



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	26-03-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 13:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 323

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9943

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 31

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Omsorg under bruk av mekanisk tvang i tvungent psykisk helsevern

*Care in situations where mechanical restraints are used during
involuntary psychiatric treatment*

Kandidatnummer: 323

Bachelor i vernepleie
Institutt for velferd og deltaking

Veileder: Irene Helland Vikøren
Innleveringsdato 24.05.2019
Antall ord: 9943

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

Bacheloroppgaven som du nå sitter med i hånden, er min siste og avsluttende oppgave på vernepleiestudiet ved Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen. Jeg har jobbet jevnt med oppgaven siden semesterstart, og vil nå ha gleden av å legge frem et ferdig resultat.

Jeg har i mitt prosjekt fått bruk for mye av det jeg har lært i tidligere emner på vernepleiestudiet. Gjennom arbeid med oppgaven har jeg også tilegnet meg ny kunnskap og en større forståelse om emnet jeg har valgt. Jeg har også fått nye perspektiver på tema, noe som jeg kommer til å ta med meg videre i jobben som vernepleier.

Jeg ønsker å gi en stor takk til mine to informanter som sa seg villig til å stille opp på intervju. En stor takk vil jeg også tildele min veileder, Irene Helland Vikøren for gode råd, og hjelp på veien mot en fullført bacheloroppgave.

Signatur

Dato, 24.05.2019

Abstract

Mechanical restraint is one of the most interventional measures you can do to patients during involuntary psychiatric care. In this bachelor, I have selected this following issue: *“How can the social educator provide best possible care in cases where mechanical restraints are used during involuntary psychiatric treatment?”*. I have used qualitative interviews as method in my project. I have also been searching for literature about psychiatric care and the use of coercion in this field.

In my results I have found a lot of factors that may affect the experiences from the procedure. Giving information during the procedure, physical presence and debriefing is some of the factors that is crucial for psychiatric patients experiences during the mechanical restraint situation. I have also discussed my results from my interview and from my included article *«Research article - Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: An interview study»*. In addition to that, I have also included literature from separate books. In the end I want to give a conclusion and a summary of my bachelor.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s.5
1.1 Førforståelse.....	s.7
1.2 Oppgavens disposisjon.....	s.7
2.0 Teori	s.8
2.1 Lovverk.....	s.8
2.1.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.....	s.8
2.2 Alvorlig sinnslidelse.....	s.10
2.3 Selvskading, selvmord og selvmordsforsøk.....	s.12
2.4 Hva er omsorg?.....	s.13
3.0 Metode	s.14
3.1 Kvalitativt intervju.....	s.14
3.1.1 Forberedelsesfase.....	s.15
3.1.2. Gjennomføring av intervju.....	s.15
3.1.3 Analyse av datamateriale.....	s.16
3.2 Litteratursøk.....	s.16
3.3 Styrker og svakheter ved anvendt metode.....	s.18
3.3.1 Reliabilitet og validitet.....	s.19
3.4 Etske overveielser og personvern.....	s.19
4.0 Resultat	s.21
4.1 Resultat fra gjennomførte kvalitative intervju.....	s.21
4.2 Resultat fra inkludert artikkel.....	s.23
5.0 Hvordan yte god omsorg ved beltesengen?	s.26
5.1 Kan holdning, respekt og trygghet ha noe å si?.....	s.26
5.2 Kan fysisk tilstedeværelse bidra til god omsorg for pasienten?.....	s.29
5.3 Hvilken betydning har kommunikasjonen og relasjonen?.....	s.30
6.0 Konklusjon	s.32
7.0 Avslutning	s.33
8.0 Referanseliste	s.34
9.0 Vedlegg	s.37

Vedlegg (IV)

PICO-skjema, intervjuguide, informasjonsskriv og sjekklister for kvalitative studier.

1.0 Innledning

Bruk av mekaniske tvangsmiddel, herunder belteseng, er noe av det mest inngripende en vil kunne gjøre mot pasienter underlagt lov om psykisk helsevern. Viss en pasient er til fare for seg selv eller andre, kan helsepersonell med loven i hånden bruke tvangsmiddel for å ta kontroll over situasjonen. Tvang i psykisk helsevern er en mye omtalt sak. «*Natalie (26) ble lagt i belter da hun ikke ville sove*» (Norman, Åsebø & Braastad, 2016a) er bare et av flere medieoppslag det siste årene som omhandler uriktig bruk av belter i psykiatrien.

Avisartikkelen «*Tonje (21) var beltelagt: Det reddet livet mitt*» (Norman, Åsebø & Braastad, 2016b, ss.16-17) viser en annen oppfatning av tvangen i den norske psykiatrien.

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern.

Mekanisk tvang blir omtalt som belteseng, som er en seng hvor spesialsydd belter kan festes til sengen og der beltene kan festes rundt pasientens ankler, håndledd, mage og bryst. I tillegg vil kombibelter, mobile belter og belteforlengere komme inn under mekaniske tvangsmiddel (Helse Bergen, 2017).

I følge rapporten *Kontroll av tvangsbruk 2017* ser vi at det tilsammen ble fattet 4222 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmiddel i Norge i 2017, og flere av disse vedtakene ble registrert på en og samme person (Kalseth, Bremnes og Mjøs, 2019, s.27). I følge rapporten ble det innrapportert 84 klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven §4-8 annet ledd bokstav a. Ni av disse klagene ble tatt til følge, samtidig som 61 av dem ikke ble tatt til følge. De resterende ble enten trukket, eller kom inn under annet (Kalseth et al. 2019, s.27). Dette er høye tall som berører mange personer, og vil dermed være et viktig emne å belyse.

Jeg tenker at tvang i psykisk helsevern er et viktig emne å sette fokus på fordi bak hver og en linje i sykehusene sine tvangsprotokoller finnes egne opplevelser, erfaringer og historier som pasientene selv tar med seg videre. Jeg ønsker å se på hva vernepleieren kan gjøre i situasjoner der mekanisk tvang blir brukt, som gjør at pasienten tross omstendighetene likevel kan oppleve omsorg og ivaretakelse. Jeg ønsker da å finne ut hva som kan minske de negative opplevelsene ved bruk av disse tvangsmidlene og har med dette laget denne problemstillingen:

«*Hvordan kan vernepleieren på best mulig måte yte omsorg i tilfeller der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungent psykisk helsevern?*»

Formålet med oppgaven min er å se hvordan vernepleieren kan gjennomføre denne type tvangstiltak på en mest mulig respektfull måte ovenfor pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om hvordan man kan yte omsorg for pasienter i tilfeller der belter blir tatt i bruk.

«Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.» (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2). Med tvungent psykisk helsevern menes de samme tjenestene som nevnt over, men uten at det er gitt samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2). Sett i et historisk perspektiv så har ikke psykiatriske pasienter alltid hatt de rettighetene som de har i dag. Tidligere hadde omverdenen lite innblikk i hva som foregikk på asylene, og det var mye eksperimentering med pasienter (Hermundstad, 1999, s.22). Når det gjelder mekanisk tvang, var det tidligere mange pasienter som ble utsatt for fysiske tvangstiltak. Et eksempel var å lenke fast pasienten til en jernstang som hindret han i å bevege armene, samtidig som andre kunne ha halsbånd, masker, sengebelter, håndremmer eller fotlenker (Hermundstad, 1999, s.33).

Det skjedde senere en utvikling, og lov om Sindsyges Behandling og Forpleining ble vedtatt i 1848 (Garsjø, 2008, s.46). Loven omtalte begrensinger av tvangsmidler. Isolat og tvangsmidler skulle bare brukes i nødstilfeller og det skulle protokolleres om midlene ble brukt (Kringlen, 2007, s.59). I følge Einar Kringlen har psykiatriske pasienter de siste 150 årene fått det bedre. Psykiske lidelser har de siste årene blitt mindre tabubelagte enn de tidligere har vært, og pasientene er ikke lenger så stigmatiserende som før (Kringlen, 2007, s. 467).

Om man går inn i vernepleieren sin rolle i psykisk helsevern, ser man at de har de siste årene fått en mye større rolle i psykiatrien enn tidligere. FO stiller seg selv spørsmålet «*Hvorfor er vernepleieren viktig i psykisk helsearbeid?*». De skriver at i dette fagfeltet er det viktig med kompetanse i blant annet psykiske lidelser, etikk og miljøterapi og vernepleiere har i tillegg god kunnskap om bruk av tvang og makt, i tillegg til lovverket som regulerer dette (FO, u.å). Dette er ferdigheter som jeg tenker kommer godt med i arbeid med psykisk helse.

Jeg tenker at temaet for min bacheloroppgave har en vernepleiefaglig relevans da «*Samfunnsfaglige og juridiske emner*» er et av emnene i 2.studieår på vernepleiestudiet. Her blir kontroll og begrenning av tvang grundig gjennomgått, og tiltak som mekaniske tvangsmidler vil her kunne komme inn under bruk av tvang og makt i møte med ulike brukergrupper. På denne måten tenker jeg at emnet har en stor relevans for vernepleiere som jobber eller i fremtiden skal jobbe med bruk av tvang i psykisk helsevern.

1.1 Førforståelse

Jeg har selv litt erfaring fra psykisk helsevern, da jeg har jobbet en del innenfor feltet. Jeg har her fått erfaring med ulike typer tvangstiltak, herunder både skjerming og beltelegging. Jeg har i løpet av disse årene fått en forståelse for at tvang noen ganger er nødvendig, samtidig som dette kan føles som et overgrep for pasienten. Jeg har fra denne jobben snakket med pasienter etter bruk av disse tvangsmidlene, der de selv har fått uttrykt sine opplevelser. Jeg har blitt mer og mer opptatt av hvordan jeg som vernepleier kan påvirke pasientens opplevelse i tilfeller der de mekaniske tvangsmidlene må brukes.

