



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	339
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7846
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 31
Andre medlemmer i gruppen: 363

Jeg godkjenner autalen 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 innen psykisk helsevern

Care during use of mechanical restraint in mental health care

Kandidatnummer: 363 & 339

Bachelor i vernepleie
Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 14. Mai 2021

Antall ord: 7846

Vi 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, § 12-1.

Forord

Vi er to studenter som er i ferd med å gjennomføre vår bachelorgrad i vernepleiestudiet ved Høgskulen på Vestlandet. I denne sammenheng har vi skrevet denne oppgaven du nå har foran deg. Det har vært en spennende og lærerik prosess. Det er med stolthet vi kan se tilbake på flere måneder med hardt arbeid, nå det ferdige resultatet foreligger.

Vi vil med dette takke vår veileder som har hjulpet og rådet oss helt fra start til slutt. Videre vil vi takke våre tre informanter som på strak arm takket ja til å være med i dette prosjektet.

Opgaven hadde ikke blitt til foruten alle dere.

Abstract

Within mental health care, there are several coercive measures. We have chosen to focus on mechanical restraint, which can be seen as the most intrusive coercive measure patients can experience. Therefore, our issue was the following: "How can the social worker provide the best possible care to the patient in situations where mechanical restraint is used during mental health care". In this task the user perspective is the main focus. As methods we searched for literature on the issue and used qualitative interviews.

Using these methods, we found many factors that affect the experience of mechanical restraint. This included communication, presence, recognition, respect, understanding and empathy from staff who were in the situation with them. We have discussed the results from our selected article: «Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review». We have also used various literature books. Finally, we will provide a summary and conclusion.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teori	7
2.1 Psykiske lidelser	8
2.1.1 Regulering av mekaniske tvangsmidler	8
2.2 Viktigheten av omsorg	9
2.3 Kommunikasjon som viktigste verktøy	9
2.4 Etikk og faglig forsvarlighet	10
2.5 Makt og brukerperspektivet	11
3.0 Metode	13
3.1 Kvalitativt intervju	13
3.1.1 Forberedelser	14
3.1.2 Gjennomføring av intervju	15
3.1.3 Analyse av datainnsamling	15
3.2 Litteratursøk	16
3.3 Styrker og svakheter	17
4.0 Funn og drøfting	19
4.1 Mekanisk tvang i et brukerperspektiv	19
4.2 Hvordan kan kommunikasjon gjøre en forskjell?	21
4.3 Betydningen av omsorg	21
5.0 Oppsummering og avslutning	25
Referanseliste	28
Vedlegg	32
Vedlegg I: KBP-Læringsverktøy	32
Vedlegg II: Intervjuguide	37
Vedlegg III: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	39

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil vi undersøke bruk av mekaniske tvangsmidler innen psykisk helsevern. Hensikten er å øke kunnskapen av mekanisk tvang og hvordan helsepersonell kan ta vare på pasienten på en verdig og omsorgsfull måte. Dette gjelder både før, under og etter bruk av mekanisk tvang. Vi vil gjennom oppgaven ta for oss pasient- og brukerperspektivet, der vi også legger vekt på den makten helsepersonell har. Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 bokstav a, c, og f sier at dersom en mottar helsehjelp som er behandlende, forebyggende, helsebevarende, diagnostisk, rehabiliterende eller har pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell, brukes benevnelsen pasient fremfor bruker (pbri, 1999, § 1-3). Med denne begrunnelsen har vi valgt å bruke "pasient" gjennom hele oppgaven.

Før vi går videre med oppgaven vil vi definere hva psykisk helsevern og tvungent psykisk helsevern er. «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, 1 ledd). Tvungent psykisk helsevern går ut på undersøkelse, behandling, pleie og omsorg uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2, 3 ledd). Et av vilkårene for å bli underlagt psykisk tvungent helsevern er at en har en alvorlig sinnslidelse og ikke har samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2017, s.14).

Bruk av mekaniske tvangsmidler kan bare benyttes i institusjoner for døgnopphold, men tvangsmidler kan benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Vilkaaret om en nødrettslignende situasjon der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd må være oppfylt for at mekaniske tvangsmidler kan tas i bruk (Helsedirektoratet, 2017, s.74). Med denne begrunnelsen har vi valgt å ikke legge vekt på tvungent psykisk helsevern i oppgaven vår.

Det som gjerne blir omtalt som mekanisk tvang er belteseng. Dette er spesialsydd belter som festes til sengen og kan festes rundt pasientens håndledd, ankler, mage og bryst. Mobile belter, kombibelter og belteforlengere hører også til under mekaniske tvangsmidler

(Helse Bergen, 2017). Bruk av mekaniske tvangsmidler, er noe av det mest inngripende en pasient under psykisk helsevern kan oppleve. Det kan påføre alvorlige somatiske og psykiske skadevirkninger (Sivilombudsmannen, 2019, s. 27). Hvis en pasient er til fare for seg selv eller andre, kan helsepersonell med loven på sin side benytte mekaniske tvangsmidler for å få kontroll over situasjonen. Før mekaniske tvangsmidler benyttes skal en forsøke mindre inngripende tiltak, som skifte av personell, verbal tilnærming eller bruk av skjerming (Helse Bergen, 2017).

Oppgaven skal ikke ta stilling til hvorvidt mekanisk tvang er etisk galt eller ikke, men hvordan personalet kan ivareta og gi omsorg for pasienter i en slik situasjon. For å finne ut av dette har vi intervjuet tre ansatte som jobber innenfor psykisk helsevern. Vi har også benyttet litteratur og forskning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår oppvekst har begge erfart å være pårørende til noen som har en psykisk lidelse. Dette har vært en drivkraft til at vi ønsker å belyse viktigheten av omsorg når et menneske er i et sårt punkt i livet. I tillegg til personlige erfaringer har vi også arbeidserfaring. En av oss har erfaring fra psykisk helsevern og har deltatt i beltelegging, den andre har erfaring fra rus og psykiatri. Vi synes psykisk helsevern er et viktig, interessant og dagsaktuelt tema. Gjennom de siste årene har vernepleierne fått mer innflytelse og større mulighet til å bruke sin faglige kompetanse innenfor psykiatri helsetjenesten (FO, u.å.). Vi vil dermed sette lys på hvordan vi som fremtidige vernepleier bør opptre under mekanisk tvang, slik at vi kan utføre dette på en minst mulig inngripende måte.

I løpet av de siste årene har media publisert flere artikler om personer som har opplevd mekanisk tvang. Noen opplevde det som nødvendig, slik Tonje på 21 år som sa «Det reddet livet mitt» (Norman, Åsebø og Braastad, 2019). Det var annerledes for Vilde på 29 år som beskriver det som «(...) det verste som jeg har opplevd i psykiatrien» (Normann & Åsebø, 2019). Andre artikler diskuterer om det bør være strengere vilkår for å benytte mekanisk tvang, noe Bent Høie uttalte seg om i 2016 (Dommerud, 2016). Det vi vet i dag, er at det fortsatt blir brukt mekanisk tvang. I 2018 ble det registrert 4047 vedtak for bruk av mekanisk

tvang i Norge (Helsedirektoratet, u.å.). Ut fra disse vedtakene er det 1017 personer som har gjennomgått mekanisk tvang (Helsedirektoratet, u.å.). Bak disse registrerte tallene er det er individuelle opplevelser, erfaringer og historier som pasienten tar seg med videre i livet.

Historisk sett har ikke psykiatriske pasienter alltid hatt de samme rettigheter som de har i dag. Det var legen Herman W. Major som først beskrev at pasienter var fastlenket til veggen eller innesperret i bur (Retterstøl, 2000). Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining ble vedtatt i 1848, var basert på Major sine forslag til endring. Isolasjon og mekaniske tvangsmidler skulle bare brukes når det var strengt nødvendig. Denne loven gjaldt frem til lov om psykisk helsevern kom i 1961 (Retterstøl, 2000). I 1999 kom det en ny lov om psykisk helsevern. Denne hadde krav om større rettssikkerhetsgarantier for pasientene, noe loven fra 1961 hadde fått kritikk for (Bahus, 2017). I 2017 kom det igjen en endring i loven. Pasienter måtte nå mangle samtykkekompetanse for å underlegges tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon (Innerdal, 2019). Det er også en forutsetning at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, samt at pasienten oppfyller enten farekriteriet eller behandlingskriteriet (Statsforvalteren, 2021).

Selv om psykiatriske pasienter har flere rettigheter nå enn før, er det grunn til å tro at det er forbedringspotensialet. Formålet med oppgaven blir da å få innsyn i hvordan vi som helsepersonell kan gjennomføre mekanisk tvang på en mest mulig omsorgsfull og ydmyk måte. Gjennom denne oppgaven håper vi å få innblikk i hvordan pasienter ønsker å bli møtt og hva pasienter setter pris på før, under og etter beltelegging. Ved å ha kunnskap om dette kan vi redusere de negative opplevelsene og sikre at de blir møtt med respekt.

