Yrkesmessig omsorg innebærer en relasjon mellom to eller flere mennesker, hvor den ene skal yte nødvendig hjelp til den andre. I følge Martinsen må sykepleieren være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, samtidig som sykepleieren også må forsøke å bytte posisjon med pasienten (Martinsen, sitert i Kristoffersen, 2011, s. 254).

Omsorg er mer enn en grunnholdning, Martinsen mener at omsorg er en praktisk handling. De konkrete handlingene kommer frem i konkrete situasjoner, og hjelpen blir gitt ut i fra tilstanden til pasienten. For at omsorgen skal være ekte, må man forholde seg til den andre parten med en holdning som anerkjenner eller vedkjenner den andre ut i fra hans situasjon. Man kan ikke kjenne den andres lidelse, men man kan gjenkjenne situasjoner ut i fra ens egen erfaring (Martinsen, 2003, s. 71). I sammenheng med omsorg snakker Martinsen også om moral. Hun sier at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, altså at sykepleieren står overfor den moralske utfordringen om å handle til det beste for pasienten (Martinsen, sitert i Kristoffersen, 2011, s. 257).

2.3. Hva betyr tvang

Tvang er et komplekst og vidt begrep, og man skiller mellom formell, uformell og opplevd tvang. Denne oppgaven tar for seg formell tvang. Formell tvang er tvangsbruk som er regulert via psykisk helsevernloven, mens uformell tvang handler om fenomener med tvangsaspekter

som ikke er lovregulert. Eksempler på uformell tvang kan være grensesetting, husregler eller kommunikasjonsformer. Opplevd tvang omhandler hvorvidt pasienten har opplevd den formelle eller uformelle tvangsbruken som tvang eller ei. Det norske lovverket begrunner det å gripe inn med tvangsbruk i to forhold; enten for å unngå forverrelse eller sikre bedring i pasientens tilstand, eller for å forhindre at det skjer negative hendelser med enten pasienten eller omgivelsene rundt (Hatling, 2013, s. 252-254).

Formålet med psykisk helsevernloven (1999) er blant annet å sikre at behandlingen innenfor psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte. Behandlingen og etableringen skal skje i samsvar med de grunnleggende rettighetsprinsippene og menneskerettighetene. Formålet innebærer videre å forebygge samt begrense bruken av tvang. Loven sier tydelig at når helsehjelp skal utføres, skal det tilrettelegges på en slik måte at respekten for den enkeltes integritet blir ivaretatt. Samtidig skal det også være i overensstemmelse med pasientens behov, samt respekten for menneskeverdet og selvbestemmelsesretten (Psykisk helsevernloven, 1999).

Vår rettsorden tillater i ekstreme tilfeller at samfunnet kan ta i bruk tvang og isolasjon overfor personer, spesielt for å verne andre og isolere den det gjelder. Dette er grunnen til at det i enkelte tilfeller tillates tvangsbruk innenfor helsetjenesten. Det kan på bestemte vilkår brukes tvang overfor personer som enten har eller mistenkes å ha alvorlige psykiske lidelser. Tvangsbruk er et alvorlig inngripende tiltak for den som blir utsatt for det (Molven, 2009, s. 111)

2.4. Rammer for tvang

I psykisk helsevernloven § 3-3 (1999) blir det slått fast at bestemte vilkår må være oppfylt for at tvungent psykisk helsevern kan iverksettes. Frivillig psykisk helsevern må først ha vært forsøkt, uten at det har ført frem. Pasienten må også ha blitt undersøkt av to leger, én skal være uavhengig av den aktuelle institusjonen. Pasienten må i tillegg ha en alvorlig sinnslidelse, slik at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å avverge at pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre, eller at pasientens bedring reduseres. Et annet vilkår er at pasienten også mangler samtykkekompetanse, og at institusjonen er i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Pasienten skal ha fått anledning til å uttale seg om hva vedkommende selv mener om tvangsinnleggelsen. Selv om vilkårene er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern kun etableres dersom det er den beste løsningen for

pasientens helse. Det skal i vurderingen vektlegges hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for den enkelte pasient (Psykisk helsevernloven, 1999).

I psykisk helsevernloven § 4-8 (1999) står det at bruk av tvang og tvangsmidler kun skal brukes overfor pasienter når dette er høyest nødvendig for å hindre skade på pasienten selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på inventar, klær, bygninger eller andre ting. Bruk av tvangsmidler skal kun tas i bruk når alle mildere midler har blitt benyttet og vist seg å være utilstrekkelige. I følge psykisk helsevernloven § 26 (2011) skal bruk av tvangsmidler gjennomføres så kortvarig som mulig, og på en så omsorgsfull og skånsom måte som mulig. Det er kun aktuelt med bruk av tvangsmidler i institusjoner med døgnopphold. Det kan anvendes tvangsmidler overfor pasienter som både er innlagt på tvangsmessig grunnlag og pasienter som har lagt seg inn frivillig. Pasienter som har lagt seg inn frivillig kan ha en adferd som gjør at det er aktuelt med nødvendige tvangstiltak, men det er som regel kun aktuelt med kortvarig tvangsbruk overfor pasienter som er innlagt på frivillig grunnlag (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 259-260).

Med tvangsmidler menes det i psykisk helsevernloven (1999) blant annet mekaniske tvangsmidler som er til hinder for pasientens bevegelsesfrihet, for eksempel belter, remmer eller spesialklær som er skadeforebyggende. Andre tvangsmidler er kortvarig skjerming bak stengt eller låst dør uten tilstedeværende personale, kortvarig fastholding, eller enkeltstående bruk av bedøvende eller beroligende legemidler som er korttidsvirkende.

2.5. Kommunikasjon

Ifølge Wallin Weihe har språket vårt to hovedfunksjoner. Den ene funksjonen er i sammenheng med kulturell identitet, og den andre funksjonen er sentral i sammenheng med hvordan språket vårt er i samhandling med andre (Weihe, sitert i Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 182). For oss som sykepleiere er det viktig å kommunisere på en måte som både er aktiv og forståelig i samtale med pasienter (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 183). En stor del av arbeidet innenfor psykiatrien er basert på kommunikasjon og samtaler. Det kan være både spontane og avtalte samtaler. Aktiv lytting er et godt grunnlag for å ha en terapeutisk holdning. Dette for å vise at man er oppmerksom overfor pasienten. For å få til god samtalekunst er det viktig å akseptere den andre og skape et jeg-du forhold. Det innebærer at begge partene er deltakende i samtalen med hele seg, samtidig som begge er både tillitsfulle og uforbeholdne (Hummelvoll, 2004, s. 389).

Martinsen, sammen med andre filosofer, setter språkets betydning i lys. Hun understreker blant annet at det er forskjell på ekspertspråket og hverdagspråket, og at ekspertspråket med fagterminologi kan bidra til å skape en barriere mellom profesjonelle og pasienter. Det er derfor viktig å snakke slik at pasientene forstår, det vil si å bruke et hverdagspråk (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 183).