1.2 Oppgavens disposisjon

Jeg vil i denne oppgaven starte med å presentere en teoridel der jeg går inn på aktuelt lovverk for min problemstilling. Jeg vil så definere alvorlig sinnslidelse, si noe om selvskading, selvmord og selvmordsforsøk, før jeg presenterer noe omsorgsteori. Jeg vil etter dette ha en metodedel der jeg presenterer metodene jeg har brukt, styrker, svakheter, etiske overveielser og personvern. Jeg velger å ha en resultatdel der jeg trekker frem hovedfunnene fra intervju og forskning. I drøftingsdelen vil jeg trekke frem igjen funnene å knytte dette opp mot litteratur og egen refleksjon rundt tema og problemstilling. Jeg vil så ha en konklusjon der jeg oppsummerer oppgavens hovedpunkter, før det kommer en avslutning. Jeg vil helt i slutten legge ved referanseliste med alle kildene jeg har brukt i oppgaven, presentert i APA 6th.

2.0 Teori

Jeg ønsker i dette kapittelet å trekke frem det mest relevante lovverket som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern, psykisk helsevernloven. Videre vil jeg definere alvorlig sinnslidelse og si noe om selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, før jeg definerer begrepet omsorg.

2.1 Lovverk

Det psykiske helsevernet i Norge reguleres av flere lovverk. Psykisk helsevernloven er bare en av disse, og må sees i sammenheng med blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2017). Jeg har i dette delkapittelet valgt å avgrense oppgaven å dermed gå dypere inn i psykisk helsevernloven, og de viktigste paragrafene for min problemstilling.

2.1.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

I Norge har vi et strengt lovverk som regulerer bruken av tvang i psykisk helsevern. I psykisk helsevernloven §1-1 står som følger «Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.» (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1).

I §3-3 *Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern* er innleggelse på tvang hjemlet. For å bli innlagt på tvangsparagraf i Norge må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse. I loven står at på bakgrunn av opplysningene fra §3-1 og eventuelt etter §3-2 skal den faglig ansvarlige foreta en vurdering om de følgende vilkårene er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. §3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til §3-5.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. §3-9.
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3).

Slik som man ser i psykisk helsevernloven, er ett av kravene for å bli tvangsinnlagt at man har en alvorlig sinnslidelse. (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). Dette er et begrep som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven. Tvungent psykisk helsevern kan også gjennomføres om det foreligger en alvorlig fare for pasienten eller andres liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). Dette er noe som jeg vil trekke frem igjen under kapittel 2.3. I lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern er bruk av mekaniske tvangsmiddel også hjemlet, og i §4-8 står:

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8).

Som vist i loven regnes tvangsmiddel som mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder kommer belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær. Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt og kortvarig fastholding blir også regnet som tvangsmiddel (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8).

2.2 Alvorlig sinnslidelse

«Alvorlig sinnslidelse» er et juridisk begrep, og blir brukt i forbindelse med innleggelse på tvungent psykisk helsevern (Snoek og Engedal, 2017, s. 292) «Begrepet ligger nær opp til psykose, men tilsvarer ikke noen klar diagnose.» (Snoek og Engedal, 2017, s. 292).

Psykotiske tilstander kjennetegnes av en forstyrrelse av blant annet tenkning og persepsjon. Det innebærer også at personens virkelighetsoppfatning er alvorlig forstyrret. Snoek og Engedal deler disse tilstandene grovt sett inn i schizofrenier, paranoide psykoser og akutte og forbigående psykoser (Snoek & Engedal, 2017, s. 81).

«Schizofreni er den vanligste formen for psykose.» (Snoek & Engedal, 2017, s. 82). Ved schizofreni vil vrangforestillinger, hallusinatorisk atferd og uro være noen av symptomene som pasienten kan oppleve (Snoek & Engedal, 2017, s. 86). Paranoide psykoser omfatter forskjellige lidelser der vedvarende vrangforestillinger eller et sett av beslektede vrangforestillinger utgjør det mest klare kliniske tegnet. (Snoek & Engedal, 2017, s.90).

Akutte og forbigående psykoser kjennetegnes ved at psykotiske symptomer, som vrangforestillinger og hallusinasjoner oppstår som et akutt avvik fra pasientens normale atferd (Snoek & Engedal, 2017, s. 92). Psykotisk reaksjon kan også opptre under eller etter bruk av et psykoaktivt stoff (Snoek & Engedal, 2017, s. 179). Typisk for stoffrelaterte psykotiske reaksjoner er at personen blir hallusinert og har ofte paranoide vrangforestillinger (Snoek & Engedal, 2017, s. 180).

Det vil også finnes enkelte andre tilstander enn psykose som kommer inn under lovens hovedvilkår, at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. Det vil da skje en helhetsvurdering når det gjelder hvilke tilfeller dette gjelder. Man vil da vurdere om sykdommen vil få så store konsekvenser for pasienten og hans eller hennes funksjons- og realitetsvurderende evne at tilfellet kan sidestilles med psykose (Helsedirektoratet, 2017a). Eksempel på tilfeller der hovedvilkåret for tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven er oppfylt uten at pasienten lider av psykose, kan være alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. I vurderingen må det legges vekt på blant annet pasientens situasjonsforståelse og sykdomsinnsikt. Sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart kan også legges vekt på (Helsedirektoratet, 2017a).

Spiseforstyrrelser kan betegnes som en gruppe psykiske lidelser der symptomer som omhandler forholdet til mat, kropp og vekt står sentralt (Helsedirektoratet, 2017b). ICD 10 (F50.0) beskriver anorexia nervosa som en type spiseforstyrrelse som kjennetegnes av vekttap som fremkalles og som blir vedlikeholdt av pasienten selv. Man forbinder lidelsen med frykt for fedme, og symptomer kan vise seg som overdrevet trening, brekninger og innskrenket valg av mat (Direktoratet for e-helse, 2019). ICD 10 (F50.2) definerer bulimia nervosa som en annen form for spiseforstyrrelse som kan kjennetegnes av overspising og at pasienten er opphengt i sin kroppsvekt og kontroll av denne. Dette fører til et mønster med overspising, etterfulgt av oppkast eller bruk av avføringsmiddel (Direktoratet for e-helse, 2019).

Personlighetsforstyrrelser vil også i noen tilfeller kunne komme inn under alvorlig sinnslidelse, og kan beskrives som en form for utviklingsforstyrrelser som berører særlig personens interpersonlige forhold. Dette gjelder i særlig grad områder som regulering av følelser og impuls kontroll. Ved personer med en personlighetsforstyrrelse vil karaktertrekkene være fastlåste og uforanderlige fra situasjon til situasjon, og viser seg som avvik i måten man blant annet forholder seg til andre på. Fordi denne tilstanden berører samhandlingen med andre, vil andre enkelt oppfatte personen som sykere og mer behandlingstrengende enn hva personen selv gjør (Snoek & Engedal, 2017, ss.150-151).

2.3 Selvskading, selvmord og selvmordsforsøk

Selvskading kan defineres som skade som personen har påført seg selv med vilje, uten intensjon om dødelig utgang. Dette kan blant annet være kutting, kloring, slåing, brenning eller overdosering. Personen som selvskader, kan bruke en eller flere metoder, samtidig som farlighetsgraden kan variere (Helsedirektoratet, 2017c).

Det finnes flere grunner til at enkelte skader seg selv, men Snoek og Engedal skriver blant annet at for noen er det enklere å ha en fysisk smerte, enn en psykisk smerte som man ikke kan forklare til andre. Andre kan skade seg selv istedenfor å rette sinnet mot andre som tidligere har gjort dem noe vondt (Snoek & Engedal, 2017, s.168). Snoek og Engedal skriver videre at det ofte kan vekke sterke følelser hos helsepersonell som arbeider med denne gruppen. Det vil da være viktig å tenke på at personene ikke vanligvis gjør dette for å få oppmerksomhet. Det kan også være knyttet mye skam til selvskadingen, og det vil være viktig at man som helsepersonell ikke bidrar til å øke denne skammen (Snoek og Engedal, 2017, s.168).

Folkehelseinstituttet definerer selvmord som «resultatet av en selvpåført skade og et villet ønske om å dø.» (Folkehelseinstituttet, 2017). Selvmordsforsøk kan defineres som «handlinger med hensikt å skade seg selv, der det fremkommer et ønske om å dø.» (Helsedirektoratet, 2017d). Noen kan ha flere alvorlige episoder med selvskading uten ønske om å dø, samtidig som noen kan ha episoder der de ønsket dødelig utfall eller var ambivalente til dette (Helsedirektoratet, 2017c).

2.4 Hva er omsorg?

Det finnes mange ulike definisjoner av omsorg. Når utøver man omsorg, og hvordan gjør man det på en god måte? I følge Kari Martinsen er selve begrepet satt sammen av «om» og «sorg» som kan oversettes til «omtenksomhet» eller «å bekymre seg for». (Martinsen, 1989, s.68).

«Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv.» (Martinsen, 1989, s.69). Hummelvoll skriver at omsorg handler om å bry seg om den andre personen, kartlegge behovet personen har for assistanse, skape trygghet og utvikle tillitsfulle forhold (Hummelvoll, 2012, s.77) Hummelvoll legger også til at et overordnet mål i det psykiske helsearbeidet er å stimulere personens egenomsorg og selvtillit (Hummelvoll, 2012, s.78).

Når det kommer til omsorg for pasienter som er inne i en psykotisk fase, skriver Liv Strand at empati vil være et sentralt begrep, og at det ikke handler om å identifisere seg med pasienten, men heller opprette en balanse mellom nærhet og avstand (Strand, 1990, s.80). Det å være seg selv skaper grunnlaget for møter som har betydning, men dette krever empati, noe som vi kan beskrive som en innlevende forståelse. Det handler med andre ord om å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive opplevelse (Hummelvoll, 2012, s. 422). I en psykotisk fase vil pasienten blant annet kunne sove lite, spise lite og slutte å stelle seg. Man må da ofte hjelpe pasienten i situasjoner der sviktede egenomsorg er tilfelle, ved å blant annet ta kontrollen og handle for pasienten i forhold til disse behovene (Strand, 1990, s.83).

3.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og til å komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Aubert, 1985, s.196). Metoden skal hjelpe oss med å samle inn informasjon som vi trenger til undersøkelser vi skal gjennomføre (Dalland, 2015, s.112). I min bacheloroppgave har jeg valgt kvalitativt forskningsintervju som metode, og har med dette gjennomført to intervju med ansatte i det psykisk helsevernet. I tillegg har jeg brukt litteratursøk for å innhente forskning.