Menneskeverd, respekt, nestekjærlighet og omsorg er noen av de etiske retningslinjene vi som fremtidige vernepleier ønsker å ta med oss i arbeidet med psykisk helsearbeid og i denne sammenheng, mekanisk tvang (FO, u.å., s. 4/5). Det er slik vi kom frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under psykisk helsevern?».

1.2 Oppgavens disposisjon

Vi vil begynne med å definere alvorlig psykisk lidelse, der vi også trekker frem relevant lovverk som regulerer bruken av mekanisk tvang. Deretter vil vi presentere teori om omsorg og kommunikasjon. Videre vil vi gå inn på etikk og faglig forsvarlighet når det kommer til utøving av mekanisk tvang. Deretter vil vi belyse den makten helsepersonell sitter med og definere pasient- og brukerperspektivet.

2.0 Teori

Vi vil begynne med å definere alvorlig psykisk lidelse, der vi også trekker frem relevant lovverk som regulerer bruken av mekanisk tvang. Deretter vil vi presentere teori om omsorg og kommunikasjon. Videre vil vi gå inn på etikk og faglig forsvarlighet når det kommer til utøving av mekanisk tvang. Deretter vil vi belyse den makten helsepersonell sitter med og definere pasient- og brukerperspektivet.

2.1 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et samlebegrep som omfatter tilstander og sykdommer som påvirker følelser og tanker (Aslaksen & Malt, 2020). Psykiske lidelser fører ofte til nedsatt funksjonsevne i hverdagen og atferdsendringer, men ikke alltid. Grunner til at man får psykiske lidelser er vanligvis sammensatte. «Mellom 15 og 20 prosent av befolkningen vil til enhver tid oppfylle de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse. Angstlidelser inkludert fobier, rusmiddelmisbruk (alkohol, narkotika) og stemningslidelser (spesielt depresjoner) utgjør tallmessig de største gruppene» (Aslaksen & Malt, 2020).

2.1.1 Regulering av mekaniske tvangsmidler

Lovverket om mekanisk tvang er strengt regulert under psykisk helsevernloven § 4-8. «Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre han i å skade seg selv eller andre». Tvangsmidler kan også avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Dette skal bare brukes «(...) når lempelige midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige» (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8).

Ifølge Helsedirektoratet (2017) har institusjoner med døgnopphold hjemmel til å bruke ulike tvangsmidler. Dette er mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør, legemidler og kortvarig fastholding. Det er ikke lov å bruke verken mekanisk tvang eller anbringelse bak låst/stengt dør for pasienter under 16 år. «Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av personale». Dette vil si at ved fastspenning i en seng eller stol skal personalet oppholde seg i samme rom som pasienten. Unntak er om pasienten motsetter seg dette. «Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig

ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift». Alle pasienter som blir underlagt tvangsmiddel har rett til å klage på tvangsvedtaket til kontrollkommisjonen (Helsedirektoratet, 2017, s.73).

2.2 Viktigheten av omsorg

Begrepet omsorg kan defineres på forskjellige måter ut fra den sosiale kontekst. I grove trekk kan man skille mellom universell og profesjonell omsorg (Austgard, 2010, s.13). Universell omsorg handler om at det er en iboende drivkraft som ønsker å gi kjærlighet og omtanke til sine nære. Ved profesjonell omsorg kreves det faglig kompetanse, etisk bevissthet, gode kommunikasjonsferdigheter og begrunnelse av tilnærming (Austgard, 2010, 18/22).

En definisjon av omsorg som vi synes tar med mange viktige elementer er hentet fra St.meld.nr. 28

Omsorg er både eit arbeid, hjelp som blir gitt i ulike situasjonar, ein tilstand som oppstår i møtet mellom menneske og ein kvalitet i arbeidet som blir gjort. Omsorg skjer i ein relasjon mellom to eller fleire personar der den eine har personleg omtanke for, og vil syte for å hjelpe den eller dei andre. (Meld. St. 28 (1999-2000), s.10)

For yte omsorg forutsetter det å ha «(...) nærhet til en selv, til egne følelser og reaksjoner, vilje til å innstille seg på den andre, og mot og evne til å forstå og finne måter å nå frem på (...)» (Eide og Eide, 2008, s.33). Det er viktig å være bevisst på hva som er best for pasienten vil alltid være et skjønn (Austgard, 2010, s.62). Det en yrkesutøver ser på som omsorg kan oppleves som noe annet fra mottakeren. Det er derfor viktig å ha dialog med vedkommende om hva den ønsker og trenger. Dette bidrar til pasienten får medvirke og ta stilling til den hjelpen og omsorgen den har behov for. Som fremtidige vernepleier tenker vi pasientens medvirkning av sin egen helse og livssituasjon, altså pasient- og brukerperspektivet, er fremtredende til å kunne yte god omsorg.

2.3 Kommunikasjon som viktigste verktøy

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer (Eide og Eide, 2017, s.17). Nonverbal kommunikasjon er måten du kommuniserer på uten å bruke verbalt språk. Dette kan være gjennom blikk, ansiktsuttrykk, berøring, tonefall og kroppsspråk (Eide og Eide, 2017, s.140). Som helsepersonell er det viktig at man har ferdigheter til å kommunisere med pasienter, pårørende og kollegaer. Man må også ha kunne motta, tolke og anerkjenne det avsenderen formidler. Disse ferdighetene kalles personorientert kommunikasjon. (Eide og Eide, 2017, s.17).

Personorientert kommunikasjon innebærer «å forholde seg åpen og anerkjennende til den andre som unik person, noe som forutsetter at man er oppmerksomt til stede og lytter godt til det den andre sier, og til det som kommer nonverbalt til uttrykk» (Eide og Eide, 2017, s.17). Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til bedre samhandling med pasienten, samt fungere som basis for et relasjonsarbeid (Bakken, 2011, s. 23).

2.4 Etikk og faglig forsvarlighet

Psykiske lidelser og bruk av tvangsmidler reiser mange etiske spørsmål. Som nevnt tidligere i oppgaven skal vi ikke gå i dybden om bruk av mekanisk tvang er etisk galt eller ikke. I denne sammenhengen vil vi knytte etikken opp til selve gjennomføringen av tvangshandlingen og trekke frem begrepet faglig forsvarlighet.

Etikk handler om hvordan vi mennesker forholder oss til hverandre og oppfatningen av hva som er rett og galt (Paulsen og Bostad, 2020). Etikken dekker store deler av hverdagen både i private sammenhenger og i arbeid. Når det gjelder etikk i arbeid kalles dette for profesjonsetikk. Profesjonsetikk innebærer «refleksjon over profesjonens moralske utfordringer, normer og verdier samt begrunnelsen for disse. Profesjonsetikk for helse – og sosialarbeidere skal gi et grunnlag for ansvarlig handling og begrunnede verdivalg i profesjonsutøvelsen» (FO, u.å., s.3). Med andre ord handler det om hvordan vi ivaretar pasientene våre, hvordan vi synliggjør verdier som omsorg, trygghet, og rettferdighet i

tjenestene, særlig for de som er mest sårbare og trenger det mest (Grasaas et al, 2014, s. 56).

Hva betyr faglig forsvarlig i praksis? Ifølge Owren og Linde innebærer faglig forsvarlig at en danner seg «(...) et bilde av en situasjon, definere hva som er relevante momenter og hvordan de skal vurderes, og ut fra det avgjøre hva som er rett å gjøre» (2011, s.16/17). Det er også viktig at innspill fra pasienten er en del av grunnlaget tjenesteutøverne vurderer ut fra. Refleksjon i etterkant og begrunnelse av valg har også en sentral rolle i arbeidet med faglig forsvarlighet (Owren og Linde, 2011, s. 66).

Som helsepersonell skal du «(...)utføre arbeidet i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Spørsmålet blir da; Hvordan kan vi som helsepersonell utøve mekanisk tvang på en etisk og faglig forsvarlig måte?

Ifølge Helse Bergen (2017) må helsepersonell ha jevnlig opplæring i bruk av mekanisk tvang. En må være bevisst over at mekanisk tvang er det siste utvei. «Behovet for mekaniske tvangsmidler kan oppstå akutt, men oftest vil slike situasjoner være kjennetegnet av et gradvis eskalerende forløp» (Helse Bergen, 2017). Derfor må personalet ha kunnskap om mulige triggere og signaler som pasienten uttrykker. Personalet må også ha kunnskap over psykiske og fysiske skader mekanisk tvang kan føre til og hvordan man skal arbeide med pasienten i etterkant.