Noen ganger kan non-verbale uttrykk erstatte ordene i en samtale. Ved bruk av kroppsspråk og bevegelser gir vi ut signaler som viser ønsker om for eksempel avstand eller nærhet, fiendtlighet eller imøtekommenhet. Et non-verbalt uttrykk for om en person ønsker nærhet eller avstand, er uttrykk som bruk av rom eller territorium. Vi har alle et personlig rom som er usynlig, hvor kroppen er det synlige sentrum. Rommet vil derfor følge oss hvor enn vi går. Territoriet vårt er derimot knyttet til områder som vi selv eier, det er stedbundet. Vi beskytter territoriet vårt for andres inntrengning. Innenfor vårt personlige rom og territorium skjer vårt samspill med andre personer. Grad av tillit, personlig trygghet og kjennskap er faktorer som er med på å bestemme hvem som får slippe inn i rommet vårt, og hvor nært de kan komme. Nettopp derfor er det viktig at vi som sykepleiere arbeider for å utvikle et godt tillitsforhold til pasientene slik at det er mulig med åpenhet (Hummelvoll, 2004, s. 385).

2.6. Miljøterapi

Miljøterapi kan defineres som en type arbeid som blir ledet av en gruppe personale overfor en gruppe pasienter, med hensikt å bidra til at pasientene opplever bedring. Miljøterapi blir ofte sett på som noe som bare skjer ute i miljøet, men for å utføre god miljøterapi må det en grunnleggende tenkemåte til. En tenkemåte som fokuserer på hva i det menneskelige samspill som gjør at folk blir syke og friske. Personalet må ha gjort seg kjent med denne tenkemåten for at den skal kunne gjenspeile seg i personalets holdninger, samtidig som den kommer til uttrykk i ulike situasjoner (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 199).

For å ta i bruk miljøterapi kreves det struktur på avdelingen. Med struktur menes det at det bør være faste behandlingsaktiviteter som er oppsatt i dags- og ukeplaner. Det innebærer at behandlerne har ansvar for de tildelte rollene de får, samtidig som det bør være reglement for hva slags adferd som ikke blir akseptert fra pasientenes side, eksempelvis trusler og vold. Det bør i tillegg være opprettet prosedyrer for hvordan en håndterer ulike krisesituasjoner inne på avdelingen. Et terapeutisk miljø er et tenkende, undersøkende og levende fellesskap som til enhver tid må være i bevegelse for å ikke stagnere (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 199-200).

2.7. Makt og avmakt

Makt kan ikke ses på som en ting, men som en egenskap vi mennesker har i samhandling med andre. Makt er derimot ikke noe vi har i oss selv, men noe vi blir tilskrevet gjennom rollene vi har i samfunnet. Maktforhold finnes i alle former for relasjoner, for eksempel mellom sykepleier og pasient. Makt kan også forklares som et menneskes mulighet til å påtvinge en ønsket atferd hos et annet menneske, selv om det andre mennesket skulle gjøre motstand (Ingstad, 2013, s. 150-151). For å forstå begrepet makt, må man også forstå begrepet avmakt. Når makt blir brukt for å hindre andre menneskers frihet, kan dem det gjelder føle seg avmektige i sin posisjon. Avmakt innebærer redusert handlingsfrihet, altså mangel på ressurser og midler til å kunne realisere ens interesser. Når man opplever avmakt, vil man oppleve mangel på kontroll over situasjonen samt føle seg ute av stand til å påvirke (Ingstad, 2013, s. 169).

2.8. Relasjon og allianse

For at det skal være mulig å behandle er det en forutsetning at behandleren og den som får behandling har et gjensidig tillitsforhold, uavhengig av hvor i behandlingsskjeden det skjer. Når tilliten er etablert, er det mulig for åpenheten å utvikle seg, man kan altså ikke fremtvinge åpenhet. Det vil være mulighet for samtaler om både tankemessige, følelsesmessige, relasjonelle og atferdsmessige forstyrrelser, samt bearbeiding av dem, når pasienten utvikler tillit til behandleren over tid (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 32).

Tillit er grunnleggende i etableringen av allianse. Det er viktig at personalet møter pasienten korrekt og med respekt for pasientens integritet. Det innebærer at personalet har som hensikt å unngå tvangstiltak med mindre det er høyst nødvendig. Det er viktig at sykepleieren som følger opp pasienten viser seg trygg i situasjoner som pasienten kan oppleve utrygge. Sykepleierens trygghet vil påvirke pasienten positivt, og samtidig bidra til å berolige pasientens angst. Allianse og relasjonen blir utviklet ved at sykepleieren opptrer både tydelig og forutsigbart. Tydeligheten innebærer for eksempel å være enig med pasienten, samt støtte det helt ut. Eller det kan være at sykepleieren tør å være uenig med pasienten, samt begrunne det kortfattet. Forutsigbarheten innebærer at sykepleieren er gjenkjennbar for pasienten (Hummelvoll, 2004, s. 217).

Å danne et tillitsforhold er viktig i enhver samhandling med pasienter, god relasjon er avgjørende for resultatet av behandlingen som gis (Eide & Eide, 2007, s. 140). Når sykepleieren møter pasienten for første gang, vil hun vurdere, observere og trekke slutninger

om pasienten. Pasienten vil vanligvis også gjøre det samme. En stor oppgave som sykepleieren har i sitt første møte med en pasient er å se pasienten som et individ og kommunisere ut fra sin egen opplevelse som sykepleier. Det innebærer blant annet å sette til side alle meninger om hvordan pasienten skulle eller burde være. Sykepleieren og pasienten vil ut i fra dette kunne begynne å skape et bånd som innebærer gjensidig empati og respekt (Eide & Eide, 2007, s. 137-138).

2.9. Brukermedvirkning og empowerment

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å medvirke til planleggingen av sin egen behandling. Pasienten har også rett til å bli informert om sin egen helsetilstand samt innholdet i helsehjelpen som blir gitt. Empowerment handler i hovedsak om å kjempe seg til sin rettmessige plass i samfunnet. Med empowermentbegrepet er det vanlig å prate om en tilbakeføring av myndighet til pasienten. Humerfelt mener at empowermentbegrepet og brukermedvirkning er begreper som slekter på en annen, men som likevel ikke er synonyme. Brukermedvirkning er en forutsetning for empowerment, men empowerment er ikke nødvendigvis en forutsetning for brukermedvirkning (Humerfelt, referert i Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 174).

2.10. Ethiske prinsipper

Her vil autonomi, velgjørenhet og ikke-skade prinsippet samt rettferdighetsprinsippet bli presentert. Disse etiske prinsippene inkluderes i oppgaven fordi jeg ser på dem som svært relevante for min problemstilling.

Martinsen problematiserer det etiske prinsippet om pasientens autonomi, retten til medbestemmelse. Mellom retten til medbestemmelse og formynderholdning fremmer hun den svake paternalismen. Hun mener altså at sykepleieren må bruke sin faglige merforståelse på en måte som gagnar pasienten på best mulig måte (Martinsen, sitert i Kristoffersen, 2011, s. 253). Medbestemmelse kan enten dreie seg om rett til å velge behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Man kan ikke frarøve noen autonomien i seg selv, men man kan gi eller begrense muligheter til å utøve en autonom vilje. Når noen er under tvangsbehandling blir selvbestemmelsesretten til å fatte autonome avgjørelser tatt bort, men den autonome viljen kan likevel være der (Slettebø, 2013, s. 88-89).