«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.17). Jeg har i min oppgave valgt å jobbe kunnskapsbasert ved å innhente kunnskap fra forskningsfeltet ved å søke etter artikler i ulike databaser. Erfaringsbasert kunnskap har jeg funnet ved å gjennomføre intervju med ansatte, i tillegg til min egen erfaring og førforståelse på feltet. Bruerkunnskapen har jeg innhentet via forskning og litteratur der brukerstemmen kommer klart frem.

3.1 Kvalitativt intervju

«Intervjuet har som mål å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt ved vanlig språk. Det forsøker ikke å kvantifisere.» (Dalland, 2015, s.156) Formålet med det kvalitative intervjuet er å få informantens egne beskrivelser av en aktuell situasjonen (Dalland, 2015, s.153). Grunnen til at jeg brukte kvalitativ metode i min oppgave var at jeg ønsket å høre om erfaringer og holdninger fra ansatte som står i situasjoner som omhandler bruk av mekanisk tvang i det daglige. I forskningsprosessen vil det være flere elementer som vil være viktig. Jeg har her presentert min fremgangsmåte når det kommer til forberedelse, gjennomføring av intervju og kort om analyse av materiale.

3.1.1 Forberedelsesfase

Jeg tok kontakt med den aktuelle avdelingen, og kom der i dialog med de to informantene som jeg gjorde intervjuet med. Disse ble valgt ut på bakgrunn av den kunnskapen og erfaringene de sitter med som omhandler bruk av tvang og makt. Jeg så på deres kunnskap som relevant for besvarelse av min problemstilling. Det er tilsammen to informanter, og begge disse har et ansettelsesforhold på en psykiatrisk avdeling i Norge. Før jeg gjennomførte mine to kvalitative intervju utarbeidet jeg et informasjonsskriv til hver av de to informantene. I dette informasjonsskrivet ble mine informanter blant annet informert om hva det innebar å delta i mitt prosjekt, at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Dette ligger ved som vedlegg. *Se vedlegg 3.*

I forberedelsesprosessen for intervjuet utarbeidet jeg også en intervjuguide med spørsmål som jeg ønsket å spørre mine informanter om. *Se vedlegg 2.* Jeg var oppmerksom på at jeg ønsket spørsmål som ikke bar preg av for mye akademisk språk, og at spørsmålene mine skulle være korte og enkle. Jeg gav mine informanter både intervjuguide og informasjonsskriv en uke før intervjuet, slik at de hadde muligheten til å vurdere om de ønsket å være med i bachelorprosjektet, og for at de kunne forberede seg på spørsmålene som jeg stilte i intervjuet.

3.1.2 Gjennomføring av intervju

Jeg avtalte møte med mine informanter og intervjuet ble gjennomført på den måten at jeg leste opp spørsmålene, for så å skrive ned informantens svar etterhvert, ettersom jeg ikke hadde muligheten til lydopptak. Jeg var nøye med å gi dem den tiden de trengte for å få de best mulige svarene. Jeg valgte å avslutte intervjuet med å spørre et siste spørsmål: «*Har du noe du vil tilføre?*». Kvale og Brinkmann skriver at ved å stille slike tilleggsspørsmål avslutningsvis, gir man informantene mulighet til å trekke frem tema som han eller hun har tenkt på, eller som de har vært bekymret for i løpet av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018, s.161).

Jeg intervjuet mine informanter hver for seg, ikke sammen. Grunnen til dette var at jeg ville ha de to sine perspektiver i tillegg til deres erfaring og oppfatning. «Vi bruker èn-til-èn-intervjuer når vi ønsker fyldige og detaljerte beskrivelser av informanters forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen.» (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s.146). Begge intervjuene tok ca. 1 time hver. I

begynnelsen av begge intervjuene, mente jeg om deres taushetsplikt og at det ikke måtte forekomme brudd på denne gjennom samtalen.

3.1.3 Analyse av datamateriale

Etter intervjuet startet jeg med å analysere datamaterialet som jeg hadde innhentet ved å undersøke, sammenligne og kategorisere dataene. Jeg skrev ut notatene fra intervjuet i papirform, noe som gjorde det enklere å sammenlikne informantenes svar, samtidig som jeg fikk en bedre oversikt over hva som var de viktigste resultatene. I og med jeg hadde to informanter, gikk jeg gjennom spørsmål for spørsmål, og sammenlignet svarene deres. Jeg merket ut det jeg tenkte var mest relevant. Jeg kategoriserte på denne måten informantenes svar, og grupperte de ut i fra tema. Jeg så etterhvert at mange av svarene kunne grupperes likt.

Underveis i prosessen skrev jeg i tillegg notater, der nye idéer og fortolkninger kom frem. Dette ble gjort på grunn av at jeg hadde en del informasjon som jeg senere tenkte å bruke i resultat og drøfting. Jeg vurderte så hva som var mest relevant i forhold til min problemstilling. Hovedtrekkene fra intervjuene ligger under oppgavens resultatdel. Se 4.1.

3.2 Litteratursøk

Jeg startet prosessen med å søke etter litteratur i Høgskolen sitt bibliotek. Jeg brukte Oria som verktøy for mine søk og brukte søkeordene «*psykiatri*», «*tvang*», «*makt*», «*belteseng*», «*mekaniske tvangsmiddel*» og «*tvangsmiddel*». Jeg kombinerte ordene på ulike måter og fant her ulik litteratur som jeg tenkte kunne være relevant for min oppgave. Jeg har lagt inkludert litteratur ved i oppgavens referanseliste. Se 8.0.

Jeg har blant annet valgt å inkludere boken «*I morgen var jeg alltid en løve*» av Arnhild Lauveng. Grunnen til dette er at forfatter av boken, Arnhild, i dag er psykolog, men har i ti år vært innlagt med diagnosen schizofreni på psykiatriske avdelinger (Adlibris, u.å.). Her har hun har opplevd flere beltelegginger og i boken sin skriver hun om sine opplevelser med den type tvang. Arnhild har blitt frisk fra diagnosen, og kan i dag uttale seg om egne erfaringer både som fagperson og som tidligere pasient (Adlibris, u.å.). Jeg ønsket i min oppgave å få frem brukerstemmen, noe denne boken får godt frem.

Jeg startet å søke øverst i kunnskapspyramiden fordi jeg ønsket mest mulig kvalitetsvurdert og anvendbar forskning. På grunn av oppgavens omfang, beskriver jeg ikke fremgangsmåten for søk *uten resultat* i teksten. Mine søkeord ligger ved i PICO-skjema i vedlegg 1. Jeg startet å søke i kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer, i blant annet BMJ Best Practice. Jeg fant her ingen relevant forskning som jeg ønsket å bruke i oppgaven min. Jeg søkte videre i systematiske oversikter, blant annet i Cochrane Library, heller ikke her fant jeg relevante artikler, så jeg valgte å søke etter enkeltstudier og brukte blant annet databaser som CINAHL, PsycINFO og PubMed.

Etter søk i databasen PubMed fant jeg min inkluderte artikkel. Jeg brukte søkeordene «*mechanical restraint*», «*psychiatric patient*» og «*experiences*». Jeg fikk da ni resultater, og valgte da å inkludere artikkelen «*Research article - Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: An interview study*», da denne var mest relevant i forhold til min problemstilling. PubMed er en internasjonal database som inneholder tidsskriftsartikler blant annet innenfor medisin, sykepleie og preklinisk vitenskap (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Dette var grunnen til at jeg valgte å gjøre søk her. For å kritisk vurdere artikkelen, har jeg brukt sjekkliste for kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2018). Utfylt sjekkliste for kvalitativ metode ligger som vedlegg 4.

Jeg har også gjort søk i databasen A-tekst. Dette er en database som gir tilgang til redaksjonsarkivene til flere ulike aviser (HVL, u.å.). Det er grunnen til at jeg valgte å gjøre søk her. Her brukte jeg søkeordene «*beltene reddet livet mitt*». Grunnen til dette er at jeg tidligere har lest denne avisartikkelen, og kunne huske deler av overskriften. Med dette fant jeg en artikkel fra VG som illustrerer eksempel på pasienters opplevelser. Artikkelen har navnet «*Tonje (21) ble lagt i belter: Det reddet livet mitt.*». Den andre avisartikkelen «*Natalie (26) ble lagt i belter da hun ikke ville sove*» ble funnet etter et vanlig nettsøk, der jeg ikke så på inkluderte søkeord som relevant. For å finne informasjon og definisjoner for ulike diagnoser, har jeg i tillegg brukt ICD 10 som oppslagsverk. Dette er en internasjonal statistisk katalog for sykdommer og ulike former for helseproblem (HVL, u.å.). Dette var grunnen til at jeg valgte å gjøre søk her.

3.3 Styrker og svakheter med anvendt metode

«Det er presisjonen i beskrivelsene og fortolkningen av hva innholdet betyr som er det kvalitative intervjuets styrke.» (Dalland, 2015, s.156). En styrke ved min kvalitative intervjuemetode vil være at jeg har hentet erfaringer direkte fra praksisfeltet og funnet informanter som sitter med mye kunnskap og erfaringer med bruk av mekanisk tvang.

En annen styrke med mitt intervju er at jeg har intervjuet to informanter, disse har gitt utdypende svar på mine spørsmål. Kvale og Brinkmann skriver at et generelt inntrykk fra nyere intervjuundersøkelser er at det ofte kan være en fordel å intervju få informanter, og heller bruke tid på å forberede og analysere de få intervjuene som er gjennomført (Kvale & Brinkmann, 2018, s.148). I og med at jeg ikke hadde muligheten til å ta lydopptak av intervjuet, skrev jeg ned svarene deres etterhvert, noe som kan gi informantene tid til å tenke seg om etterhvert som jeg skrev. Jeg selv vil se på dette som en styrke. På den andre siden kan det være en svakhet at jeg ikke har lydopptak. Mine informanter fortalte mye, og jeg kan ha mistet informasjon i løpet av samtalen. Jeg har intervjuet bare to informanter, og har med dette kun disse to sine synspunkt på tema. Dette kan på den andre siden sees på som en svakhet.