2.5 Makt og pasient- og brukerperspektivet

«Som helsepersonell er man imidlertid alltid i en maktposisjon» (Eide & Eide, 2017, s.26). Makt defineres som sannsynligheten for at en aktør i en sosial relasjon er i en posisjon til å gjennomføre sin vilje på tross av motstand (Owren & Linde, 2011, s.225). Når en pasient blir lagt i belter ligger makten hos personalet. Det å ha makt i en slik situasjon, kan sees som nødvendig for å sørge for at pasienten ikke skader seg selv eller andre. Som helsepersonell er

det viktig å være bevisst over at vi ikke bruker mer makt enn det som er strengt nødvendig. Dersom man går over denne grensen, vil dette være et maktmisbruk.

Om man velger å avvise det pasienten har å si enten før, under eller etter mekanisk tvang, vil dette også være maktmisbruk. Det kan hende personalet gjør dette ubevisst, desto viktigere er det at man setter dette på dagsorden. Vi mener det er nødvendig og ikke minst viktig med et pasient- og brukerperspektiv, der man sikrer pasientens verdighet og integritet. Det å få frem pasientens syn på å bli beltelagt, kan bidra til økt forståelse fra vernepleieren, men også fra andre yrkesprofesjoner som utøver mekanisk tvang. Dette kan belyse hvordan helsepersonellets holdninger bør være fra et pasient- og brukerperspektiv.

Å si at noe er i et brukerperspektiv uttrykker det at man forstår ulike fenomener fra brukerens perspektiv. Valg av perspektiv i utøving av tjenester til mennesker med psykiske lidelser henger nært sammen med verdi- og menneskesyn. Brukerperspektivet er sagt å være grunnleggende for å oppnå brukerorientering, brukermedvirkning og brukerstyring, samt andre mål for involvering og innflytelse for brukere av en tjeneste. (Westerlund, 2012, s.16)

I 2017 trådte endringer i den Psykiske helsevern loven i kraft (Psykisk helsevernloven, 1999). Loven skulle styrke pasienters rett til å ta egne beslutninger, slik at de kunne bestemme selv om de ville ha hjelp. Endringen gjaldt ikke pasienter som er til fare for eget eller andres liv (Helsedirektoratet, 2017, s.2). I det nye lovverket var inkludering av pasient- og brukerperspektivet et viktig moment.

3.0 Metode

I dette kapitlet presenterer vi valgt metode og begrunner valget. Videre skal vi beskrive forberedelsesfasen, innsamling av data og hvordan vi har bearbeidet datamaterialet. Til slutt skal vi vise til litteratursøket vårt, samt styrker og svakheter ved anvendt metode. Det er flere forhold vi ikke har tatt stilling til i oppgaven, og noe som vi kunne diskutert videre. Vi var nødt til å avgrense oss på grunn av oppgavens omfang og det at vi har benyttet to metoder.

For å belyse problemstillingen «Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under psykisk helsevern?» har vi benyttet kvalitativt intervju og litteratursøk. Som studenter har vi bare mulighet til å intervju ansatte. Vårt fokus i intervjuene har vært å be informantene beskrive hvordan de opplevde pasientenes reaksjoner underveis og hvordan de som tjenesteyteren møtte disse reaksjonene. Det er likevel tjenesteyternes perspektiv. I forsøket på å få fram reelle pasient stemmer har vi brukt litteratur og forskning der pasient- og brukerperspektivet står i sentrum.

Kunnskapsbasert praksis er et av kompetanseområdene til vernepleiere og vernepleieren skal «kunne oppdatere sin kunnskap innenfor fagområdet i tråd med kunnskapsbasert praksis» (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §16). «Å utøve kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Disse kunnskapskildene er forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerkunnskap» (Nortvedt et al, 2012, s.16). Vi har innhentet forskningsbasert kunnskap gjennom systematiske søk, samt erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap gjennom forskning, kvalitativt intervju og litteratur.

3.1 Kvalitativt intervju

«Formålet med det kvalitative intervjuet er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av den livssituasjonen hun eller han befinner seg i» (Dalland, 2017, s. 65). Vi ønsket å få innsyn i hvilke holdninger og erfaringer de ansatte hadde når det kom til bruk av mekanisk tvang. Vi har gjennomført intervju med tre ansatte innen psykisk helsevern.

3.1.1 Forberedelser

«Det kvalitative intervjuet sikter mot å gå i dybden. Da kan ikke antallet intervjupersoner være for stort» (Dalland, 2017, s. 79). Vi valgte derfor å ha tre informanter med lang erfaring innen psykisk helsevern. Vi intervjuet to sykepleiere og en vernepleier. Informantene våre kan derfor bli sett på som strategisk utvalgte. Med strategisk utvalg betyr «(...) at en velger de personene som en tror har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en vil vite mer om» (Dalland, 2017, s.57). En av oss hadde kjennskap til informantene og var derfor den som opprettet kontakten.

I forkant av intervjuet lagde vi en intervjuguide som informantene fikk på forhånd, slik at de kunne forberede seg til intervjuet og starte med refleksjoner. Se vedlegg 2. Før vi sendte intervjuguiden benyttet vi oss en veiledningstime, slik at veilederen vår kunne kvalitetssikre spørsmålene. For å sikre at vi ikke hadde meldeplikt startet vi ikke å intervju noen før vi hadde kontaktet Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ifølge tilbakemeldinger fra NSD og retningslinjene til HVL, utgjorde ikke vår kvalitative intervju meldeplikt. Like etter dette ble avklart, leverte vi intervjuguide til informantene og avtalte tidspunkt for intervju.

Før vi startet med intervjuene utformet vi også et informasjonsskriv til informantene. Dette inneholdt blant annet intervjuets formål, hva som skulle skje med opplysningene og at deltakelsen var frivillig. Det kom også frem i informasjonsskrivet at de når som helst kunne trekke samtykket, at vi hadde taushetsplikt og at vi skulle anonymisere informasjon som ble gitt. Dette har vi lagt ved som vedlegg 3.

Totalt utformet vi 23 spørsmål fordelt på fire kategorier. Vi begynte med generelle spørsmål, videre ønsket vi blant annet informasjon om debrifing, pasientens medvirkningsmuligheter og informantenes egne erfaringer og holdninger. I hovedsak ønsket vi å vite hva informantene gjorde for å ivareta pasienter under bruk av mekanisk tvang og hvilke tilbakemeldinger de har fått fra pasienter i den sammenheng.

Vi brukte hovedsakelig åpne spørsmål for å få mer utfyllende svar, samt fange opp informantens meninger, erfaringer og opplevelser knyttet til vår problemstilling. Vi stilte oppfølgingsspørsmål dersom det var noe vi trengte å få klarhet i eller hvis vi trengte mer informasjon. Det som inspirerte oss til å stille disse spørsmålene var både tidligere erfaringer og artikler vi hadde kommet over underveis i prosjektet. Vi diskuterte mye sammen før vi kom frem til de endelige spørsmål.

3.1.2 Gjennomføring av intervju

Vi intervjuet informantene hver for seg. Intervjuene ble gjennomført over zoom, av hensyn til smittevern. Etersom vi ikke kunne ta taleopptak, stilte en av oss spørsmål mens den andre noterte. For at det ikke skulle bli overveldende for den som noterte, byttet vi roller halvveis. Dette avklarte vi med informantene før vi startet intervjuene. Vi var opptatt av å gi informantene god tid til å svare på spørsmålene, før vi gikk videre til neste spørsmål. Helt til slutt spurte vi «Har du noe du vil tilføre?». Dette var for å se om de hadde noe mer på hjertet, gjerne ting som de kom på underveis i intervjuet. Hvis informantene der nevnte noe de allerede hadde snakket litt om, kunne dette vært en indikasjon på at akkurat dette var spesielt viktig for dem.

Vi benyttet intervjuguiden vi hadde utformet. «Noen ganger skjer det at intervjupersonen helt uoppfordret tar opp et tema som står lengre nede i intervjuguiden» (Dalland, 2017, s. 79). Dette opplevde vi gjennom flere av våre intervjuer. Det var derfor flere spørsmål vi bestemte oss for å hoppe over, siden informanten allerede hadde svart på det. Denne avgjørelsen tok vi sammen med informanten, som enten samtykket til å hoppe over spørsmålet eller hadde lyst til å utdype spørsmålet enda mer. Alle informantene synes det var nyttig å få utdelt intervjuguiden på forhånd. Vi avtalte med informantene at vi kunne ta kontakt igjen dersom noen var uklart. Et av intervjuene våre varte i 40 min og de to andre i litt over en time.