Velgjørenhetsprinsippet går ut på å gjøre vel for pasienten, altså gjøre det som er det beste for pasienten. Ikke-skade prinsippet handler om at man som sykepleier er pliktet til å passe på at pasienten ikke blir skadet av sykepleierens behandling. Velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade

prinsippet blir ofte omhandlet sammen fordi begge har som hensikt å gjøre det vel for pasienten (Slettebø, 2013, s. 103).

Som sykepleier har man plikt til å behandle hver enkelt pasient rettferdig og ut i fra profesjonelle standarder. Alle har rett til helsehjelp og behandling uavhengig av bakgrunn eller nåværende situasjon (Slettebø, 2013, s. 134-135). Som sykepleier skal man også ivareta pasientens verdighet og integritet, samtidig som man skal ivareta retten til medbestemmelse samt retten til å ikke bli krenket. Man skal behandle pasienter og andre medmennesker med respekt, og man skal fremme helse. Man skal beskytte mot handlinger som er krenkende for den enkelte pasient, i tillegg til å beskytte pasienten mot tvang. Man skal respektere og ivareta menneskerettighetene, og beskytte pasienten mot unødvendig og ulovlig begrensning av ens rettigheter. Videre skal man utøve god og helhetlig sykepleie og omsorg for alle som trenger det. Dette uavhengig av bakgrunn, alder, kjønn, sykdom, sosial status eller funksjonshemming. Man har taushetsplikt og denne skal overholdes. Pasientens fortrolige opplysninger skal vernes om (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3. Metode

Metode er et redskap som bidrar til å hjelpe oss med å samle inn nødvendig data og informasjon til undersøkelsen vi utfører. Når en er metodisk i vitenskapelig forstand, er det relevant å bruke samt overholde intellektuelle standarder i argumentasjonene en gjør (Dalland, 2017, s. 51-52). Metoden i oppgaven er litteraturstudium.

3.1. Litteraturstudium som metode

En litteraturstudie inneholder kunnskap som allerede eksisterer, samtidig som den systematiserer kunnskapen. Å systematisere kunnskap handler om å søke den opp, samle den inn, samt vurdere og sammenfatte den (Støren, 2013, s. 17).

I litteraturstudien har jeg brukt pensumlitteratur som gjelder for alle tre årene ved sykepleierutdannelsen. I tillegg har jeg brukt litteratur som er egenvalgt i form av forskningsartikler og ulik faglitteratur. Det er viktig at problemstillingen er så avgrenset som mulig, og ikke minst presist formulert, nettopp på grunn av at oppgaven er en litteraturstudie (Thidemann, 2015, s. 80). Jeg har brukt folkehelseinstituttets sjekklister ([vedlegg 2 og 3](#)) for å analysere og vurdere forskningen som er inkludert (Folkehelseinstituttet, 2014).

3.2. Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at forskeren går i dybden av det som blir studert. Metoden har som hensikt å fange opp en mening og en opplevelse som verken lar seg måle eller tallfeste. Kvalitet er et ord som viser til karaktertrekkene eller egenskapene til fenomener. Forskere som benytter seg av kvalitativ data kalles ofte for «tolkere» (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitative undersøkelser benytter seg av intervju, observasjon og analyse av dokumenter (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12). Kvantitativ metode kjennetegnes ved at de gir data i form av enheter som er målbare. Forskere som benytter seg av kvantitative data kalles ofte for «tellere» (Dalland, 2017, s. 53). Kvalitative undersøkelser bygger på statistiske analyser og opptellinger, som for eksempel ved spørreundersøkelser (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12). Jeg har i denne oppgaven benyttet forskningsartikler med kvalitative metodiske tilganger. Fordelen med dette sett i forhold til problemstillingen er at kvalitativ metode går i dybden på funnene som blir gjort (Thidemann, 2015, s. 78). Disse artiklene gjøres rede for i kapittel 4.

3.3. Søkestrategi

I søkeprosessen etter forskningsartikler har jeg brukt databasene PsycINFO, Cinahl, Idunn og Svemed+. Søkeordene jeg har brukt er *coercion, attitudes, ethic*, prevention, force, mental disorder, mental illness, mental health og psychiatric ward*. I søket har jeg brukt ulike Mesh-termer, et hjelpemiddel som skal bidra til å forbedre søkene i databasene (Helsebiblioteket, 2016).

I søket har jeg huket av på «advanced search» i de ulike databasene. Siden Norden har en annen kultur og annet lovverk enn mange andre land, og det vurderes som av betydning at forskningen er overførbar til norske praksiser, har jeg valgt forskning som har blitt utført i Norden. Noen av artiklene er likevel engelskspråklige.

3.4. Litteratursøk

For å finne relevant forskning benyttet jeg skolens databasesystem. Jeg gikk først inn på Cinahl. Der skrev jeg inn attitudes and coercion i søkefeltet, og huket av på peer reviewed. Det ga totalt 459 treff. Jeg endret deretter søket til attitudes and coercion in psychiatric ward og fikk totalt 14 treff. Av de 14 artiklene valgte jeg ut to forskningsartikler som også var fagfelleverdert. Det var artikkelen til Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud (2011) og artikkelen til Larsen & Terkelsen (2014). Disse artiklene var mest relevante da de omhandlet pasienter og psykiatriske institusjoner i Norge, samtidig som de fikk frem både pasientenes og de

ansattes perspektiver på tvang og tvangsopplevelser. Videre brukte jeg søkemotoren PsycInfo hvor jeg brukte søkeordene coercion and ethic*, som ga totalt 530 treff. Jeg endret deretter søket til coercion and ethic* and mental health, som ga totalt 131 treff. Av disse fant jeg én artikkel som lå som nr. 2 på listen over artikler. Det var artikkelen til Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen (2016). Artikkelen var relevant da den tok for seg etiske dilemmaer knyttet til tvangsbruk, noe som også er nyttig for videre drøfting i oppgaven. Videre brukte jeg søkemotoren Idunn, og brukte søkeordene tvang og omsorg, som ga totalt 407 treff. Jeg endret søket til tvang og omsorg og psykiatrisk helsevern, og fikk 102 treff. Av de valgte jeg artikkelen til Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) da den også belyste godt pasienters opplevelse av tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. Til slutt brukte jeg søkemotoren Svemed+. Jeg søkte først på prevention and force and mental disorder, som ga totalt 1 treff. Overskriften stemte ikke til problemstillingen, så jeg gikk ikke videre inn på den. Deretter brukte jeg søkeordene force and mental illness som ga totalt 3 treff. Overskriftene på artiklene svarte ikke på problemstillingen, og var i tillegg svært gamle. Søket ble deretter avsluttet. Jeg har brukt Thidemann (2015) sin tabell for søkehistorikk, som ligger i [vedlegg 1](#) etter referanselisten.

3.5. Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne litteratur som best belyser en problemstilling, samtidig som det dreier seg om å gjøre rede for den allerede anvendte litteraturen i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). Kildekritikk benyttes altså for å vurdere samt karakterisere den utvalgte litteraturen (Dalland, 2017, s. 158).