Styrker med mine litteratursøk kan være at jeg har inkludert internasjonal forskning, jeg har jobbet kunnskapsbasert og søkt i pålitelige databaser. I tillegg har jeg kritisk vurdert hovedartikkelen. Jeg tenker at en annen styrke kan være at jeg har brukt relevante søkeord for å finne artikler. En svakhet ved mine søk kan være at jeg har valgt en engelskspråklig artikkel. I og med at dette ikke er mitt eget morsmål, vil man kunne se på valg av artikkel som en svakhet ved oppgaven, da jeg kan ha tolket eller oversatt innholdet i artikkelen feil.

3.3.1 Relabilitet og validitet

Reliabilitet handler om nøyaktigheten av datamateriale, hvilke data som brukes, måten de blir samlet inn på og bearbeidingen av dem. Dette kan med andre ord beskrives som pålitelighet (Johannessen et al, 2016, s.36). I denne oppgaven styrkes reliabilitet ved at jeg har grundig dokumentert fremgangsmåte for søk, og jeg gjør det mulig for andre å etterprøve litteratursøkene. Når det kommer til intervju, vil ikke en annen person kunne få akkurat de samme svarene ved å intervju de samme informantene. Dette kan være med på å svekke reliabiliteten i intervjuet. Samtidig kan måten jeg har stilt spørsmål på ha innvirkning på svarene mine informanter gav. Min egen førforståelse kan også ha hatt innvirkning når jeg tolket svarene. En mulig feilkilde kan være at jeg kan ha misforstått svarene til mine informanter. Mine informanter fikk lese oppgaven før innlevering, og på denne måten kan vi unngå slike oppståtte feilkilder.

Kvale og Brinkmann skriver at validitet blant annet handler om i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2018, s.276). Ved at jeg stilte informantene mine spørsmål som jeg dannet ut i fra problemstillingen, finner jeg validiteten styrket av den grunn. Jeg har i begynnelsen formulert formålet med oppgaven, og ut i fra dette innhentet relevante opplysninger. Jeg vil vurdere det slik at det kvalitative intervjuet var egnet til å finne svar på denne type problemstilling.

3.4 Etske overveielser og personvern

Jeg har i denne oppgaven valgt å intervju ansatte innen psykisk helsevern. Av etiske hensyn har jeg valgt å ikke intervjuet pasienter eller andre som tidligere har vært innlagt i det psykiske helsevernet fordi det vil kunne være belastende for personer å gå inn på allerede sårbare sider ved sykdom og tvangsbruk som disse personene har vært utsatt for. Jeg ønsket også å skrive en selvstendig bacheloroppgave der jeg unngikk helseforskning eller innsamling av personopplysninger. Oppgaven min faller dermed ikke under kravene i helseforskningsloven eller personopplysningsloven og krever dermed ikke forskningsetisk godkjenning av de regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskning og har heller ikke meldeplikt til personvernombudet.

Før jeg gjennomførte intervjuet, dannet intervjuguiden og skrev informasjonsskrivet kontaktet jeg Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å kartlegge om prosjektet mitt var meldepliktig.

Ut i fra NSD sine uttalelser og Høgskulen sine retningslinjer ville mitt prosjekt, med gjennomføring av kvalitative intervju, ikke utgjøre meldeplikt. Grunnen til dette er at jeg i min prosjektrapport har anonymisert begge informantene, og all informasjon som jeg fikk kjennskap til gjennom intervjuene. I samtale med rådgiver fra NSD fikk jeg bekreftelse på at prosjektet mitt ikke utgjorde meldeplikt etter den måten jeg ønsket å gjennomføre det på (NSD, personlig kommunikasjon, 01.04.2019). Jeg tok i mine intervjuer ikke lydopptak, da informantenes stemmer kunne kjennes igjen. På denne måten ivaretok jeg personvernet til mine informanter.

Jeg har i denne oppgaven innhentet et informert samtykke fra hver av de to informantene. «Informert frivillig samtykke betyr altså at deltakeren sier seg villig til å være med i en undersøkelse, etter at han eller hun har forstått hva det innebærer å delta i den, og etter at samtykke er gitt frivillig.» (Dalland, 2015, s. 105.) Hensikten med et informert samtykke er å styrke personens autonomi og oppmuntre til blant annet selvstendige beslutninger (Dalland, 2015, s.105). Jeg har i mitt bachelorprosjekt også fått skriftlig signatur. Det er anbefalt å innhente skriftlig signatur, da underskriften kan være en beskyttelse for den som gjennomfører undersøkelsen. En vil da kunne gå tilbake til det inngåtte samtykke om det skulle oppstå uenighet senere i prosessen (Dalland, 2015, s.106).

Den skriftlige signaturen ble oppbevart på papir, slik at mulig sporing ikke kunne bli gjennomførbart. Dette ble gjort etter avtale med NSD. Avtale om makulering etter prosjektets slutt ble gjort avtale på i informasjonsskrivet. I tillegg har seksjonsleder for den aktuelle avdelingen fått informasjonsskrivet, er underrettet, og hadde ingen innvendinger mot at jeg skulle intervju to ansatte fra denne avdelingen.

4.0 Resultat

«*Hvordan kan vernepleieren på best mulig måte yte omsorg i tilfeller der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungent psykisk helsevern?*» er problemstillingen som jeg ved hjelp av resultatene skal besvare i denne oppgaven. Jeg velger å presentere funnene ved å trekke frem hovedpunktene fra intervju og forskning i denne delen av oppgaven.

4.1 Hovedfunn fra gjennomførte kvalitative intervju

Når det kommer til selve gjennomføringen og hvordan vernepleieren kan gjennomføre tvangstiltaket på en mest mulig omsorgsfull og respektfull måte kommer det frem at relasjonen vil kunne ha noe å si. Den ene av mine informanter mener det å finne personale som pasienten har en god relasjon til vil kunne virke betryggende for pasienten. Noe som også kom frem var at selv om belter og belteseng blir brukt svært sjeldent, er det viktig at personale har den kunnskapen og de ferdighetene som trengs. De legger vekt på at det er viktig med øving i dette, og formidler at de på denne arbeidsplassen har regelmessige treninger der beltelegging er en del av hva som øves på. Dette kan være med på å bidra til at personale kan gjennomføre tvangstiltaket på en mest mulig human måte når man står i situasjonen.

Mine informanter fikk spørsmålet «*Pasienten skal etter loven alltid ha kontinuerlig tilsyn imens han eller hun ligger i belter. Hva er viktig for deg når det er du som sitter ved beltesengen?*».

Faktorer som her kommer fram var at de så på det at pasienten puster, ikke har smerter og at beltene ikke strammer som vesentlige ting. Det å prate, tilstedeværelsen og støtten man gir når pasienten ligger der var andre ting de så på som viktig. Å vise at man bryr seg og selv være trygg vil også kunne ha innvirkning på opplevelsen. Det å fortelle at dette ikke er noe straff, men en hjelp der og da var viktig, da mine informanter opplever at pasienter ofte kan føle belteleggingen som en straff.

Tilstedeværelse ved beltesengen var noe som også ble tatt opp i intervjuet, og det at personale oppholder seg i samme rom som pasienten kan for noen virke som en trygghet. At man er tilgjengelig hele tiden, og at man gir pasienten det han trenger, vil i følge mine informanter være noe som kan bidra til en mindre negativ opplevelse av tvangsbruken. Mine informanter tror det viktigste for den som ligger i belter vil være at de kan føle seg så trygg og respektert som

overhodet mulig. Andre faktorer som de nevner i mine intervju vil være at tid, forklaring og kunnskap vil være avgjørende for opplevelsen av tvangstiltaket.

Jeg var interessert i å vite om noen av pasientene har opplevd trygghet i situasjoner der mekanisk tvang har blitt brukt. Den ene av mine informanter har tidligere fått konkrete tilbakemeldinger på at det ble opplevd som trygt når situasjonen hadde roet seg. Den andre informanten gav også eksempel på pasienter som selv har bedt om å bli lagt i belter, fordi det var en trygghet når pasienten viste hva han/hun selv var i stand til å gjøre. Mine informanter forteller at man i situasjonen viser respekt, blant annet der man vet at pasienten for eksempel har overgrepshistorikk. De forteller at i slike tilfeller gjør man kanskje andre vurderinger når det gjelder tid på fastholdningen før man eventuelt går over til en beltelegging. I tillegg vil belterommets innredning kunne ha innvirkning på opplevelsen.

I tillegg vil det i følge mine informanter være kommunikasjonen som er det aller viktigste for å gjøre dette på en omsorgsfull måte. Vernepleieren bør være rolig, ikke ha en aggressiv holdning eller en belærende innstilling. Man skal anerkjenne at pasienten gjennomgår noe traumatisk som man er nødt til å ta kontroll over. En annen ting som er utrolig viktig er den non-verbale kommunikasjonen og hvordan vi som vernepleiere håndterer situasjonen.

Det kommer også frem at det under prosedyren er viktig med minst mulig støy, noe som vil si at alle alarmer skrus av, personale snakker ikke seg imellom, og det er kun en person som snakker med pasienten. En ting som den ene informanten trekker spesielt frem er det å snakke «gjennom» pasienten. I intervjuet blir det gitt eksempel på dette ved «*Nå kommer «Guro» til å feste transportable belter på beina dine.*» Jeg gjør oppmerksom på at «Guro» er et fiktivt navn. Informantens oppfatning er at dette gjør pasienten tryggere i en allerede kaotisk og traumatisk situasjon. Det vil i situasjonen være viktig å trygge og fortelle hva og hvordan ting kommer til å skje. Snakke rolig og tydelig vil i følge begge informantene være viktig. Det handler også om ro, og at man bør ta den tiden som trengs for å gjennomføre det på den tryggeste og ryddigste måten. Det å ha en forståelse for pasienten, og anerkjenne hvordan det kan føles, vil være svært viktig i situasjonen. Noe av det viktigste som blir omtalt er hvordan pasienten blir møtt av vernepleieren, og av vernepleierens holdninger, til tross for at man skal gjennomføre et svært inngripende tiltak.