3.1.3 Analyse av datainnsamling

«En vanlig måte å bearbeide intervju på, er å skrive ord for ord som er sagt» (Dalland, 2017, s. 88). Dette resulterte i en muntlig tekst. Vi prøvde så godt vi kunne å bearbeide notatene våre til en sammenheng tekst. «Bearbeidingen deler teksten inn i setninger, og typiske muntlige ord som liksom og sånn er fjernet» (Dalland, 2017, s. 89). Da dette var gjort, analyserte vi svarene fra intervjuene. Først sjekket vi om informantene hadde svart lignende på de samme spørsmålene. Om dette var tilfellet la vi disse svarene under samme kategori. Eksempler på kategorier vi brukte er kommunikasjon, medvirkning og opplevelser. Vi markerte også det vi mente skilte seg ut. Ved å markere og kategorisere på denne måten ble det lettere å skissere drøftingsdelen. Det ble også enklere for oss å finne forskning og litteratur som støttet dette, eller som sa imot. For å kvalitetssikre intervjuet fikk informantene lese gjennom den bearbejdede teksten, slik at vi skulle unngå misforståelser. Videre i metodedelen skal vi begrunne vårt litteratursøk og reflektere over styrker og svakheter til våre anvendte metoder.

3.2 Litteratursøk

Vi startet med å søke høyt oppe i kunnskapspyramiden for å finne mest mulig kvalitetssikret, fagfellevurdert og anvendbar forskning. Vi søkte derfor først etter forskning i UpToDate og BMJ Best Practice, som hører til under kliniske oppslagsverk. Her fant vi ingen relevant forskning, dermed bevegde vi oss systematisk nedover hierarkiet.

Vi søkte etter oppsummert forskning i databasene Cochrane library og Epistemonikos fordi disse kildene er kvalitetssikret og satt i en klinisk kontekst (Nortvedt et al, 2012, s.23). Vi fant ingen relevante artikler i Cochrane library eller i Epistemonikos. Vi bestemte oss derfor for å søke etter enkeltstudier og benyttet PubMed, som hadde mange relevante artikler. Selv om vi søkte i en database for enkeltstudier fant vi en artikkel som var oppsummert forskning, som vi valgte å inkludere i vår oppgave; «Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review». Studiene i denne artikkelen omhandlet pasienters egne erfaringer og opplevelser med mekanisk tvang. Artikkelen fikk godt frem brukerstemmen, som var grunnen til at vi valgte denne.

Vi har forholdt oss til forskning fra 2016 eller senere, for å få mest mulig oppdatert og dagsaktuell forskning. Vi brukte MeSH for å finne relevante søkeord. Vi benyttet ikke søkeordet "omsorg" når vi søkte i databasene, fordi vi var ute etter pasientens gode og dårlige erfaringer med mekanisk tvang. Ved hjelp av denne forskningen kunne vi drøfte hvordan vi som helsepersonell kan yte omsorg til disse pasientene, slik som problemstillingen vår belyser. Derfor brukte vi søkeord som «Psychiatric patient», «mechanical restraint» og «experiences». Resten av søkehistorikken vår er skrevet ned i KBP-verktøyet som finnes i vedlegg 1. KBP-verktøyet var nyttig for å kritisk vurdere valgt artikkel. Kjernespørsmålet vi benyttet hører til under erfaringer og holdninger, og PICO-spørsmålet vårt ble derfor: «Hvilke opplevelser har tidligere psykiatriske pasienter etter å ha blitt utsatt for mekanisk tvang?»,

Vi valgte også å inkludere boken til Arnhild Lauveng «I morgen var jeg alltid en løve». Dette er en bok vi begge har hørt mye om gjennom studiet, som handler om hennes egne erfaringer med diagnosen schizofreni og tvangsinnleggelse. Hun var innlagt på psykiatriske avdelinger i 10 år, der hun var psykotisk og selvdestruktiv. Hun er nå frisk fra diagnosen og har gjennom denne boken uttalt seg som både tidligere pasient og fagperson (Adlibris, u.å.). Vi synes det var relevant å inkludere denne boken for å forsterke brukerstemmen, som er viktig for vår oppgave.

3.3 Styrker og svakheter

I vår oppgave har vi benyttet metodene kvalitativt intervju og litteratursøk. Det at vi har flere datainnsamlingsmetoder ser vi på som en styrke i vår oppgave. Vi ser på det som en svakhet at vi ikke kunne ta lydopptak, dette førte til at vi måtte skrive alt som ble sagt mens intervjuet foregikk. Dette kan ha ført til at vi gikk glipp av viktig informasjon. Intervju på zoom kan skape en avstands barriere, men vi opplevde at dette gikk fint. Alle informantene viste et stort engasjement og kom med viktige refleksjoner. Vi ser på det som en styrke at vi sendte notatene våre til informantene, for å unngå misforståelser.

Å ha intervjuene på zoom hadde ikke bare sine svakheter, men også styrker. En styrke var at det var tidsbesparende og at vi kunne opprettholde smittevern anbefalingene. Det å ha tre informanter ser vi også på som en styrke, fordi vi fikk mye variert data som styrket drøftingsdelen vår. At vi utarbeidet en intervjuguide på forhånd ser vi også på som en styrke. Dette gjorde oss forberedt og førte til bedre struktur i forhold til det vi ønsket å få informasjon om. Vi strukturerte spørsmålene under kategorier, som gjorde det lettere når vi skulle analysere data fra alle intervjuene (Dalland, 2017, s.92). Vi sendte ut intervjuguiden noen dager i forveien, som kan ses som en styrke og en svakhet. Informantene fikk da forberedt seg både mentalt og faglig, slik at de kunne gi reflekterte og utfyllende svar (Dalland, 2017, s. 78). Det kan ses på som en svakhet fordi sjansen for at informanten snakker fritt kan reduseres, og kan derfor utelukke de spontane svarene. Dette er ikke noe vi opplevde som et problem under våre intervju.

Siden en av oss jobber innen psykisk helsevern undret vi på om denne forforståelsen kunne påvirket funnene og tolkingen fra intervjuene (Dalland, 2017, s. 80). Det var derfor en styrke at vi begge deltok på intervjuet, slik at vi kunne diskutere funnene sammen etterpå. Vi ser på det som en styrke at vi fant forskning skrevet etter 2016, siden vi fant oppdaterte og dagsaktuelle artikler. Vi brukte MeSH til vårt bakgrunnsøk, som hjalp oss å finne søkeord til kjernes spørsmålet vårt. Ved å bruke KBP-læringsverktøy har vi kritisk vurdert artikkelen, noe som også styrker våre metoder. Det at vi fant oppsummert forskning selv om vi søkte i enkeltstudier, ser vi også på som en styrke. En svakhet kan være at vår valgte artikkel «Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review» ikke bare handlet om mekanisk tvang, men generelt tvangsmidler. Bare 5 av 34 studier handlet spesifikt om mekanisk tvang. Likevel var den informasjonen vi fant nyttig og relevant til å bruke i vår oppgave.

4.0 Funn og drøfting

I denne delen drøfter vi problemstillingen: «Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under psykisk helsevern?». Vi bruker resultatene fra intervjuene og knytter dette til teori og forskning i hvert kapittel. Vi ville se om vi fant noe som kunne styrke resultatene fra intervjuet, men også om vi fant noe som gjorde det motsatte. Vi har trukket frem både litteratur fra pensum, men også fra andre bøker som handler om omsorg, makt/avmakt, relasjon, kommunikasjon og ikke minst psykisk helse og tvang. En bok vi har lagt spesielt vekt på er ''I morgen var jeg alltid en løve'' av Arnhild Lauveng. Vi ville med dette se på hvilke faktorer som kan spille inn for å redusere pasientens negative opplevelser av tvangstiltaket, der viktige punkter vil være respekt, omsorg og trygghet.

4.1 Mekanisk tvang i et brukerperspektiv

For å finne ut hvordan man kan på best mulig måte yte omsorg for pasienter under mekanisk tvang, synes vi det var viktig å belyse pasienters egne erfaringer med tvangstiltaket. Dette gjorde vi i hovedsak ved hjelp av forskning, men også gjennom intervju, siden vi etterlyste tilbakemeldinger de hadde fått av tidligere pasienter. Lauveng uttrykker i sin bok «(...) det er bare én person som har fasiten, og det er personen selv» (Lauveng, 2015, s. 51).

«Det er ingen beltelegging som er make og ingen opplever det likt», uttalte en informant vår. En annen informant forklarte at noen pasienter kan børste det av seg som ingenting har skjedd, le av det og ikke tenke noe mer på det. Informanten sier videre at hos andre kan det lage dype sår som de bruker lang tid å komme seg forbi, fordi det oppleves som et overgrep. «Det har ikke alltid noe med hvordan belteleggingen ble utført, det er dette med å bli fastspent og det handler om uverdigheten i det». En informant nevner at noen pasienter har vært takknemlig for å bli beltelagt, fordi de de ikke ville skade noen.