Det anbefales av NOKUT med flere at artiklene ikke er eldre enn fem år gamle (Støren, 2013, s. 60). Artikkel 1 i denne oppgaven er ni år gammel, noe som kan sees på som en svakhet for oppgaven dersom nyere forskning om temaet er utført. Likevel er den svært relevant for denne oppgaven, da den omhandler konkrete akuttposter i Norge, og nyere forskning om akkurat dette temaet har jeg ikke lyktes i å finne.

For å kunne vurdere relevansen til den valgte forskningen, og hvordan den kan være nyttig for problemstillingen, har jeg brukt folkehelseinstituttet (2014) sine sjekklister som tar for seg både kvalitativ forskning og systematiske oversikter. Jeg har ut i fra disse sjekklisterne kritisk vurdert og analysert den valgte forskningen. Sjekklisterne har vært med på å kvalitetssikre forskningsartiklene, samtidig som de har vært med på å forsikre at datamaterialet er til å stole på. Sjekklisterne ligger i [vedlegg 2](#) og [3](#) etter referanselisten.

4. Resultat

I dette kapitlet presenteres de fire forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven.

4.1. Artikkel 1: Husum, T., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011).

Hensikt: Artikkelen omhandler flere akuttposter i Norge og har som hensikt å undersøke personalets holdninger til tvangsbruk mot pasienter som har psykiske lidelser. Forskerne i artikkelen har i forskningsprosessen sett på tidligere forskning som har kommet frem til at det er store forskjeller på holdningene til personalet ved flere institusjoner i landet når det gjelder tvangsbruk, og ville undersøke dette nærmere.

Metode: Det ble foretatt en multisenteranalyse i forskningen, det vil si at metoden har funnet sted på forskjellige plasser på samme tid, og at den samme protokollen har blitt fulgt på alle stedene. Data om pasientene ble samlet inn, og det ble fokusert på de pasientene som var innlagt i løpet av tre måneder, samtidig som det ble fokusert på deres behandlingsepisoder. I tillegg ble det samlet inn data om blant annet personalets egenskaper, holdninger, bemanning og antall sengeplasser på avdelingene. Studien hadde et kvalitativt metodisk design der forskerne gjorde bruk av feltarbeid og tilhørende feltobservasjoner.

Funn/resultat: Denne studien viste at personalet ofte ser på tvangsbruk som en form for omsorg og som en form for beskyttelse overfor både pasientene og personalet. Forskerne fant variasjon i resultatene, som de antyder kunne ha sammenheng med at personalet var forskjellige ved de ulike avdelingene.

4.2. Artikkel 2: Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, P. (2016).

Hensikt: Studiens hensikt er å bedre kunne forstå de etiske utfordringene som kommer av tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. Artikkelen sier blant annet noe om betydningen av utfordringen rundt temaet, samt at sykepleierne må være mer bevisste på tvangsbruken og konsekvensene den har for pasientene. Forskerne argumenterer for at når tvang utøves, er etikken særdeles viktig å ha med, særlig når det gjelder det å ivareta pasientene på best mulig måte i deres verste situasjon. Det er derfor viktig å få frem refleksjon hos personer som er med på å utøve tvangen, for å hele tiden kunne forbedre seg og også kunne redusere tvangsbruken.

Metode: Metoden som ble benyttet var systematisk søk etter vitenskapelig litteratur. Forskerne søkte i ulike databaser som blant annet Cinahl, Medline, og PsycInfo for finne aktuell litteratur. Til sammen 22 studier ble inkludert.

Funn/resultat: Studien viser at det er lite litteratur og forskning rundt temaet. Likevel konkluderte forskerne med at klinikere kan være bedre forberedt og rustet til å forebygge tvang ved å utvikle et språk som kan beskrive de etiske utfordringene bedre, og samtidig ha enda mer fokus på etikken rundt bruk av tvang.

4.3. Artikkel 3: Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014).

Hensikt: Studien har som hensikt å undersøke hvordan både pasienter og personell, inkludert sykepleiere, opplever tvang innenfor lukkede psykiatriske avdelinger i Norge. Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den belyser blant annet hvordan bruk av tvang kan svekke alliansen mellom pasienter og ansatte.

Metode: Det ble gjennomført feltarbeid hvor data ble samlet inn ved hjelp av deltakerobservasjon og samtaler samt intervjuer med pasienter og ansatte. Datasamlingen foregikk over en periode på fire måneder. Forskerne observerte og studerte i tillegg hvordan pasienter og ansatte oppførte seg i miljøet, og for eksempel hva de hadde samtaler om.

Funn/resultat: Et sentralt funn var at de ansatte spesielt hadde forskjellige syn på bruk av tvang. Det blir derfor foreslått gjensidighet og gode dialoger som praksis for å kunne bidra til å redusere tvangsbruken.

4.4. Artikkel 4: Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014)

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke samt belyse hvordan pasienter med psykoselidelser på best mulig måte kan ivaretas på sykehus under innleggelse. Forfatterne undersøker også hvordan tvang kan reduseres, samtidig som de stiller spørsmål relatert til brukermedvirkning.

Metode: Det ble gjennomført intervju av ni pasienter totalt under sykehusinnleggelse eller rett etter utskriving. Studien er kvalitativ med en narrativ innfallsvinkel. Fokuset var på hvilken innsikt pasientene har i både behandling og deres samarbeid med helsepersonellet. Studien presenterer pasientenes egne erfaringer med tvangsbruk, og stiller spørsmål til hvordan pasientene ønsker at helsepersonellet skal behandle dem. Forholdet og dialogen mellom helsepersonellet og pasientene blir vektlagt.

Funn/resultat: Studien konkluderer med at tvangsbruk er med på å gjøre det vanskelig å bygge gode omsorgsrelasjoner. Pasientene viste forståelse for tvangsbruken i enkelte tilfeller, men ønsket likevel at den skulle bli redusert samt gjennomføres så varsomt som mulig. For å kunne praktisere god omsorg innenfor psykisk helsevern, kreves det at god dialog med tillatelse for forskjellige oppfatninger både respekteres, begrunnes og kommuniseres. Dette

kan være med å bidra til at både pasienten og helsepersonellet klarer å se ulike saker fra ulike perspektiv. Det kan igjen bidra til å øke gjensidig forståelse.

4.5. Sammendrag

Flere av studiene kommer frem til at ansatte ved psykiatrisk institusjon har varierende syn på bruk av tvang, og at det trengs mer bevissthet rundt temaet. Samtidig viste forskningen at det trengs mer etisk bevissthet inn i psykiatrien med hensyn til tvangsbruken. Pasientene i forskningen kunne gi et klarere syn på hvordan de selv opplevde tvangsbruken, de sa blant annet at de assosierte tvangsbruken med tap av autonomi, verdighet og maktesløshet. Pasientene selv ønsket et bedre kommunikasjonsforhold med pleierne for å redusere tvangsbruken og de negative assosiasjonene.