Man bør i følge mine informanter snakke rolig, ha hendene rolig langs siden, fremstå med en ikke truende atferd og forsiktig nærme seg pasienten. Det å forklare hvorfor vi er nødt til å ta kontrollen

vil også være viktig. Både under og i ettertid vil det være viktig å høre med pasienten om han skjønner hvorfor det ble gjort, da det hele kan føles som straff eller overgrep. Et utsagn fra en av mine informanter var at vernepleieren bør spørre pasienten under debrifing i ettertid «*Hvordan kunne vi ha løst dette på en annen måte?*». Det kommer også frem i intervjuet at de ikke anser tvangstiltaket som gjennomført før de har hatt en god ettersamtale med pasienten. I tillegg får personale her anledning til å forklare sin opplevelse av situasjonen. Begge mine informanter anser ettersamtale og debrifing som en god måte for pasienten å kunne få snakke ut om tvangsbruken.

Etikken står sterkt i møte med alle tvangsmidler, og tema om tvang kan være omsorg ble tatt opp. Informantene formidler at denne omsorgen står mest sentralt når pasienten vil skade seg selv eller andre. Den ene av informantene sier at tvang i situasjoner der pasienten kunne ødelagt for seg selv, eller fått andre negative konsekvenser vil være tvang som man kan se på som en form for omsorg. Begge mine informanter sier at det aldri er greit å legge noen i belter, men at det noen ganger er uomgjengelig nødvendig for å redde liv eller hindre skade på seg eller andre. De uttrykker i intervjuene at det kan føles som et nederlag for personale selv, i det man må ta det steget at man må bruke belter, men at det handler om å finne en trygg grunn i en svært utrygg tid.

4.2 Hovedfunn fra inkludert artikkel

Jeg har valgt å inkludere artikkelen «*Research article - Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: An interview study*». Dette er en kvalitativ studie der ti pasienters tidligere erfaringer med bruk av mekanisk tvang i psykisk helsevern kommer frem gjennom kvalitative intervju. Alle informantene har vært beltelagt en eller flere ganger. I artikkelen kommer det frem hva som var viktig for informantene i situasjoner med beltelegging. Jeg velger å presentere de viktigste funnene fra artikkelen i dette underkapittelet.

En ting som kommer frem i artikkelen er at relasjonen mellom personalet og pasienten er viktig, men at forholdet står i fare når mekaniske tvangsmiddel skal settes i verk. Syv temaer blir også nevnt i artikkelen som viktig, og dette er å respektere pasienten, å respektere frykten, berøring, dialog, kunnskap, hensyn og tilbøyelighet (Lanthèn, K, Rask, M & Sunnquist, 2015, s.2).

I artikkelens resultatdel blir det beskrevet at blant annet fysisk tilstedeværelse og instruksjon kan redusere utilfredshet og traumer. Det ble gjentatt flere ganger i intervjuene at en passende

holdning og omsorg fra personalet hadde betydning, og var avgjørende for hvordan situasjonen ble opplevd. I tillegg ble det påpekt at det å motta klar informasjon, og ha kunnskap om hva som skjedde og skulle skje gav en følelse av kontroll, ro og sikkerhet. Informantene foreslo at informasjonen skulle gis av kun en person i situasjonen. Den fysiske tilstedeværelsen var også avgjørende, fordi det gav en følelse av sikkerhet og varme i situasjonen. Det blir beskrevet at om situasjonen ble utført i henhold til disse kriteriene, kunne man kanskje oppleve mindre misnøye og traumatisering i etterkant (Lanthèn et al, 2015, s. 3).

I artikkelen har flere informanter uttalt at de følte ro og en sikkerhet ved det å være beltelagt. Noen informanter oppfattet ro som en positiv følelse i en situasjon som ellers var uvanlig og ubehagelig (Lanthèn et al, 2015, s.3). En annen ting som kom frem i intervjuene omhandlet frykt, maktløshet og uvirkelighetsfølelser. Noen sier å ha opplevd en følelse av ren frykt eller en frykt forårsaket av usikkerhet om hva som skulle skje videre. Pasientene opplyser også å ha mistet begrep om tid, noe som også førte til angst. Andre pasienter hadde en følelse av total tap av kontroll, noe som ble opplevd som skremmende (Lanthèn et al, 2015, s. 4).

Det kommer også frem at en profesjonell holdning er viktig under gjennomføringen av prosedyren. Holdning, omsorg og handlinger resulterte også i en verdig omsorg i situasjonen. En av informantene opplevde situasjonen som rolig, noe som hjalp han til å roe seg. Det ble på den andre siden også rapportert følelsesmessig, kald holdning og atferd hvor de som ble sagt var i en negativ og anklagende tone. Noen pasienter hadde også opplevd å blitt latterliggjort under prosedyren. Det ble også nevnt at personalet hadde en uaktsom og upersonlig oppførsel og snakket «over hodet» på pasienten (Lanthèn et al, 2015, s.4).

Det ble her beskrevet i flere av intervjuene at holdningen og nivået av omsorg var betydelig for hvordan situasjonen opplevdes. Hvis personalet holdt seg rolig, handlet på en stabil måte og klarte å håndtere følelsene sine, ble belteleggingen opplevd som nøytral og meningsfylt. På den andre siden kunne det virke negativt, om personalet fremstod uprofesjonell med en kald holdning. Mange av informantene beskrev også situasjonen som traumatisk, og beskriver søvnproblemer, frykt og bekymring i ettertid (Lanthèn et al, 2015, s.4). Noe som gikk igjen i nesten alle intervjuene var at de negative reaksjonene på situasjonen kunne vært unngått ved bruk av profesjonell og stabil holdning fra personalet (Lanthèn et al, 2015, s.5).

At informasjonen ble gitt på en rolig og sensitiv måte var viktig for hvordan pasientene opplevde belteleggingen (Lanthèn et al, 2015, s.2). En annen ting som var viktig for pasientene var den fysiske tilstedeværelsen. Den var viktig for pasientenes følelse av sikkerhet. Viss personalet satt på avstand fra pasienten, og ikke var i kontakt med han, ble dette oppfattet som negativt. Kontakt med ansatte og fysisk kontakt ble her beskrevet som viktig. De ble rapportert at for eksempel en hånd på skulderen kunne bidra til sikkerhet, reduksjon av angst og ro. Opplevelse av vaghet i forbindelse med beltelegging viste seg å være plagsomt, da klar informasjon ble etterspurt. Informasjon og kommunikasjon med én person under prosedyren var det beste ifølge mange av informantene som ble intervjuet. Å vite hva som foregikk og hvor lenge de skulle være beltelagte gav en følelse av sikkerhet. Mange av informantene forteller at det var viktig å få informasjon om hvordan og hvorfor den mekaniske tvangen ble utført (Lanthèn et al, 2015, s.5).

Den siste tingen som kommer frem som avgjørende i artikkelen er debrifing. Informantene så på denne muligheten som en måte å bearbeide opplevelsen på. Enda bedre var det viss man under en debrifing kunne oppnå en forståelse av situasjonen gjennom å høre personalet sin versjon. Dette var avgjørende for om erfaringen skulle utvikle seg til traumer. Informantene foreslo debrifing som en god metode (Lanthèn et al, 2015, s.5).

5.0 Hvordan yte god omsorg ved beltesengen?

Min problemstilling er «*Hvordan kan vernepleieren på best mulig måte yte omsorg i tilfeller der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungent psykisk helsevern?*». Jeg vil i denne delen av oppgaven forsøke å belyse å finne svar på min problemstilling ved hjelp av teori, og ved hjelp av informasjon innhentet fra mine informanter. Arnhild Lauveng uttrykker i sin bok at hun vet at tvang uten respekt kan sette preg på en person, og grunnen til dette er at hun selv har opplevd det. Hun forteller videre at hun vet at det er mulig å gjennomføre tvangen med respekt (Lauveng, 2014, s.126). Jeg vil med dette se på hvilke faktorer som kan være med på å bidra til at pasienten kan oppleve omsorg og respekt i en allerede kaotisk og traumatisk situasjon.

5.1 Kan holdning, respekt og trygghet ha noe å si?

«Tvangsmidler skal så langt det er mulig gjøres kortvarig, og anvendes på en skånsom og omsorgsfull måte.» (NOU 2011: 9, 2011, s.48). Så hvordan gjøre dette på en omsorgsfull måte? Det er mange faktorer som kan spille en rolle når mekanisk tvang blir tatt i bruk. Om pasienten er tørst, trenger en ekstra pute eller trenger en hånd å holde i, kan dette være små ting som vernepleieren kan bidra med for den aktuelle pasienten. Det som kommer frem i intervjuene og i artikkelen, er at omsorg, respekt og trygghet er tre av de viktigste faktorene for at personer som blir beltelagt får minst mulig negative opplevelser.

Mine informanter uttrykker at noe av det viktigste ved gjennomføringen av tvangstiltaket handler om måten man selv fremstår på. Det kommer frem at det er viktig å vise pasienten at man har en forståelse for at det kan være traumatisk, at tiltaket kan virke inngripende og at det ikke er noe som man ønsker å gjennomføre. I tillegg legger mine informanter til at det er viktig å forklare pasienten at man gjør alt for å unngå bruk av mekanisk tvang. Samtidig ble det beskrevet i den inkluderte artikkelen at holdning og omsorg i situasjonen var den mest avgjørende faktoren for hvordan mekanisk tvang ble opplevd (Lanthèn et al, 2015, s. 4). Her kan vi se likhetstrekk mellom både hva informantene forteller i intervjuet, og hva tidligere pasienter har uttrykt i artikkelen, så vil da holdninger være noe av det vernepleieren bør tenke på under en beltelegging? Jeg selv tenker at makt og avmakt er noe som står svært sentralt i arbeid i psykisk helsevern, og her under tenker jeg at holdningene kan komme tydelig frem.

I situasjoner der tjenesteyteren har makt, kan pasienten på samme tidspunkt føle avmakt. Noe som mange forbinder psykisk helsevern med, er store nøkkelhanker, beltenøkler og låste dører. Fremstår man på en annen måte om man fester nøklene på en måte som ikke lager lyd når man går, eller om man ikke går med alarmtelefonene helt åpenlyst? Kan dette være noen enkle grep som kan være med på å ufarliggjør dagene på psykiatrisk avdeling, og i situasjoner der mekanisk tvang blir brukt? Jeg selv tenker at det ligger makt i å ha disse nøklene, og at man på denne måten gir et non-verbalt signal til pasienten at man har den makten og de maktmidlene som man har. Jeg tenker at dette kanskje kan virke skremmende for enkelte pasienter. Jeg gjør oppmerksom på at dette bare er mine egne refleksjoner.