Ifølge en informant er det pasienter som ber om å bli beltelagt, fordi de har mistet kontrollen over seg selv og er redd for hva de kan finne på. Informanten fikk noen ganger tilbakemelding fra pasienter, der de innrømmet å ha mistet kontroll og hadde forståelse av at de måtte bruke mekanisk tvang. Informanten sier videre at stort sett er det mange som

syns det har vært en vond opplevelse, at det er verre enn å være i fengsel. En av artiklene vi fant forklarte en informant at han følte ingen brydde seg og at det var akkurat som å være i fengsel. Han hadde ikke vært i fengsel før og syns det var skremmende å bli fratatt rettighetene sine. Han følte seg alene i sengen med stroppene på håndledd og ankler (Wong et al, 2020).

Noen pasienter opplever fordeler av mekanisk tvang, som følelse av beskyttelse og sikkerhet. Likevel fokuserer de fleste studier på pasientens negative opplevelser, at tvangstiltakene er assosiert med posttraumatisk stresslidelse og en høy grad av ulike negative følelser og opplevelser, som frykt og ydmykelse (Serrano et al, 2017)). I sin bok forklarer Lauveng:

For det er slitsomt å skade seg selv, og det er vondt å miste kontrollen, og derfor følte det ofte litt tryggere å ligge i belter. Ikke godt, selvfølgelig, men jeg var i alle fall sikker på at jeg ikke kunne skade meg, det ansvaret var tatt fra meg. (Lauveng, 2014, s.122)

En informant nevner at vi er i et makt-avmakt-forhold og at det er personale som sitter med all makten, mens pasienten gjerne er livredd og kjemper for livet. I den ene artikkelen vi fant rapporterte informantene at pasientene motsatte seg mekanisk tvang ved å slåss mens de var omringet, overmannet og utsatt for fastholding av en gruppe ansatte. De rapporterte også at mekanisk tvang skjer raskt og voldsomt, er fysisk smertefullt og ydmykende. Dette ble forverret hvis det var mangel på empati hos involvert personale. De forklarte også at de ga opp kampen med ansatte, selv om de var veldig uenige i deres handlinger. Dette var for å unngå å bli siktet for vold, eller fordi de visste fra tidligere erfaring at motstand mot mekanisk tvang ikke ville føre til at de ble løsnet fra beltene (Tingleff et al, 2018).

I sin bok uttrykker Lauveng at «Tvang kan være nødvendig. Jeg hadde ikke vært i live i dag dersom det ikke hadde vært lov å benytte tvang i psykisk helsevern. Men ydmykelser og vold er ikke nødvendig» (Lauveng, 2014, s.126). Det har kommet tydelig frem i arbeidet med denne oppgaven er at mekanisk tvang ikke er en god opplevelse for noen, men at det er individuelt. Det kan være grunn til å tro at de som blir utsatt for mekanisk tvang for første gang opplever dette sterkest, noe som en av informantene også påpekte.

Informanten la også til «Er det førstegangsinnleggelse vet vi ikke hvordan vedkommende reagerer og hvilke hensyn som skal tas». Det er der viktigheten av kommunikasjon kommer inn.

4.2 Hvordan kan kommunikasjon gjøre en forskjell?

Gjennom alle intervjuene kom det tydelig frem at kommunikasjon er viktig og nyttig i flere sammenhenger. To av informantene fortalte at kommunikasjon er et vesentlig verktøy for å kunne samhandle med pasienten. «Dersom en pasient har en historikk med flere innleggelser, vil vi gjerne ha en samtale med vedkommende i forkant». Her vil da personalet kartlegge hva som kan være mulige triggere for pasienten og hvordan de ønsker at forløpet skal foregå dersom det blir nødvendig med mekanisk tvang.

Dersom det blir nødvendig å bruke mekanisk tvang forteller en informant at «(...) det er viktig at vi er konkret i språket og gjerne informerer pasienten om forløpet». «Dette kan da gjerne bidra til at pasienten føler seg litt mindre utrygg når hendelsen pågår.» Forskning vi har funnet bekrefter også dette. Flere studier indikerer at tilstrekkelig informasjon før og under mekanisk tvang er vesentlig når det gjelder pasientens opplevelse (Serrano et al, 2017). Lauveng skriver «Kunne du ikke spurt på forhånd? Sagt at det stod et rom klart til meg, at dere ville ta vare på meg og passe meg? (...) Kunne du ikke bare spurt, før dere tok tak i meg? Jeg kan jo fortsatt snakke» (Lauveng, 2014, s.114). Gjennom dette utdraget kan vi trekke frem hvordan mangel av informasjon fører til avmakt hos den ene parten.

En informant peker på at kommunikasjonen kan oppleves som misvisende dersom det oppstår en kaotisk hendelse der man trenger å få fort kontroll over pasienten. Om dette er tilfellet, hevder informanten at så fort de har fått kontroll på situasjonen snakker de med vedkommende og forklarer hvorfor de måtte handle slik de gjorde. Informanten legger til at «når pasienten ligger i belter er det utrolig viktig at vi fysisk er til stede». Forskning viser at pasientene blir roligere dersom personalet småprater med dem med en beroligende og oppmuntrende stemme (Tingleff et al, 2018). Dette påpeker også flere av informantene. En informant nevner viktigheten av å respektere pasienten dersom den ikke ønsker å snakke og anerkjenne følelsene til pasienten. Dette er et aspekt denne forskningen ikke har lagt noe

vekt på. «Det viktigste er at vi er på tilbudssiden og at vi viser at vi er her for dem», uttrykker en informant.

Viktigheten av verbal og nonverbal kommunikasjon dukker opp når vi spør informantene om «Hvordan og når vurderer dere at det ikke lenger er behov for at pasienten er låst til belte?». Alle informantene nevner at dialog og samhandling er vesentlig for å kunne gradvis løsne opp beltene. En informant sier «Vi ser om pasienten ser mer avslappet ut og gjerne spør de om vi skal prøve å løse opp.» Her ser vi viktigheten av det å kommunisere direkte med pasienten og inkludere dem i avgjørelsen. Derimot om pasienten fortsatt er i fare for å skade seg selv eller andre, må personalet vurdere saken på nytt. Informantene formidler også at de er opptatt av den nonverbale kommunikasjonen, at de ser eller hører om pasienten har vondt. Da spør de gjerne for eksempel om beltene gnager, slik at de kan justeres.

Et annet viktig aspekt er at kommunikasjon kan føre til brukermedvirkning. I etterkant av en beltelegging er det pålagt at pasienten får en samtale der de kan snakke om sin opplevelse av belteleggingen. Informantene forteller at i en slik ettersamtale spør personalet «er det noe vi kunne ha gjort annerledes?». Her får pasienten muligheten til å gi tilbakemelding, samt bearbeide sin opplevelse. Forskning derimot, avslører at en slik debriefing etter mekanisk tvang ikke reduserte traumeopplevelsen betydelig, men økte forståelsen for hvorfor de hadde blitt beltelagt (Serrano et al, 2017). I denne sammenheng har vi valgt å inkludere to situasjoner som informantene fortalte oss.

Husker en pasient som var veldig psykotisk når vi skulle beltelegge vedkommende i sengen. Da ble pasienten totalt krakilsk og klarte ikke roe seg. Når vi snakket med pasient i etterkant, fikk vi informasjon at han hadde sett masse dyr og slanger i beltesengen som vi nettopp hadde lagt han ned i. Da kan man jo skjønne hvorfor han var så redd.

Denne situasjonen påpeker viktigheten av kommunikasjon og forståelse for andres situasjon og opplevelser. Informanten sier det ikke er rart at pasienten ikke klarte å roe seg ned, når vedkommende så slanger og andre dyr i sengen han ble beltelagt i. Hvis personalet hadde vært klar over dette på forhånd kunne de trygget pasienten og gjerne vært åpen for å prøve

ut andre midler.

Det var en pasient som fikk lange anfall og kunne ha mye selvskading. Dette førte til at vi gjerne holdt pasienten slik at vedkommende ikke skulle skade seg selv. Etter hvert, fikk vi en dialog og relasjon med pasienten. Da lærte vi at når personen kjente disse anfallene, ønsket vedkommende å bli beltelagt fremfor å bli holdt. Det kom frem at hun hadde blitt utsatt for gjentatte misbruk og derfor ønsket hun ikke å bli fysisk holdt. Dette er et eksempel på at vi må lytte til folk.