5. Drøfting

I dette kapitlet skal funnene drøftes i lys av mitt teoretiske perspektiv som ble presentert i kapittel 2. Her vil jeg forsøke å svare på min problemstilling gjennom å benytte tidligere forskning, sykepleieteori, ulike fagteori og lovverk. Problemstillingen som innledende ble skissert er:

«Hvordan kan sykepleiere ved psykiatrisk avdeling bidra til å redusere bruk av tvang?».

5.1. Kan medvirkning påvirke tvangsbruk?

I studien til Larsen & Terkelsen (2014) ble det funnet at pasienters negative erfaringer var påvirket av fravær av valgmuligheter, manglende innflytelse og unødvendig tvangsbruk. Pasientene mente blant annet at en stor del av tvangsbruken kunne ha vært avverget dersom personalet hadde tatt seg bedre tid til å være med dem og sett på dem som enkeltpersoner, samt vært mer fleksible. Pasientene hadde også opplevelser av tvang som en form for straff eller manglende etterlevelse. Forskerne trekker frem at for å kunne skape samforståelse er det nødvendig med åpenhet rundt alle motiv for bruk av tvang. Pasientene viste forståelse for tvangsbruken i enkelte tilfeller, men ønsket likevel at bruken skulle reduseres til et minimum. Som følge av tvangsbruken hadde pasientene et ønske om en dialog eller debriefing slik at alle involverte kunne hente lærdom ut av hendelsene.

Brukermedvirkning handler om retten til å delta i beslutninger som berører en selv. For myndige voksne er dette en allmenn menneskerett (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 177). Likevel kan selvbestemmelse for mange pasienter være nytt. En stor andel pasienter med psykiske lidelser har problemer med å foreta valg samt gi uttrykk for egne behov, og

deltakelse i egen beslutningsprosess kan derfor være en utfordring for mange. Det er derfor viktig at institusjonen har som mål at pasientene skal utvikle en rolle hvor de selv holder tøylene (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 177). Ved å stimulere pasientens myndighet, selvaktelse, autonomi og sosiale ferdigheter vil man kunne støtte opp om deres valg av helseatferd og deres avgjørelser. Empowerment refererer til menneskers evne til å utvikle forståelse for å kunne kontrollere sosiale, personlige, politiske og økonomiske krefter. På grunnlag av denne forståelsen vil en kunne handle målrettet for å forbedre sin egen livssituasjon (Hummelvoll, 2004, s. 574-575). For det helsefremmende arbeidet har verdens helseorganisasjon (WHO) foreslått en strategi. Strategien er en prosess som skal bidra til at det enkelte mennesket og samfunnet skal øke kontroll over handlinger og avgjørelser som omhandler og berører helse. Hovedprinsippene i strategien går ut på at det skal omfordeles makt fra fagpersoner, eksempelvis sykepleiere, til pasientene. Hensikten med denne fordelingen er at den enkeltes tro, uavhengighet og ressurser skal styrkes. Empowerment handler altså om å ta eller ha mest mulig kontroll over faktorer som påvirker ens egen helse. Vi som sykepleiere skal aktivt bidra til å være samarbeidspartnere til pasienten gjennom empowermentprosessen (Tveiten, 2012, s. 175).

Pasientene skal ikke være passive mottakere, men aktive medvirkere (Ingstad, 2013, s. 146). Sykepleieren og pasienten er eksperter på hvert sitt område når det gjelder empowermentprosessen og medvirkning. Sykepleieren er ekspert på det faglige, mens pasienten er ekspert på seg selv. Her er det viktig med et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient (Tveiten, 2012, s. 178-179). Hummelvoll (2004) mener at for å skape et grunnlag for betydningsfulle møter med pasienter, er det nødvendig å ha evnen til å være seg selv, ekte og nær. Når pasienten får medvirke vil det si at pasienten blir lyttet til, spurt og tatt på alvor. Dette er en måte å bli anerkjent på, og både medvirkning og anerkjennelse handler om å delta i beslutningsprosesser. Når sykepleieren og pasienten samarbeider i beslutningsprosessen, innebærer det at begge parter har makt. Likevel har studier vist at samarbeidet mellom helsepersonellet og pasientene ikke er like lett å gjennomføre. Det er lettere sagt enn gjort å legge til rette for at pasienten kan medvirke, samtidig som det er lettere sagt enn gjort å omfordele makten samt anerkjenne pasienten som ekspert. Dette kan handle om at vi som helsepersonell har fort for å tenke at det er vi som vet best, og samtidig tenke at det er vi som har makten når det gjelder både posisjoner, kunnskap og beslutningsmyndighet (Tveiten, 2012, s. 178-179). Som sykepleier har man fagkunnskaper som gjør oss bedre i stand til å hjelpe den syke, vi må bruke vår sykepleiebakgrunn til å gjøre situasjoner gjenkjennbare slik

at pasienten ikke blir umyndiggjort, men anerkjent. Sykepleieren må gjøre pasienten til en deltaker ut i fra sykepleierens bakgrunn, ved å gjøre situasjonen mellom dem kjent og trygg, ikke fremmed (Martinsen, 2003, s. 76).

5.2. Tvang - Makt eller omsorg?

Man kan ikke unngå makt, den er tilstede i alle situasjoner. Når man som helsepersonell vedgår at man har makt, er det viktig å kritisk reflektere rundt utøvelsen. Noe som er viktig å trekke frem er at makt kan være noe positivt som man kan bruke til det beste for pasientene. Likevel kan den misbrukes. Maktutøvelse kan skje på forskjellige måter. Åpen maktbruk innebærer at den som utøver tar i bruk tvangsmidler, fysiske eller psykiske, for å få viljen sin gjennom. Skjult maktbruk vil derimot si at utøveren ikke vil at innflytelsen skal være synlig, og kan for eksempel ta i bruk manipulering eller bestikkelser for å få viljen sin gjennom (Ingstad, 2013, s. 152). Når et maktforhold skal vurderes, er refleksjon viktig. Det vil si at å se situasjonen fra den andres ståsted, kan være bra korrigerende på ens egne handlinger (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 171). Monsen mener at de individuelle relasjonene vi har, kan skifte fort mellom makt og avmakt, og at nettopp det er grunnen til at refleksjon rundt opplevelser er nødvendig (Monsen, referert i Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 171). Makt finnes overalt og skjuler seg i det selvsagte, den er likevel mest potent der hvor den er best gjemt. Makt er heller ikke noe man bare har, men makt, kunnskap og relasjon er tett bundet sammen og er forutsetninger for hverandre (Vik, 2007, s. 85).

Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud (2011) belyser i sin studie at ansatte ved akuttpsykiatriske avdelinger i Norge generelt hadde et pragmatisk syn på tvangsbruk. Det vil si at de ansatte så på bruk av tvang som omsorg og beskyttelse for både pasienter og ansatte. Studien viser også at de ansatte heller ikke tenkte på bruk av tvang som fornærmende mot pasientene, og at de heller ikke var særlig kritiske til tvangsbruken. Ikke-skade prinsippet står for skånsomhet og omtanke, og som sykepleier skal en minimalisere pasientens smerter og ubehag (Nortvedt, 2012, s. 97). Avdelinger har prosedyrer for bruk av tvang, likevel er det viktig å utføre prosedyrene så varsomt og skånsomt som mulig, for å redusere pasientens ubehag. I en artikkel fra Sivilombudsmannen (2019) kommer det frem at ved en psykiatrisk avdeling i Norge var det lite kunnskap om omfanget av egen tvangsbruk på de ulike seksjonene. Det ble også registrert mer og lengre bruk av belter enn det vanligvis registreres på andre psykiatriske døgnenheter. I St.meld. nr. 26 fra regjeringen blir det skrevet at det ikke skal tillates tvangsbruk dersom alternative tiltak kan bidra til å avverge skadene. Videre står det at det ikke er mulig å peke på en spesiell atferd som gir grunnlag for utøvelse av tvang. Det menes

altså at i mange tilfeller kunne alvorlige utageringer blitt håndtert med tiltak basert på frivillighet og brukermedvirkning. Det er derfor høyst nødvendig å vurdere hver enkel situasjon med både faglig forsvarlighet og etisk skjønn (Regjeringen, 1997-98).

Omsorg er sykepleierens verdigrunnlag, og Martinsen er opptatt av det moralske i hennes teori. Sykepleieren bestemmer omsorgen ut i fra sin egen situasjonsforståelse, og har en helt avgjørende rolle i omsorgsutøvelsen. Martinsen legger vekt på balansegangen mellom formynderi og unnlattelsessynder, noe som kan være en utfordring for den profesjonelle sykepleieren (Slettebø, 2013, s. 77). Likevel har de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) åpnet opp for denne balansegangen. I retningslinjene står det blant annet at sykepleieren skal respektere pasienten sin rett til å foreta egne valg. Videre står det at sykepleieren skal beskytte pasienten mot handlinger som er krenkende, eksempelvis ulovlig eller unødvendig rettighetsbegrensning og bruk av tvang. Martinsen sier at våre holdninger til andre inneholder en moralsk verdi, altså at vi gjennom våre holdninger og væremåte formidler godhet og omsorg. Med vår stemme, holdning og blick, kan vi være med på å skape trygghet, men vi kan også skape utrygghet med det samme (Slettebø, 2013, s. 76-77).

5.3. Kommunikasjon og dens betydning i psykiatrisk helsearbeid

I studien til Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) forteller pasientene at tvangsbruk på avdelingene kunne vært avverget dersom personalet hadde brukt mer tid på å prate med dem og hatt bedre fokus på dem. Videre i artikkelen trekkes det inn ulik forskning som også sier at pasienter har vist misnøye med manglende innflytelse i behandlingen, samtidig som pasientene heller ikke følte seg respektert av personalet. Mange av pasientene klaget også over at personalet brukte nedtalende kommunikasjon mot dem, og at forholdene var preget av mistillit og lite anerkjennende tilnærminger.

Den eksistensielle tilnærmingen til pasientens situasjon handler om å aktivt og empatisk prøve å møte pasienten på samme plass som han befinner seg i sin aktuelle livssituasjon (Hummelvoll, 2004, s. 36). For å kunne nå inn til pasienten, både til hans selvoppfatning og til hans problem, er det en forutsetning at man lytter. Å lytte til pasienten betyr at man er åpen for de ulike måtene pasienten kan prøve å gjøre seg forstått på, både med og uten bruk av ord. Når man lytter er man i en aktiv tilstand som er preget av et konsentrert nærvær. Nærværenhet kan sees på som evnen til å være tilstede på en autentisk måte, og gir mulighet til å skape et jeg-du-forhold. Dette forholdet kan være med å danne et reelt møte mellom pasient og sykepleier. Møtet vil inneholde flere viktige dimensjoner; et fysisk møte hvor man er ansikt-

til-ansikt, et møte med en grunnleggende tone av vennskapelighet og et møte hvor man viser virkelig interesse for forståelse av den andre. Et reelt møte vil derfor være til betydning for både pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2004, s. 42-43).

For å få tak i en annens virkelighet gjennom symboler, metaforer eller psykotiske forvrengninger av språk, er det viktig at vi bruker tid og fantasi for å komme frem til en felles forståelse. Pasienten kan for eksempel se ut til å ønske kontakt, men klarer ikke å forholde seg til den nærheten som kontakten representerer. Som sykepleiere og hjelpere må vi forholde oss til vrangforestillinger og hallusinasjoner som kan utvikles uavhengig og avhengig av kontekst. For å kunne skape en dialog med pasienten er vi avhengige av et felles språk. Når kommunikasjonskanalen mellom pasient og sykepleier er avstengt eller i hvilemodus, er det viktig å redusere impulsene som pasienten mottar, samtidig som det er viktig å skape en ytre trygghet. På denne måten kan pasienten samle de kreftene som trengs for at det kan etableres en indre trygghet som kan gi tilgang til en felles forståelse (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 184). Berit Ianssen sier at kroppen også har et språk, en kroppslig dialog. Hun mener at når mennesker møtes vil det alltid oppstå en samtale, selv når det ikke brukes ord. Alle møter innebærer en kroppslig dialog (Ianssen, referert i Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 185).

Det ligger mye makt i kommunikasjonsformene våre. Martinsen trekker frem at det ikke alltid er gjeldende hva som blir sagt, men selve uttrykket, hvordan det blir sagt. For det er i uttrykket og tonen vi er mest til stede (Martinsen, referert i Nortvedt, 2012, s. 58).

Kroppsholdning, stemme, valg av ord og uttrykk samt bevegelser viser ofte maktforholdet mellom mennesker. Dersom vi som helsepersonell bruker ulike ord og uttrykk, fagterminologi, som pasienten ikke forstår, utøver vi en form for maktbruk. Pasienten kan da føle seg liten og maktesløs. Kommunikasjon kan bidra til å bygge relasjoner, men samtidig kan kommunikasjon også være med på å skape avstand og brudd. Vi gjenspeiler makten i språket vårt og ordene vi velger å bruke. Vi kan for eksempel si at pasienten er sliten i dag, eller vi kan si at pasienten er lat i dag. Vi beskriver ikke bare virkeligheten, vi skaper også virkeligheten med måten vi ordlegger oss på. Sier vi at pasienten er sliten, beskriver vi virkeligheten. Sier vi derimot at pasienten er lat, skaper vi virkeligheten (Ingstad, 2013, s. 157).

Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen (2016) belyser i sin studie at den viktigste begrunnelsen for å bruke tvang er trolig å fremme det beste for pasienten samt trivsel. I forsøk på å fremme det som er best for pasienten, ser det ut til å være et etisk dilemma for helsepersonell å finne

en balanse mellom de terapeutiske idealene i samarbeid med pasienten og den kontrollerende rollen. For helsepersonell blir god kontroll sett på som evnen til å kunne skape et miljø som er trygt og strukturert. Et miljø som er terapeutisk for pasienten. Videre blir det belyst i artikkelen at pasienter rapporterte at den beskyttende holdningen til personalet enkelte ganger ble opplevd som straff og frihetsbegrensende.