Lillevik og Øien skriver at det er viktig med en ikke-dømmende holdning i situasjoner og samtalemøter etter aggresjon har oppstått, og at sinnet og aggresjonen skal bli anerkjent, uten at volden trenger å aksepteres (Lillevik & Øien, 2014, s.126). Vi kan trekke linjer fra dette utsagnet til situasjoner der mekanisk tvang må tas i bruk. Mine informanter forteller at det er viktig å respektere pasienten og deres oppfatning under situasjonen med en holdning som ikke virker dømmende eller provoserende på pasientene.

Så hvordan viser man respekt for pasienter i situasjoner der mekanisk tvang blir brukt? Den ene av mine informanter sier at om tvangstiltaket skal gjennomføres med respekt, vil det være særdeles viktig å forklare pasienten hvorfor vedtaket om iverksettelse av mekanisk tvang ble fattet. Et annet eksempel som mine informanter gir er at vernepleieren for eksempel bør se til at pasientens bukser ikke henger på knærne etter en utagering. En tredje ting vernepleieren bør tenke over er at pasienten i en slik situasjon kan være ganske sårbar. Med dette menes at pasienten er fastspent, og er i behov av hjelp, uansett hva han eller hun ønsker eller trenger. Arnhild Lauveng uttrykker i sin bok «...for jeg kunne jo ikke forsvare meg, ikke mot noe.» (Lauveng, 2014, s.123). Det å hjelpe pasienten til at han eller hun kan føle seg så beskyttet som mulig vil være med på å vise pasienten den respekten og verdigheten som han eller hun fortjener.

Ene informanten fra den inkluderte studien beskriver at den delen som huskes best var ikke hvem som gjennomførte tvangstiltaket, men hvordan det ble gjennomført og at det gjorde informanten trygg (Lanthèn et al, 2015, s. 3). På den andre siden hadde informantene også opplevelser hvor de ble latterliggjort av personalet, og der personalet «snakket over hodet» på pasienten (Lanthèn et al, 2015, s. 4). Dette kan vise hvordan respekten for pasienten ikke blir

ivaretatt, og hvordan det ikke bør gjennomføres. Samtidig forteller mine informanter om tilfeller der man av respekt må ta raske avgjørelser om det vil være mest rett for pasienten å bli fastholdt av personalet, eller bli festet i belter. Informantene forteller om tilfeller der pasienter har en overgrepshistorikk, og at det kan tenkes at en person som har opplevd overgrep kanskje føler det tryggere om det er belter som holder, og ikke flere av personale. Arnhild Lauveng forteller i sin bok at det kunne kjennes mer nøytralt å bli holdt av belter, enn av personale og at det da var mindre sjanse for klyping og feiltak i situasjonen (Lauveng, 2014, s.122).

I intervjuet forteller den ene av informantene mine om konkrete tilbakemeldinger fra pasienter på at det har vært trygt å ligge i belter. Disse tilbakemeldingene vil mulig kunne komme av at personalet har gjennomført tvangstiltaket og ivaretatt pasienten på en god måte i situasjonen. Men hvordan kan vernepleieren trygge pasienten på best mulig måte? En ting som blant annet blir nevnt i mitt kvalitative intervju var det at man blant annet sjekker om vitale tegn som hjerterytme, blodtrykk og respirasjon er fine. Dette kan i noen tilfeller være med på å gi en ekstra trygghet for pasienten.

Det kommer frem i intervjuene at frykt ofte ligger bak utageringer som en paranoid beredskap i tilfeller med rusutløste psykoser. Lillevik og Øien sier at hos psykotiske mennesker kan den indre redselen forårsake vold. Et eksempel kan være at personen kan oppleve drapstrusler som følge av paranoide vrangforestillinger. De skriver videre at aggressive impulser kan mobiliseres og dersom personen ikke har kontroll, kan personen reagere med vold (Lillevik & Øien, 2014, ss.36-37). Når det kommer til det å inneha kontroll, forteller Arnhild Lauveng at det er vondt å ikke ha kontroll, og at det er slitsomt å skade seg selv og at hun derfor har en opplevelse av at det ansvaret ble tatt fra henne i det hun ble beltelagt (Lauveng, 2014, ss.122). Det viktigste vernepleieren kan gjøre i slike situasjoner, er i følge begge mine informanter å trygge pasienten på best mulig måte, dette ved blant annet å være tilstede, snakke rolig og selv fremstå trygg og rolig.

5.2 Kan fysisk tilstedeværelse bidra til god omsorg for pasienten?

I §4-8 i psykisk helsevernloven står det skrevet at om pasienten er spent fast i seng eller stol, skal pleiepersonalet alltid oppholde seg i samme rom, så lenge pasienten ikke motsetter seg det (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8). Mine intervjupersoner trekker frem tilstedeværelsen i situasjonen som en av de viktigste tingene for å yte god omsorg for pasienten. Samtidig kommer det i den inkluderte artikkelen frem at fysisk tilstedeværelse av personale var også avgjørende for pasientens opplevelse av belteleggingen. Følelse av sikkerhet og varme fra personale, ble også rapportert (Lanthèn et al, 2015, s. 3). Her vil vi også se likskap mellom mine kvalitative data og den inkluderte artikkel.

Det kan tenkes at det vil føles tryggere for en redd og kaotisk pasient at noen er tilstede i rommet, samtidig som dette kan variere. Noe som blir reflektert over i mine intervjuer er om isolasjon uten personal til stedet, eller bruk av mekaniske tvangsmidler med personal tilstede vil være det beste for pasienten, som allerede er i en utrygg situasjon. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke gått videre innpå diskusjon på området, men tenker likevel det kan ha sammenheng med tryggheten pasientene kan føle i disse situasjonene.

Arnhild Lauveng skriver i sin bok at en ting som var viktig for henne i de situasjonene hun ble beltelagt var at hun kunne se personale imens hun lå fastspent i belter, og at det var fint å kunne prate viss det var en grei pleier som satt vakt. Hun forteller videre at det var trygt for henne å vite at hun hadde mulighet til å spørre om noe dersom hun hadde behov for det. I tillegg nevner Arnhild at det gav en trygghet om hun fikk et teppe over seg, slik at hun følte seg mindre blottlagt (Lauveng, 2014, s.123).

Det kan tenkes at fysisk tilstedeværelse i rommet vil være en trygghet for enkelte pasienter, samtidig som dette ikke alltid er tilfelle. Hva viss pasienten ønsker fred, ro og ingen tilstedeværelse, vil det da være rett å forlate han eller hun alene i beltesengen? Vil en stol utenfor døren være en løsning? I noen tilfeller kan det også tenkes at pasienten i ren fortvilelse og redsel sier at personale skal gå ut, samtidig som han eller hun egentlig ønsker vernepleieren sammen med seg. Vil det da være feil å gå? Vernepleieren vil kunne komme

opp i flere etiske dilemmaer, hvor man ikke alltid finner det riktige svaret, men det å være observant, og ha en forståelse for etikken, vil i dette yrket være viktig.

5.3 Hvilken betydning har kommunikasjonen og relasjonen?

Informantene fra mine kvalitative intervju legger vekt på at kommunikasjonen er særdeles viktig når man gjennomfører denne type tvangstiltak. Så hvordan kan kommunikasjonen ha innvirkning på opplevelsen? Det at vernepleieren forklarer pasienten underveis hva som skjer og hvordan det gjøres, ser de ansatte på som viktig. I tillegg til at det bør være en av personale som fører samtalen, vil det også være viktig at man snakker «gjennom» pasienten. De forteller at det ikke alltid er mulig å føre noen dialog med pasienten, men at det uansett er svært viktig å prøve. «*Kommunikasjon er nøkkelen til det meste*» ble det uttrykt i et av de to intervjuene.

Informantene fra artikkelen presiserte at betydningen av klar og tydelig informasjon i situasjonen var viktig. De forteller at det å ha kunnskap om hva som skjedde og hva som skulle skje, gav en følelse av kontroll, ro og sikkerhet. Det ble under intervjuene foreslått at informasjonen bare skulle gis av en person i situasjonen (Lanthèn et al, 2015, s.3). Vi vil her finne flere likhetstrekk både ved de ansatte og tidligere pasienters uttalelser om hva de ser på som de viktigste når det kommer til kommunikasjon i situasjonen. Basert på dette kan det tenkes at pasientene kan føle en utrygghet om man ikke blir informert om hva som foregår, og det er mulig at det for pasienten kan virke uryddig om det er flere personer som snakker samtidig.

Jf. lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §4-2, tredje ledd, skal pasienten tilbys minst en samtale om hvordan han eller hun har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på tvangsbruken skal journalføres (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2). Informantene fra mine kvalitative intervju ser på debriefing som en god måte å få snakke ut om tvangsbruken på, der også personale har anledning til å forklare sin opplevelse av situasjonen. I likhet med informantene fra mine kvalitative intervju beskrives debriefing og ettersamtale også i artikkelen som avgjørende, da tidligere pasienter så på dette som en mulighet til å bearbeide tvangen. Informantene foreslo debriefing som en god metode (Lanthèn et al, 2015, s. 5). Vi vil også i dette tilfellet finne likheter mellom både hva informantene fra intervjuet uttrykker og

hva tidligere pasienter har erfaring med. I studien blir det beskrevet at det er pasientenes egne erfaringer som er det viktigste faktoren for å forbedre omsorgen i situasjoner der tvang blir tatt i bruk (Lanthèn et al, 2015, s.2).

Den ene av informantene mine har lang erfaring fra psykiatrifeltet, og kan fortelle at den pasienten informanten har fått best relasjon til gjennom sin karriere, er en person som informanten har vært med på å beltelegge flere ganger. Det som informanten trekker frem er erfaringer med å ha «*stått i*» situasjonene sammen med pasienten, og på denne måten fått tillitt hos pasienten. På den andre siden kan vi tenke oss at bruk av tvang muligens kan ødelegge relasjoner dannet mellom personale og pasienter. I artikkelen beskrives forholdet mellom personale og pasienter som et problemområde når tvang ble tatt i bruk (Lanthèn et al, 2015, s.2).