Ved å ha dialog pasienten, fikk vedkommende muligheten til å ytre seg og medvirke til hvordan personalet skulle agere dersom en slik situasjon skulle oppstå igjen. Sitatet der informanten sier «vi må lytte til folk» er essensen av dette kapitlet om kommunikasjon.

Et annet viktig begrep som gjentatte ganger blir nevnt av informantene er relasjon og tillit. «Kommunikasjon og samhandling er basis for relasjonsarbeid» (Bakken, 2011, s. 23).

Dette bekrefter også forskning vi har funnet, som også sa at dersom pasienten hadde en god relasjon bidro dette til at pasienten følte seg tryggere under belteleggingen (Nielsen et al, 2016). Forskning peker på at relasjon er viktig, men at det er ikke alltid mulig å danne slike relasjoner (Nielsen et al, 2016). Dette bekrefter også en av informantene, som sier «Noen av personalet har bedre relasjon og dempende effekt på noen av pasientene enn andre. De menneskene som har disse gode relasjoner kan gjerne ta de vanskeligste samtalene». Her kan vi se at relasjon er nyttig for at pasienten skal føle seg bedre ivaretatt.

Det som er viktig å belyse er at relasjoner er sårbare. En informant sier «pasienten kan føle seg lurt og gjerne sviktet dersom personale som de hadde tillit og relasjon til blir med å beltelegge dem». Informanten legger til at i de fleste tilfeller vinner man relasjonen tilbake med pasienten, men at dette kan ta gjerne litt tid. Det som er viktig er å være åpen og ærlig i kommunikasjonen. Dette går ut på at personalet forklarer hvorfor de måtte handle slik de gjorde, og tydeliggjøre at det er for å ta vare på dem og ikke menes som en straff.

4.3 Betydningen av omsorg

Vi spurte informantene våre «Hva legger du i ordet omsorg?». En informant beskrev at det å yte omsorg når de ligger i belter er å vise empati og forståelse. At man må vise respekt for at den andre har det vondt og virkelig være til stede i situasjonen. Informanten sier videre at man må anerkjenne at de har det vondt, uten å overkjøre de med at vi vet hvordan de har det, fordi det kan man ikke vite helt sikkert. «Å anerkjenne den andre (...) er bekræftende og støttende, og kan bidra til å redusere eventuelt angst, usikkerhet og uro» (Eide og Eide, 2004, s. 181). Noe annet informanten la spesielt vekt på var at man må være klar og tydelig i kommunikasjonen og lytte til hva pasientene sier, istedenfor å gjøre opp sine egne meninger. «Vi må ikke overkjøre de med å synse og tro hva de mener».

I en studie rapporterte pasienter at det var flere faktorer som spilte inn for at de fikk en bedre opplevelse av mekanisk tvang. De nevnte respekt, profesjonell og vennlig oppførsel av personalet, human og rettferdig behandling, empati og støtte fra personalet. Alt ble sett på som viktig for pasientenes verdighet (Serrano et al, 2017). En informant uttalte i vårt intervju at man skal gå inn i de situasjonene og tenke at dette kunne vært min far, min mor, min søster og ta utgangspunkt i det når en skal utføre denne tvangen. «Hvis en har det som utgangspunkt så tror jeg man kan løse dette på en best mulig måte». Vi synes dette var veldig godt sagt. Å ha dette som utgangspunkt kan sørge for at vi utfører tvangen på en slik vi hadde ønsket for vår egen familie, at de blir respektert og ivaretatt.

Det er en del pasienter som opplever sinne og frustrasjon, noe som kan gjenspeiles i vold, trusler og / eller aggresjon rettet mot personalet Disse konfliktene ble forverret dersom pasienter oppfattet at personalet avviste pasientenes initiativ til å snakke om disse uenighetene eller nektet å forstå pasientenes perspektiver. Noen pasienter opplevde at de ble ignorert når de nærmet seg ansatte på kontoret eller at personalet ropte eller sa noe provoserende eller respektløst (Tingleff et al, 2017). En informant forklarte at det hadde vært tilfeller der personalet triggert en allerede agitert pasient, noe som eskalerer situasjonen og har endt med beltelegging. «Det er jo mangel på respekt. Det å møte aggresjon med aggresjon er veldig lite hensiktsmessig». Det forteller oss at fremgangsmåten og holdningene til ansatte er viktige faktorer som kan påvirke om mekanisk tvang faktisk blir

nødvendig. Omsorg og ivaretagelse av pasienter i forkant kan forhindre at situasjonen eskaleres og ender med beltelegging.

Ifølge psykisk helsevernloven §4-8 fjerde ledd skal pasienter som er utsatt for tvangsmidler ha kontinuerlig tilsyn. Hvis pasienten er fastspenn i stol eller seng skal helsepersonell oppholde seg i samme rom, så lenge pasienten ikke motsetter seg det (phvl, 1999, §4-8). Du må være til stede, trygge pasienten og vise at du bryr deg selv om du har tatt kontrollen og lagt de i belter, uttrykker en av informantene. Informanten nevner at det er pasienter som ikke ønsker at man skal være der. «Er ikke alltid du behøver og si noe, fordi det er ikke alltid pasienten ønsker å prate. Si at du er der for pasienten». Andre ting man kan gjøre for å yte omsorg er å tilby pledd, pute, drikke og andre ting som kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt. Informanten beskriver videre at det har vært fine stunder inne på belterommet. «Vi har for eksempel sunget sammen og spilt musikk fra telefonen, det er faktisk mange som setter pris på det. Det er viktig å nevne at det er også terapeutisk å være stille sammen».

Andre faktorer som kan spille inn på opplevelsen av mekanisk tvang er atmosfæren rundt. En informant sier at et rom uten gardiner og møbler kan påvirke opplevelsen, men ved å gjøre tiltak som å male vegger kan man gjøre det mindre skummelt. Noen informanter fra valgt studie nevner at komforten på rom, møbler, støy, tilstedeværelsen av personlige gjenstander og privatliv var viktige konsepter for dem (Serrano et al, 2017). Pasienter kan nok bli møtt på flere av disse tingene, men akkurat møbler på rom tenker vi at en bør være tilbakeholden med, med tanke på sikkerhet. Har de en stol på rommet og de knekker av et ben, så har de plutselig et våpen i hendene.

5.0 Oppsummering og avslutning

Vår problemstilling er «Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under psykisk helsevern?». Gjennom intervjuene har vi fått innblikk i hva pasientene setter pris på før, under og etter beltelegging. Empati, anerkjennelse, tilstedeværelse, informasjon, trygghet og respekt er ord som gjentatte ganger er blitt nevnt både hos informantene og fra forskning. Når noen har bestemt at mekanisk tvang er “nødvendig” ligger makten hos personalet, mens pasienten gjerne er livredd og kjemper for livet. Om man velger å avvise det pasienten har å si enten før, under, eller etter mekanisk tvang, vil dette være maktmisbruk. Mangel på informasjon kan også føre til avmakt hos pasientene.

Gjennom intervjuene kom det tydelig frem at kommunikasjon er viktig og nyttig i flere sammenhenger. Kommunikasjon kan føre til bedre samhandling og brukermedvirkning. Tilstrekkelig og konkret informasjon før og under mekanisk tvang er vesentlig når det gjelder pasientens opplevelse. Dersom personalet småprater med en beroligende og oppmuntrende stemme kan dette bidra til å berolige pasienten når den ligger i belter. Ved hjelp av kommunikasjon kan personalet inkludere pasienten i avgjørelsen om beltene skal løsnes på. Gjennom nonverbal kommunikasjon kan personalet også se eller høre om pasienten har vondt eller ubehag. Da spør de gjerne om beltene gnager, om de vil ha en ekstra pute, dyne, drikke eller høre på musikk. Hensikten er å gjøre belteleggingen mindre belastende enn det er i utgangspunktet.

Etter en beltelegging er det pålagt at pasienten får en samtale, der vedkommende kan snakke om sin opplevelse av tvangstiltaket. Noen pasienter som har opplevd fordeler av mekanisk tvang, som følelse av beskyttelse og sikkerhet. Likevel har de fleste opplevd negative opplevelser, som frykt og ydmykelse. Dette ble forverret hvis det var mangel på empati og respekt hos involvert personale. Tjenesteyterne må vise respekt for at den andre har det vondt og være til stede i situasjonen. Profesjonell og vennlig oppførsel, human og rettfærdig behandling, empati og støtte fra personalet blir sett på som viktig.

Fremgangsmåten og holdningene til ansatte er viktige faktorer, som kan påvirke om mekanisk tvang faktisk blir nødvendig.