Både pasienter og personalet er med på å påvirke miljøet. Det gjør at de er henvist og avhengige av hverandre. Personalet må bevisst styre utviklingen og den sosiale prosessen for at miljøterapien skal få den ønskede effekten. Personalet må altså ha et definert mål for hvordan utviklingen av miljøet skal foregå. I miljøarbeidet er det viktig at personalet har en felles grunnforståelse for psykiske lidelser, og hvordan man best kan imøtekomme disse (Hummelvoll, 2004, s. 431). I møte med pasienter bruker vi hele personligheten vår, enten vi reflekterer over det eller ikke (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 208). Personalet har en sentral rolle i miljøterapien, de skal for eksempel fungere som gode rollemodeller når det gjelder måtene man møter problemer på, hvordan man gir rom for følelsesmessige reaksjoner, også når det gjelder sosial samhandling. Det er derfor viktig at personalet fremmer et aktivitetsnivå og en god kommunikasjonsform som er tilpasset pasientene (Hummelvoll, 2004, s. 431-432). Den mest avgjørende oppgaven i miljøterapien er å klare å stå i trykket av de følelsesmessige påkjenningene vi som helsepersonell blir utsatt for. Vi må kunne beholde evnen til å engasjere, tenke og kommunisere empatisk med pasientene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 208). I et terapeutisk miljø vil pleierne hjelpe pasientene til å bedre selvfølelsen, skape større mestringsevne og styrke evnen til å tåle relasjoner med andre mennesker (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 213).

6. Konklusjon

God kommunikasjon fremstår som essensielt for å kunne ivareta og imøtekomme pasienter på best mulig måte. Samtidig er det å lytte, se, akseptere og respektere pasienten nøkkelgrep for kunne bygge solide relasjoner med pasientene preget av medvirkning. Det er, slik jeg ser det, behov for økt bevissthet på betydningen av non-verbal kommunikasjon, da vi til enhver tid kommuniserer med kroppen. Som sykepleiere må vi bli mer bevisste på hvordan vi prater med kroppen. Vi kan snakke om én ting, men kroppslig vise noe annet uten av vi selv er klar over det. Pasienten vil derimot prøve å tolke både kroppsspråket og det vi sier.

Etter å ha gjennomgått forskning konkluderes det med at det trengs mer bevissthet rundt bruk av tvang og motiv i forkant av iverksettelse. Ved å bruke mer tid på pasientene samt vise

tilgjengelighet i avdelingen, kan man tidlig avverge situasjoner hvor tvangsbruk kanskje hadde blitt et senere tiltak. Som sykepleier utfører man handlinger som skal være til pasientens beste. Det er derfor viktig at handlingene alltid vurderes med skjønn og faglighet i forkant og etterkant. For at pasientene skal føle seg verdige og medvirkende i egne behandlinger, er anerkjennelse og forståelse nødvendig. Pasienter føler seg maktesløse når de utsettes for tvang. Ved å fremme miljøterapi og dens tenkemåte på psykiatrisk avdeling, kan pasientene samt deres evne til å samhandle med andre mennesker styrkes. Et tilrettelagt terapeutisk miljø er oppsummert viktig for å skape trygge og strukturerte rammer for pasienter som opplever kaos og utrygghet.

7. Referanseliste

- Bergem, R. (2007). Medborgarskap og myndiggjering. I T-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. 102-117). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 243-284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket (2012) *Hver femte innlagt med tvang (Sykepleien.no)*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hver-femte-innlagt-med-tvang-sykepleien.no>
- Helsebiblioteket (2016). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2016). *Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review*. University of Oslo, Norway. DOI: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733016629770>
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husum T. L., Bjørngaard, J. H., Finset A. & Ruud, T. (2011) *Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards*. Springer-Verlag 2010
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>
- Høie, B. (2019, 4. mars). Helseminister Bent Høie: Jeg lytter heller til pasientene. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/mening/debatt/i/A2OWrM/Helseminister-Bent-Hoie-Jeg-lytter-heller-til-pasientene>

- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, K. & Gjertsen, H. B. (2010). *Forståelse i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen I. B. & Terkelsen, T. B. (2014) *Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff*. Nursing Ethics (NURS ETHICS), Jun2014; 21(4): 426-436. (11p). doi: 10.1177/0969733013503601
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014). *Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid02 / 2014 (Volum 11)
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernforskriften (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (FOR-2011-12-16-1258). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.
- Regjeringen (1997-98). *Begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting*. (Meld. St. 26 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1997-98-/id191579/sec1>
- Sivilombudsmannen (2019, 2. april). *Kritikkverdigg høy bruk av tvang ved Sykehuset Østfold*. Hentet fra <https://www.sivilombudsmannen.no/aktuelt/kritikkverdigg-hoy-bruk-av-tvang-ved-sykehuset-ostfold/?fbclid=IwAR2ppCtwB3ACeNDm01DGiCkZIFDK2E9wOQ8Wt1snh9NePXgVYvuWSILZVmw>

- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk – praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringar for helse- og sosialarbeidarar. I T-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. 102-117). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waale, R. B. (2015). *Fortell meg!: en samling dikt og betraktninger*. Oslo: Inspirasjon forlag.

7.1. Vedlegg 1 - Søkeshistorikk

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler	Eksklusjon	Dato
Cinahl	«Attitudes» And «Coercion in psychiatric ward»	14	2	2	2		22.02.2019
PsycINFO	“Coercion” And “Ethic*” And “Mental health”	131	2	1	1		22.02.2019
IDUNN	“Tvang” OG “Omsorg” OG “Psykiatrisk helsevern”	102	2	2	1		07.03.2019
Svemed+	«Prevention» And «Force» And «Mental disorder»	1	0	0	0	Svarte ikke til problemstillingen.	13.03.2019
Svemed+	“Force” And “Mental illness”	3	0	0	0	Svarte ikke til problemstillingen, og var i tillegg svært gamle.	13.03.2019

(Thidemann, 2015 , s. 89).

7.2. Vedlegg 2 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning	Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards	Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff	Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern
Er formålet med studien klart formulert?	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)	Ja Uklart Nei (X) (O) (O)
Er utformingen hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja Uklart Nei (X) (O) (O) Kommentar: Det ble i studien tatt i bruk et 15-punkts spørreskjema, Staff Attitude to Coercion Scale (SACS). Spørreskjemaet tok for seg hvordan den enkelte i personellgruppen oppfattet holdninger til de ansatte som en gruppe. Samtidig som spørreskjemaet ble brukt, ble det også gjort feltobservasjon.	Ja Uklart Nei (X) (O) (O) Kommentar: Intervju og observasjon ble tatt i bruk. Totalt deltok 22 ansatte og 12 pasienter. Notater fra feltarbeidet og intervjuer bestod av 200 fulle sider som ble nøye vurdert.	Ja Uklart Nei (X) (O) (O) Kommentar: Studien baseres på intervjuer med pasienter mens de er innlagt eller intervjuer med dem umiddelbart eller utskrivning. Totalt ble 9 personer intervjuet.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: 651 ansatte fra 33 akutte og subakutte psykiatriske avdelinger deltok i studien, hvor 386 av dem var kvinner. Utvalget er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, fordi den belyser de ansattes holdninger og tanker rundt tvangsbruk ved akuttpsykiatriske enheter.</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: 12 pasienter deltok i studien, 9 menn og 3 kvinner. Den yngste pasienten var 17 år, den eldste var 53 år. Av de 22 ansatte som deltok, var 14 av dem menn og 8 kvinner. For å besvare problemstillingen er utvalget hensiktsmessig for å kunne belyse perspektiver på tvangsbruk fra både pasienter og personalet. Pasientene som deltok var ikke tilstede gjennom hele perioden, det kom derimot noen andre inn når noen dro.</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: 9 personer deltok i studien, 4 av dem var kvinner og 5 menn. Den yngste var 20 år, den eldste var 50 år. For å besvare problemstillingen er utvalget hensiktsmessig for å kunne få frem hvordan pasientene selv følte de var blitt ivaretatt under innleggelse. 3 av deltakerne ble intervjuet mens de var innlagt, og 6 av dem ble intervjuet etter innleggelse. 5 andre personer sende inn samtykkeskjema til å delta i studien, men 3 av dem trakk seg i forkant og 2 av dem lykkes ikke forskerne å få tak i.</p>
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Data om pasienter og</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Det ble utført intervjuer, samtaler og deltagende</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Det ble gjort intervjuer av</p>