Det kan tenkes at relasjoner kan bli ødelagt om personer man har tillitt til tyr til tvangsmiddel under behandling. Skal vernepleieren som pasienten har tillitt til ofre sitt forhold med pasienten ved å delta i en beltelegging, eller bør det aktuelle personale trekke seg unna situasjoner der man vet at hans eller hennes forhold til pasienten står på spill? Hilde Eide og Tom Eide skriver i sin bok at den viktigste relasjonen man som hjelper har, er relasjonen man har til pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2016, s.100).

6.0 Konklusjon

Vi kan konkludere med at bruk av mekaniske tvangsmidler er noe av det mest inngripende man kan gjøre med en pasient innlagt under tvungent psykisk helsevern. Min problemstilling var «*Hvordan kan vernepleieren på best mulig måte yte omsorg i tilfeller der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungent psykisk helsevern?*». Som vi ser, så finnes det flere faktorer som kan være med på å minske pasienters negative opplevelser med bruk av belter. Vi kan finne små og store tiltak som kan bidra til at pasienten, tross omstendighetene, likevel kan føle omsorg og ivaretagelse i en ellers traumatiserende situasjon.

Gjennom teori og intervju, kommer det frem at holdninger, trygghet og respekt kan være tre viktige faktorer for at pasientene skal kunne oppleve omsorg og ivaretagelse i situasjoner der mekanisk tvang blir brukt. De at vernepleieren gir pasienten ro, fred og muligheten til å spørre etter ønsker, ser ut til å bidra til god omsorg for pasienten. Noe annet vil være å se til at pasienten føler seg så trygg og ivaretatt som overhode mulig. En annen måte for vernepleieren å yte best mulig omsorg på, er å være til stede ved sengen når pasienten er fastspent. Mange pasienter vil kunne føle en trygghet ved at personale er tilstede i rommet.

En annen ting vernepleieren bør tenke over er kommunikasjon i disse situasjonene. I følge både mine intervju og den inkluderte artikkel kan det å forklare underveis, snakke rolig og «gjennom» pasienten være med på å ivareta omsorgen for pasientene. En annen ting som har vært nevnt i oppgaven er debriefingen og ettersamtalen sin betydning etter tvangstiltaket er gjennomført. Dette vil gi en god sjanse til å få en forståelse for den inngripen som har vært gjort. Etikken står svært sentralt i situasjoner der mekanisk tvang blir sett i verk, og det er i følge mine informanter alltid en etisk vurdering om når det er snakk om bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet.

7.0 Avslutning

Jeg har gjennom prosessen med min bacheloroppgave lært utrolig mye om bruk av tvang og makt, og fått en større forståelse for hvordan pasientene selv kan oppleve det mest inngripende tvangstiltaket vi har i norsk lov. Jeg har gjennom teori og intervju blitt mer bevisst på hvordan håndtere situasjoner der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungent psykisk helsevern.

«Jeg vet at tvang uten respekt og omtanke kan gjøre stor og varig skade, for jeg har opplevd det, og kjenner ettervirkningene ennå. Og jeg vet at det er mulig å gjennomføre tvang med respekt.» (Lauveng, 2014, s.126).

Jeg velger å avslutte oppgaven ved å inkludere det tidligere nevnte sitatet skrevet av Arnhild Lauveng. Hun sier at hun vet at det er mulig å gjennomføre tvang med respekt. Jeg ønsker å tilføre at jeg selv deler samme oppfatning som henne. Jeg har fått en forståelse for at tvang noen ganger er uomgjengelig nødvendig, men at det er mulig å gjennomføre den med rette holdninger, respekt og verdighet for den som blir utsatt for tvangen. Dette er noe av det viktigste jeg kommer til å ta med meg videre i jobben som vernepleier.

8.0 Referanseliste

- Adlibris, (u.å.). I morgen var jeg alltid en løve av Arnhild Lauveng. Hentet fra https://www.adlibris.com/no/bok/i-morgen-var-jeg-alltid-en-love-9788202438128?gclid=CjwKCAjwiZnnBRBQEiwAcWKfYtDvpMJIR3ZNuJyA1PkjhPaVEnEBJUHKW4imoBQQMaItyIFwUCiU_RoCyp4QAvD_BwE
- Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007071200016?page=0
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utgave), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Direktoratet for e-helse. (01.01.2019). ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613538>
- Eide, H & Eide, T. (2016), *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fellesorganisasjonen (u.å). *Vernepleiere i psykisk helse*. Oslo: FO. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2017. 15.12) Selvmord i Norge. Hentet 18.mai, 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
- Garsjø, O. (2008). *Institusjonssosiologi – perspektiver på helse og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse Bergen (2017, 10.20). Mekaniske tvangsmidler - bruk i psykisk Helsevern. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern#definitions>
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket (2018. 04). Sjekkliste for vurdering av en kvalitative studie. Hentet fra www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister
- Helsedirektoratet ((2017), 29.11)) Psykisk helsevernforskriften med kommentarer - Om rundskrivet. Hentet 23.05.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/om-rundskrivet>
- Helsedirektoratet ((2017a), 29.11)) Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern.

Hentet 10.mai, 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/etablering-og-opphor-av-tvungent-psykisk-helsevern#§-3-3a.-vedtak-om-tvungen-observasjon-eller-tvungent-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet ((2017b), 25.04)), Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser – Definisjon og diagnostiske kriterier.

Hentet 10.mai, 2019 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>

Helsedirektoratet ((2017c), 11.07)) Om selvskading – Selvskading og selvmord, veiledende materiell for kommunene om forebygging. Hentet 14.mai, 2019 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvskading>

Helsedirektoratet (2017d) 11.07)) Om selvmordsforsøk - Selvskading og selvmord, veiledende materiell for kommunene om forebygging. Hentet 14.mai, 2019 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvmordsforsok>

Helseforskningsloven (2008), Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Hermundstad, G. (1999) *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høgskulen på Vestlandet (u.å). *Søk etter fagressursar*. Hentet fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Johannessen, A., Tufte, P. A & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utgave) Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kalseth, B., Bremnes, R & Mjøs, M. (2019) *Kontroll av tvangsbruk 2017* (Rapport nr. IS 2803). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 23.mai, 2019 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Ukjent sted: N.W DAMM & SØN AS

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lanthèn, K, Rask, M & Sunnquist, C. (2015). Research Article: Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. I Nicola Magnavita (Red). *Psychiatry Journal*. Hentet fra

<https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2015/748392/>

- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Ukjent sted: Cappelen Damm AS.
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Otta: TANO A.S.
- Norman, M, Åsebø, S & Braastad, J (2016a. 27.04). Natalie (26) ble lagt i belter da hun ikke ville sove, *VG – Verdens Gang*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/42aEV/natalie-26-ble-lagt-i-belter-da-hun-ikke-ville-sove>
- Norman, M, Åsebø, S & Braastad, J (2016b. 15.06) Tonje (21) ble lagt i belter: Det reddet livet mitt, *VG – Verdens gang*, ukjent del, ss.16-17. Hentet fra <https://web-retriever-info-com.galanga.hvl.no/services/archive/displayPDF?method=&pdfUrl=%2FproxyTest%2F%3Fid%3D020019201606154qy5Pp4IHuyy3wOE8F3v87J6000201010g00%26x%3D1057cd927ae68eba885adaa1213319ac&documentId=0200192016061559362&serviceId=2>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. (2012) *JOBB KUNNSKAPSBASERT!* (2.utgave) Oslo: Cappelen Damm AS.
- NOU 2011: 9 (2011) *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven (2018), Lov om behandling av personopplysninger. LOV-2018-06-15-38) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Psykisk helsevernloven, (1999), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Snoek, J. E & Engedal, K. (2017) *Psykiatri – for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999), Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Strand, L, (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet - Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Ukjent sted: Gyldendal Akademisk.

9.0 Vedlegg

Vedlegg I: PICO-skjema

PICO	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Norske søkeord	Psykose Schizofreni Psykiske lidelser Selvskading Psykiatri	Mekanisk tvang Tvang Belteseng Mekaniske tvangsmiddel Tvangsmiddel Makt		Omsorg Respekt
Engelske søkeord	Psychosis Psychiatric patient Schizophrenia Mental illness Self-harm	Mechanical restraint Physical restraint		Nursing Respect Experiences

Tabell 1: PICO-skjema

Vedlegg II: Intervjuguide til bacheloroppgave

Navn: Anonymisert

Ansiennitet: Anonymisert

Utdanning/Stilling: Anonymisert

Generelt

1. Hva er grunnen til at du ønsker å jobbe innenfor psykisk helsevern?
2. Opplever du at belter og belteseng (mekanisk tvang) blir ofte brukt?
3. Har du vært med på mange beltelegginger?
4. Hva legger du i ordet «omsorg»?

Gjennomføringen

5. Hvilke tiltak setter dere i verk før en eventuell beltelegging?
6. Om du skulle ha ledet en beltelegging, hvordan ville du gått frem?
7. Hvordan ville du gjennomført dette på en mest omsorgsfull måte?
8. Hvordan gjennomføre tvangstiltaket med respekt?
9. Pasienten skal etter loven alltid ha kontinuerlig tilsyn imens han eller hun ligger i belter. Hva er viktig for deg når det er du som sitter ved beltesengen?
10. Nevn tre punkter du tror vil være viktig for den som ligger i belter.
11. Hvilke andre faktorer tenker du kan påvirke pasienters opplevelse av tvangstiltaket?

Kommunikasjon i situasjonen

12. Kan du si noe om kommunikasjonen i slike situasjoner?
13. Kan du gi eksempler på hva pasienten kommuniserer i slike tvangssituasjoner?

Nødvendighet, tvang og omsorg

14. Har du noen gang tenkt over hvordan man kunne løst situasjoner uten bruk av belter?
15. På Island forbyr de bruk av belter, hva tenker du om det?
16. Hva tenker du ligger i at «Tvang kan være omsorg»?
17. På hvilken måte tenker du at mekanisk tvang kan være omsorg?
18. Har du et eksempel der det hadde fått konsekvenser om belter ikke hadde blitt tatt i bruk?

Opplæring

19. Hvordan og hvor ofte øver dere på slike situasjoner?
20. Hvordan vurderer dere hvorvidt det skal brukes mekanisk tvang eller kortvarig fastholding?