Innenfor psykiske helsetjenester er brukermedvirkning hele tiden under utvikling. Dette er noe vi synes er utrolig viktig og som gleder oss som kommende vernepleiere. Vi har gjennom denne oppgaven fått se betydningen av pasientenes medvirkning under mekanisk tvang og hvordan dette kan påvirke deres opplevelse. Vi har lært utrolig mye om tvang og makt, og hvordan kommunikasjon, tilstedeværelse, trygging, forståelse, respekt, omsorg og holdninger er med å påvirke pasientens opplevelse av mekanisk tvang. Det å få frem pasientens syn på å bli beltelagt kan bidra til økt forståelse fra vernepleieren, men også fra andre yrkesprofesjoner som utøver mekanisk tvang. Det er derfor viktig at alle, uansett profesjon gjør seg bevisst over egne holdninger, væremåte og ikke minst være åpen til dialog med den det gjelder. Vi vil avslutte oppgaven med et sitat fra en av våre informanter «Min opplevelse betyr ikke din opplevelse, men gjennom dialog og samhandling kan vi skape en felles opplevelse».

Referanseliste

Adlibris, (u.å.). I morgen var jeg alltid en løve av Arnhild Lauveng.

https://www.adlibris.com/no/bok/i-morgen-var-jeg-alltid-en-love-9788202438128?gclid=Cj0KCQjw1PSDBhDbARIsAPeTgreXPmb0mLWAuiMy4r0PtUVcWKv6G7k9DkTgn62rQtXh_I7Z1O2omM8aAm1sEALw_wcB

Aslaksen & Malt, U. (2020, 3. november). Psykiske lidelser. I Store Norske Leksikon.

<https://sml.snl.no/psykiskelidelser>

Austgard, K. I. B. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien (2. utg., p. 157). Cappelen akademisk.

Bahus, K. M. (2017, 14. desember). Psykisk helsevernloven. I Store Norske Leksikon.

<https://snl.no/psykiskhelsevernloven>

Bakken, L.T. (2011). Samhandling med og uten ord: Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse. Hertervig Forlag.

Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dommerud, T. (2016, 11. april). Bent Høie vil gjøre det mye vanskeligere å bruke tvang.

Aftenposten.<https://www.aftenposten.no/norge/i/bK52A/bent-hoeie-vil-gjoere-det-my-vanskeligere-aa-bruke-tvang>

Eide, H. & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk (3. utg). Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2004). Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. Gyldendal.

Falkanger, T. A. (2019). Besøksrapport: Psykiatrisk klinikk, Helse Bergen HF (Sandviken). (2017: 234).

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/03/Psykiatrisk-klinikk-Sandviken-bes%C3%B8ksrapport-1.pdf>

Fellesorganisasjonen (u.å.). Vernepleiere i psykisk helse. Oslo:FO.

<https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>

- Fellesorganisasjonen (u.å.). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Oslo:FO.
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>
- Grasaas, K. K., Sjursen, M & Stordalen, J. (2014). Helsefagskolen: Etikk og kommunikasjon. Cappel Damm Akademisk.
- Helse Bergen. (2017, 20. oktober) Mekaniske tvangsmidler- bruk i psykisk helsevern. Helsebiblioteket <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk--psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet (u.å).Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern: SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>
- Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. (Nr. IS1/2012) [Rundskriv]. Helsedirektoratet.
<https://lovdata.no/static/ROO/is-2017-0001.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018, 29. november). Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Innerdal, C. (2019, 27. februar). Lovendring i psykisk helsevernloven. NHI.
<https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/helsetjenesten/lovendring-i-psykisk-helsevernloven-fra-1-september/>
- Lauveng, A. (2014). I morgen var jeg alltid en løve. Cappelen Damm.
- Meld. St. 28 (1999-2000). Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/fec49b330b58424687c5300ecde860aa/nopdfa/stm199920000028000dddpdfa.pdf>

- Nielsen, D. L., Gildberg, A. F., Beck, P., Dalgaard, L. J., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2016). Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*.
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/inm.12300#citedby-section>
- Norman, G. M., Åsebø, S. & Braastad, S (2019, 13. oktober). Tonje (21) var beltelagt: – Det reddet livet mitt. *VG-Verdens gang*.
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/LKRpp/tonje-21-var-beltelagt-det-reddet-livet-mitt>
- Norman, G. M & Åsebø, S. (2019. 13 oktober). Vilde (29) var beltelagt: – Et maktmisbruk ikke å ha oversikt. *VG-Verdens gang*.
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Kwg66/vilde-29-var-beltelagt-et-maktmisbruk-ikke-aa-ha-oversikt>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2. utg). Cappel Damm Akademisk.
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>
- NOU 2011: 9. (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Departementenes servicesenter.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- Owren, T. & Linde, S. (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver*. Universitetsforlaget.
- Pasient og brukerrettighetsloven*. (1999). Lov om pasient -og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, M. T. & Bostad, T. (2020, 05. mai). Hva er etikk? Nasjonal digital læringsarena (NDLA).
<https://ndla.no/nb/subject:24/topic:1:183717/topic:1:183520/resource:1:24486?filters=urn:filter:113986bb-9b00-42dc-b1ff-0b9a352369f4>
- Psykisk helsevernloven*. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- PsykNytt (2017, 10 oktober). Endringer i Psykisk helsevernloven trådt i kraft.
Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/endringer-i-psykisk-helsevernloven-tradt-i-kraft>
- Retterstøl, R. (2000, 30 november) Herman W. Major –" far" til norsk psykiatri. Tidsskriftet: Det norske legeföreningen.
<https://tidsskriftet.no/2000/11/merkesteiner-i-norsk-medisin/herman-w-major-far-til-norsk-psykiatri>
- Serrano, A. C., Parra, G. J., Sanchez, G. J., Küstner, M. B. & Cleries, M. F. (2017). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. Sage journals, 129-144.
<https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/10.1177/0706743717738491>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statsforvaltningen (2021, 1 mars). Tvang. Statsforvaltningen.
<https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>
- Tingleff, B. E., Hounsgaard, L., Bradley, K. S. & Gildberg, A. F. (2018). Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. International Journal of Mental Health Nursing.
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/inm.12549#citedby-section>
- Westerlund, H. (2012). Ord og begreper i psykisk helsearbeid.
<https://www.napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf>

Vedlegg

Vedlegg I: KBP-Læringsverktøy

1. Informasjonsbehov

Beskriv den kliniske situasjonen som førte til et informasjonsbehov:

Vår oppgave vil vi ta stilling til bruk av mekaniske tvangsmidler innen tvungent psykisk helsevern. Fokuset vårt er å belyse hvordan vi som helsepersonell kan ta vare på pasientene som er underlagt mekanisk tvang, på en best mulig måte. Dette gjelder både før, under og etter bruk av mekanisk tvang. Vi ønsker å belyse viktigheten av å yte god omsorg når et medmenneske er på sitt såreste punkt i livet. Oppgaven skal ikke ta stilling til hvorvidt mekanisk tvang er etisk riktig eller ikke, men hvordan man kan på en best mulig måte yte omsorg for pasienter i en slik situasjon.

2. Spørsmålsformulering

Hvilken type [kjernes spørsmål](#) er spørsmålet ditt?

Forekomst Årsak Diagnostikk Effekt av tiltak Prognose Erfaringer og holdninger

For spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk, effekt og prognose, fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

P	Populasjon	
I	Intervensjon	
C	Kontroll	
O	Utfall	

For spørsmål om erfaringer og holdninger, fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

P	Populasjon	Tidligere psykiatriske pasienter
I	(Fenomen av) interesse	Opplevelser
Co	Kontekst	Mekanisk tvang

Formuler PICO/PICo-spørsmålet ditt:

«Hvilke opplevelser har tidligere psykiatriske pasienter etter å ha blitt utsatt for mekanisk tvang?»

3. Litteratursøk

Kryss av for kilder du søkte i:

Oppsummert forskning		Primærstudier	
<input checked="" type="checkbox"/> UpToDate	<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)	<input checked="" type="checkbox"/> PubMed/MEDLINE Clinical Queries	<input type="checkbox"/> Andre (spesifiser)
<input checked="" type="checkbox"/> BMJ Best Practice		<input type="checkbox"/> PsycINFO	
<input checked="" type="checkbox"/> Cochrane Library		<input type="checkbox"/> CINAHL	
<input checked="" type="checkbox"/> Epistemonikos		<input type="checkbox"/> SocINDEX	

Hvorfor valgte du disse kildene?**UpToDate:**

Vi valgte å søke på denne kilden hovedsakelig fordi den ligger høyt oppe i kunnskapspyramiden. Dette er en kilde som viser til kliniske oppslagsverk som er jevnlig oppdaterte. Innholdet som blir lagt ut her er faglig vurdert og dermed er det sikre og troverdige kilder

BMJ Best practice:

Grunnen til vi søkte på denne kilden er fordi dette er et internasjonalt medisinsk og helsefaglig oppslagsverk for primær- og spesialisthelsetjenesten. All kunnskap som bli lagt ut her er oppdatert.