	<p>behandlingsepisoder ble samlet for alle pasienter som var innlagt i løpet av en 3 måneders periode. Det ble også samlet inn data om antall senger, bemanning, personalets egenskaper, deres holdninger og klinisk praksis i pasientavdelinger. Datasamlingen skjedde via feltobservasjon, samtidig som forfatterne la vekt på både holdninger og behandlingsepisoder.</p>	<p>observasjoner med både pasienter og ansatte gjennom forskningsperioden som var på 4 måneder. I løpet av de 4 månedene fikk forskerne studert hvordan pasientene og personalet oppførte seg i sine naturlige omgivelser, og det ble derfor mulig å komme nærmere på dem og deres opplevelser og handlinger. Forskerne besøkte avdelingen 48 ganger, altså 3 ganger i uken, både på dagen, kvelden og natten. Det ble utført til sammen 18 planlagte intervjuer med de ansatte, en til en.</p>	<p>pasientene, enten i deres egne hjem eller på møterom på sykehuset på høsten i 2010. Det var ingen andre enn intervjueren og pasienten til stede, og deltakerne ble stilt spørsmål om blant annet personalets holdninger, relasjoner og om pasientene ble møtt med høflighet og respekt. Intervjuene varte gjennomsnittlig i 75 minutter, altså fra 0,5 - 2 timer.</p>
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Artikkelen fokuserer på tvangsbruk og personalets holdninger rundt temaet. Artikkelen er basert på feltobservasjon og spørreskjema. En svakhet for forskningen kan være at SACS-</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Artikkelen fokuserer på tvangsbruk, og er basert på et feltarbeid som har blitt utført på en lukket psykiatrisk avdeling. At forskerne utførte deltagende observasjon i feltet samt intervjuet begge parter, er styrkende for artikkelen. At pasienter dro</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Artikkelen omhandler pasientfortellinger og har fokus på tvangsbruk og pasientenes egne erfaringer og situasjoner med tvang. At det ble intervjuet pasienter under innleggelse og etter kan være styrkende</p>

	spørreskjemaet var nyutviklet og trengte fremdeles videre testing og utvikling. At skjemaet hadde en god responsrate og var av stor størrelse kan være styrkende.	og nye kom inn i studien kan anses som en svakhet.	for studien da det får frem ulike perspektiv fra pasientene. At 5 pasienter trakk seg fra studien an være en svakhet da deltakelsen kunne bidratt til bredere forståelse av pasienters erfaringer.
Er etiske forhold vurdert?	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Forskningsartikkelen er godkjent av the Regional Committee for Ethics in Medical Research.	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Forskningsartikkelen er godkjent av the National Committee for Medical Health Research.	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Forskningen er rapportert og godkjent av personvernombud for forskning gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Studien var en del av en multisenteranalyse av akutt psykiatri (MAP) i Norge. Denne ble utført i et forskningsnettverk av akutt psykiatrisk helse.	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Analysen som ble utført var fenomenologisk, og det ble stilt spørsmål som ga pasientene mulighet til å forklare deres opplevelser av å bli utsatt for tvangsbruk, samtidig som personalet også fikk forklare deres opplevelser rundt det.	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kommentar: Det ble anvendt en tematisk narrativ analyse, og var egnet til å utvikle teoretiske resonnement. I tillegg var det godt egnet til å få leseren til å tenke ut over det åpenbare samt lage rom for å kunne tolke innholdet.
Er funnene klart presentert?	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	<p>Kommentar: De ansatte som deltok i studien hadde ulike holdninger til tvangsbruk. Forskingen kom frem til at personalet ofte ser på tvangsbruk som en form for omsorg og som en form for beskyttelse for både pasientene og personalet. Forskerne fant variasjon i resultatene, noe som de tyder kunne ha sammenheng med at personalet også var forskjellige ved de forskjellige avdelingene.</p>	<p>Kommentar: Deltakerne i forskningen opplevde tvangsbruken forskjellig. Flere av de ansatte følte skyld ved tvangsbruk, og pasientene følte seg ikke verdige. Det var til sammen fire hovedelementer i funnene; husregler og irettesettelse, tvang som ble oppfattet som en nødvendighet, betydningen av de materielle omgivelsene og betydningen av å bli behandlet som et menneske.</p>	<p>Kommentar: De fleste av deltakerne hadde opplevd tvangsbruk under innleggelsen. Gjennomgående temaer i studien som var vesentlige for pasientene var åpenhet, tillitt til personalet og gjensidige dialoger. Forskerne fant deretter til sammen tre undertemaer. Det var tvangsbruk som ikke hjelper, tvangsbruk som beskytter og ønsker om empati, anerkjennelse og innflytelse.</p>
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Funnene i studien er nyttige for denne oppgaven fordi de er med på å få frem de ansatte ved psykiatriske institusjoner sine holdninger og tanker rundt tvangsbruken.	Funnene i studien er nyttige for denne oppgaven fordi de er med på å belyse pasienters og profesjonelles opplevelser, tanker og følelser rundt tvangsbruk.	Funnene i studien er nyttige for denne oppgaven fordi de får frem pasienters opplevelse av tvangsbruk, både positive og negative, samtidig som de får frem hvordan pasientene opplever å

			være innlagt på psykiatrisk avdeling.
--	--	--	---------------------------------------

(Folkehelseinstituttet, 2014).

7.3. Vedlegg 3 – Sjekkliste for systematiske oversikter

Sjekkliste for systematiske oversikter	«Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review		
Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Hva er resultatene?	Resultatene viste at autonomi er en grunnleggende utfordring når det gjelder enhver form for bruk av tvang. Når det utføres tvangsbruk er det en primær etisk utfordring å vurdere balansen mellom å fremme det gode og å påføre skade. I studiene som er inkludert er funn som er relatert til rettferdighet få.		
Hvor presise er resultatene?	2245 referanser ble identifisert etter tittel og abstrakt i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier. Av disse ble 116 referanser evaluert for inklusjon i fulltekst. Til sammen oppfylte 22 publikasjoner inklusjonskriteriene.		
Kan resultatene overføres til praksis?	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

	(X)	(O)	(O)
Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)

(Folkehelseinstituttet, 2014).