21. Er det tilfeller der du tenker at det ene tiltaket er bedre enn det andre?

Debrifing og pasienters opplevelser

22. Hvordan jobber dere med debrifing etter en beltelegging?

23. Har du eksempel på hva pasientene tilbakemelder etter belteleggingen?

24. Tror du enkelte pasienter vil oppleve trygghet ved å bli beltelagt?

25. Hvordan har du det selv etter en beltelegging er gjennomført?

Egne erfaringer og tilføringer

26. Har du sett en utvikling med tanke på bruk av tvang på den tiden du har jobbet innenfor psykisk helsevern?

27. Har du noe du vil tilføre?

Vedlegg III

Vil du delta i bachelorprosjektet ”Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i bachelorprosjektet mitt hvor formålet er å innhente kunnskap om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien, og om hvordan vi som miljøarbeidere kan minske pasienters negative opplevelser med bruk av disse tvangsmidlene gjennom god omsorg. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er at studenten får mer kunnskap om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern, og om hvordan vi kan minske pasienters negative opplevelser med bruk av disse tvangsmidlene gjennom god omsorg. Studenten ønsker å innhente kunnskap om hvordan man på en mest mulig omsorgsfull og respektfull måte kan gjennomføre det mest inngripende tvangstiltaket som finnes i det norske psykiske helsevernet, bruk av mekaniske tvangsmidler.

Problemstillingen i dette prosjektet er «*Hvordan kan vernepleieren på best mulig måte yte omsorg i tilfeller der mekanisk tvang blir tatt i bruk under tvungen psykisk helsevern?*». Dette vil være en del av studentens avsluttende bacheloroppgave på vernepleiestudiet. Problemstillingen skal ende i en projektrapport der omfanget vil være på rundt 10 000 ord.

Studenten kommer ikke til å bruke opplysningene til andre formål enn i sin projektrapport.

Hvem er ansvarlig for bachelorprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet og den aktuelle studenten er selv ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du per dags dato er ansatt ved en psykiatrisk avdeling, og innehar kunnskap om gjennomføring og bruk av mekanisk tvang. Dette kan være informasjon som kan være aktuell for prosjektets problemstilling og studenten har dermed gitt deg muligheten til å delta i prosjektet. Du er en av to personer som får denne henvendelsen.

Studenten har ikke fått kontaktopplysning om den aktuelle personen gjennom andre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette gjennomføring av et kvalitativt intervju. Det er foreløpig usikkert hvor lang tid gjennomføringen vil ta. Intervjuet inneholder spørsmål om bruk av tvang og makt i psykisk helsevern, gjennomføring og erfaring med bruk av mekanisk tvang. I tillegg vil studenten spørre spørsmål om hvilke omsorgstiltak miljøarbeidere setter i verk i situasjonen, og hvilke faktorer som kan påvirke pasientens opplevelse av tvangsbruken. Dine svar fra intervjuet blir notert underveis. Om det skulle være

nødvendig ønskes det at studenten har mulighet til å igjen ta kontakt om det skulle dukke opp behov for mer informasjon angående tema, og i tilknytning til allerede gjennomført intervju.

Det er ikke aktuelt å samle inn data fra andre kilder (der i blant registre, journaler, mm.). Informanten er over 18 år, og det er ikke aktuelt med fremvisning av intervjuguide for foreldre/verge. Den aktuelle personen er en av to informanter, og hver person vil få hvert sitt samtykkeskjema med mulighet for signering før gjennomføring av intervju.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Utvalget står ikke i noe form for avhengighetsforhold til studenten, og det vil dermed ikke ha påvirkning i noen grad.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er ikke aktuelt å skrive noen opplysninger som kan gjenkjenne informant eller tredjeperson (pasient). Jeg vil anonymisere informant, ved ikke å skrive navn, alder, ansiennitet, utdanning etc. All informasjon som jeg gjennom intervjuet kan få tilgang til vil bli anonymisert. Jeg vil gjennom intervjuet notere informantens svar, men formulerer de på en slik måte at det ikke vil være mulig å kjenne igjen informasjonen. I og med at jeg ikke tar lydopptak, vil det ikke være nødvendig med tiltak for at uvedkommende ikke skal nå informasjonen.

Jeg vil ikke ta lydopptak i intervjuet, da stemmen til informanten kan være gjenkjennbar. Studenten har vært i kontakt med NSD og kommet frem til at prosjektet ikke utgjør meldeplikt da alt av informasjon anonymiseres. Studenten overholder på denne måten Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer og personvernregelverk. Det er ikke aktuelt at personopplysninger behandles utenfor EU. Sikkerhetstiltak vil dermed ikke bli nødvendig.

Studenten selv, og veileder fra Høgskulen på Vestlandet, *Irene Helland Vikøren* vil ha tilgang til informasjonen. I tillegg vil en ekstern sensor fra en annen høgskole lese den ferdige utarbeidede, anonymiserte prosjektrapporten til vurdering. Om studenten skal få karakteren A eller B som vurdering for sitt prosjekt, vil studenten få spørsmål om offentliggjøring av oppgaven i søketjenesten Oria. Bacheloroppgaven med anonymisert informasjon vil da bli tilgjengelig i skolens bibliotek.

Deltakeren vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter bachelorprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *24.mai, 2019*. Om studenten skal få F – strykkarakter vil prosjektet ha en utvidet tidsfrist. Eventuelle personopplysninger vil bli slettet etter prosjektslutt, i tillegg til at informasjonsskriv med signatur vil bli makulert. Den anonymiserte prosjektrapporten vil vedvare etter prosjektet er avsluttet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Høgskulen på Vestlandet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Høgskulen på Vestlandet* ved *Ragnhild Ihle* og *Irene Helland Vikøren*.
- Vårt personvernombud: *Halfdan Mellbye v/Høgskulen på Vestlandet*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om bachelorprosjektet «*Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt intervju
- at studenten kan stille oppfølgingsspørsmål etter gjennomført intervju, om det skulle bli aktuelt
- at anonymisert prosjektrapport lagres etter prosjektslutt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 24.mai, 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Jeg har vurdert det slik at formålet med studien er klart formulert. Forskerne ville innhente informasjon og erfaringer fra pasienter som tidligere har vært beltelagt. Grunnen til dette er at det er pasientenes opplevelse som vil være det viktigste for å forbedre omsorgen når tvang skal iverksettes.

Problemstillingen er relevant, da mekanisk tvang er noe av det mest inngripende man kan gjøre mot personer innlagt på tvungent psykisk helsevern. Det berører mange mennesker, og temaet har den siste tiden vært mye oppe i media.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Jeg har vurdert det slik at kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode for å få svar på denne problemstillingen.

Studien har som mål å beskrive tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med bruk av mekanisk tvang, og dette blir gjort ved å intervjuer ti personer som tidligere har vært beltelagt.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Forskerens måte å samle inn data på, i tillegg til analyse av datamateriale er beskrevet i studien.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen på den måten at forskerne blant annet har beskrevet hvordan informantene ble valgt ut. Forskeren beskriver fremgangsmåten for hvordan han har plukket utvalget, og hvordan han har innhentet informert samtykke fra alle informantene.

Det er i studien gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor. Det var til sammen ti personer (fem menn og fem kvinner) som ble intervjuet. Kravet var at de skulle ha blitt mekanisk fastholdt minst en gang og tidligere vært i tvungen psykiatrisk behandling. Personene hadde tidligere vært i behandling for psykose, selvskading og bipolar lidelse. Alderen varierte fra 32 – 70 år. Gjennomsnittet var 47.3 år +/- 14,3 år.

Forskeren valgte å ikke inkludere pasienter inneliggende i sykehus eller pasienter under 18 år. Dette er beskrevet i artikkelen.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Dataene ble innsamlet på en slik måte at problemstillingen ble besvart. Forskeren ønsket å høre tidligere pasienters erfaringer med mekanisk tvang, og ved hjelp av kvalitativt intervju og analyse av disse, blir problemstillingen besvart.

Det kommer blant annet klart frem hvilken metode som er brukt, og det blir gitt eksempel på hvilke spørsmål som ble stilt under intervjuet. Det kommer frem hvordan forskeren har gjennomført intervjuene.

Det kommer blant annet også frem at det i denne studien er brukt lydopptak, og at dette ble transkribert i ettertid.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Det blir beskrevet i studien at alle forfatterne har jobbet i mange år som psykiatriske sykepleiere, og innehar dermed dypere kunnskap om tema. Den ene av de har jobbet i psykiatrien i mange år, og har flere ganger vært den som har ledet beltelegginger. De beskrives at han har tatt med seg disse erfaringene inn i intervjuene.

Ellers er det uklart om det er gjort rede for noen andre bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av dataene.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Etiske forhold er vurdert i teksten da det ble gitt etisk godkjenning fra det etiske rådgivende styret ved Malmø Universitet.

Alle deltakerne gav både verbalt og skriftlig informert samtykke. Deltakerne ble også informert om at de når som helst kunne velge å avslutte studiet.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Det kommer også klart frem hvordan analysen er gjennomført, og det er i artikkelen presentert forståelig og tydelig tolkning av data.

Det viser tydelig og klar sammenheng mellom innsamlede data, informantenes sitat og kategoriene som forskerne er kommet frem til.

Det er usikkert i hvilken grad motstridende data er tatt med i studien.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende

mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene i intervjuene er klart presentert, og kommer tydelig og ryddig frem i teksten. Forskerne har gitt klare svar på problemstillingen og sitt formål med undersøkelsen som innebar å innhente informasjon om pasienters egne opplevelser med bruk av mekanisk tvang.

I artikkelen blir blant annet modeller fra rettsmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssykehus trukket frem i diskusjonen. Forskerne trekker i tillegg frem liknende studier. Det er uklart om forskeren har tilstrekkelig diskusjon for og imot argumenter. Det er beskrevet at de var flere personer som foretok analysen av intervjuene.

Funnene blir diskutert mot den opprinnelige problemstillingen.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnene i artikkelen er svært nyttige for personer som jobber, eller i fremtiden skal jobbe innen psykiatri og med bruk av mekanisk tvang. Innspillene og faktorene som kommer frem i løpet av artikkelen vil være nyttig for personale, men også andre å ha kunnskap om.

Forskerne sammenligner resultater med annen forskning.