Cochrane library:

Denne kilden tar for seg forskningsbasert informasjon om effekten av ulike tiltak for forebygging og behandling. Selv om vi ikke har effekt av tiltak som en del av kjernes spørsmålet, så søkte vi om det var noe oppsummert forskning om Mekanisk tvang

Epistemonikos:

En av grunnene vi valgte å søke i Epistemonikos er fordi den ligger under kategori «systematiske overskrifter» i kunnskapspyramiden. Med dette i utgangspunkt hadde vi et håp å finne oppsummert forskning som handlet om pasienters opplevelser av mekanisk tvang. Vi synes også denne nettsiden er relativ enkel å bruke. Dette er med hensyn på at man kan benytte en såkalt «fri tekst» kolonne der man kan skrive rett inn for eksempel Psychiatric patient and Mechanical restraint.

Pubmed:

Denne kilden er internasjonal base med referanser til tidsskriftartikler innenfor helse og omsorgstjenesten. Selv om Pubmed er kategorisert som «enkelt studier» i kunnskapspyramiden så har vi av erfaring funnet gode oppsummert forskning på denne nettsiden. Derfor valgte vi å prøve lykke her, noe som lønnet oss nemlig fordi vi fant flere oppsummert forskning som var relevante for vår oppgave.

Beskriv søkeordene og hvordan du kombinerte dem (lim inn eller legg ved søkestrategi):**BMJ Practise- 0 treff**

Psychiatric patient and Mechanical restraint
Psychiatric patient and Physical restraint
Mental illness and Physical restraint
Physical restraint and care
Mechanical restraint and care

Uptodate

Psychiatric patient and Mechanical restraint- ca. 200 treff, ingen relevante
Psychiatric patient and Physical restraint- ca. 200 treff, ingen relevante
Mental illness and Physical restraint- ca. 200 treff, ingen relevante
Physical restraint and care- ca. 200 treff, ingen relevante
Mechanical restraint and care- ca. 150 treff, ingen relevante
Mental illness and Mechanical restraint experiences- ca. 200 treff, ingen relevante

Epistemonikos

Psychiatric patient and Physical restraint- 23 funn, ingen relevante
Psychiatric patient and Mechanical restraint- 13 funn, ingen relevante

Cochrane library

Mental illness and Physical restraint- 2 treff, ingen relevante
Psychiatric patient and Physical restraint- ingen treff
Psychiatric patient and Mechanical restraint- ingen treff
Mechanical restraint and care-2 treff, ingen relevante
Physical restraint and care- 2 treff, ingen relevante
Mental illness and Mechanical restraint experiences- ingen treff

PubMed

Mental illness and Mechanical restraint experiences- 24 treff, 5 relevante
Mental illness and Physical restraint experiences- 298 treff, avgrenset til 5 siste år, 63 treff- 10 relevante
Psychiatric patient and Physical restraint experiences- 145 treff, avgrenset til 5 siste år, 56 treff- 9 relevante
Psychiatric patient and Mechanical restraint experiences- 31 treff, 9 relevante

Beskriv inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Forskningen har grundig tydeliggjort hvilke studier og deltakere som de har brukt i sin oppsummerte forskning. Dette ble presentert i metode kapittelet.

Inkluderings kriterier var:

- 1) Studier der pasienter var utsatt for fysisk eller mekanisk tvang og/eller tvunget medisiner
-

-
- 2) Studier de tvangstiltaket ble brukt under psykiatrisk sykehusinnleggelse
 - 3) Studier med en kvalitativ eller kvantitativ vurdering av den subjektive opplevelsen i forhold til tvangs typen.

Studier som ble ekskludert var dersom:

- 1) Pasienter var under 18 år gamle
- 2) Pasienter ble innlagt på avdelinger for ikke-psykisk helse, spesialiserte fasiliteter for rusmisbruk eller psyko-geriatriske fasiliteter
- 3) Studier som kun redegjorde erfaringer til personalet

Resultat fra søk: Legg ved valgt artikkel i fulltekst, eller lenke til artikkel, oppslagsverk eller retningslinje.

Serrano, A. C., Parra, G. J., Sanchez, G. J., Küstner, M. B. & Cleries, M. F. (2017). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. Sage journals, 129-144. <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/10.1177/0706743717738491>

4. Kritisk vurdering (legg eventuelt ved utfylt sjekkliste)

Hva er tema/problemstilling i artikkelen, retningslinjen eller oppslagsverket?

Tema for denne forskningen er psykiatriske pasienters opplevelser av ulike tvangs tiltak. Målet med studien var å gjennomføre en systematisk gjennomgang av faktorene som påvirker pasientens subjektive opplevelse i forholdt til anvendelse av tvangsmidler i innleggelse i psykiatrisk sykehusinnleggelse. Det sekundære målet var å gjennomgå resultatene angående hvilke subjektive opplevelser som ble rapportert av pasientene fra de ulike former for tvang og sammenligne disse.

Hvilket studiedesign er brukt?

Selv om forskningen tar for seg opplevelser og erfaringer, har de brukt kvantitativ metode. Grunnen til dette er fordi dette er en oppsummert forskning og da tar de for seg flere studier. Til sammen har de tatt med 34 studier i sin forskning. Fra disse 34 studiene er det både kvantitativ og kvalitativ metode som er blitt brukt.

Hva forteller resultatene?

Det er flere funn som kan påvirke pasientens opplevelse av tvangstiltaket. Disse er i korte trekk:

-
- Informasjon, tilstedeværelse, eller interaksjon med personalet og tilstrekkelig kommunikasjon med fagpersoner var med å påvirke den subjektive opplevelsen av tvangstiltaket. Utfallet er at opplevelsen blir mindre traumatiserende.
 - Det fysiske miljøet på den psykiatriske avdelingen
 - Respekt, profesjonell og hyggelig oppførsel av personalet
 - Debriefing etter et tvangstiltak. Bruk av debriefing indikerte som en viktig teknikk for å redusere den emosjonelle effekten av tvangstiltaket.
 - 26 studier viser til negative opplevelser og 14 studier viser til positive opplevelser av tvangstiltaket.

De negative er:

- Frykt, angst eller posttraumatisk stresslidelse
- Maktesløshet, forlatelse, mistro eller ensomhet
- Straff, mishandling eller smerte
- Sinne og raseri
- Tristhet og depresjon
- Ydmykelse og skam
- Tap av frihet

De positive er:

- Å føle at tiltaket var nyttig, gunstig eller nødvendig
- Føle at de fikk roe seg ned, eller hvilt seg
- Sikkerhet eller følelse av kontroll
- Forebygging av vold eller et sted de kan utrykke følelser

Kan du stole på resultatene?

Vi mener dette er en forskning som er troverdig der vi kan stole på resultatene. En av grunnene til dette er fordi forskningen legger frem at de har kvalitet sikret alle studiene som de har brukt. De har brukt en standardisert sjekklister som heter Critical Appraisal Skills Program. Videre har forskningen i metode kapitlet skrevet grundig hvordan de har innhentet data og hvordan data er bearbeidet og analysert. Forskningen har også skrevet om sine begrensinger og mulige feilkilder

Kan du bruke resultatene i din praksis?

Ja vi mener at denne forskningen ga oss nyttige data i forhold til vår problemstilling. Dette er med utgangspunkt til pasienters opplevelser av mekanisk tvang.

5. Anvende

Hvordan vil du konkludere, og kan du integrere kunnskap fra artikkelen, oppslagsverket eller retningslinjen med din kliniske erfaring, pasientverdier og –preferanser i kliniske avgjørelser?

Det kan vi absolutt gjøre. Som fremtidige vernepleier er det viktig at vi tar for oss brukerperspektivet og bruker den kunnskapen de sitter med for å kunne gi bedre helsehjelp. Det å være bevisst over egne holdninger og verdier som respekt, omsorg og tillitt er vesentlige elementer som er viktig under mekanisk tvang. Vi vil også konkludere at kommunikasjon både før, under og etter beltelegging har en også betryggende faktor for pasientene. Til slutt vil vi trekke frem viktigheten av debrifing.

6. Evaluering

Hvis du har endret eller planlegger å endre din praksis, hvordan vil du evaluere dette? Evaluer også hvordan du selv har fulgt og gjennomført trinn 1-6 over. Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Vi har systematisk gjennomført trinnene 1-6, i kronologisk rekkefølge. Vi fant en artikkel som var oppsummert forskning, selv om vi søkte i enkeltstudier (PubMed). Denne artikkelen handlet ikke bare om mekanisk tvang, men generelt tvangsmidler. Bare 5/34 studier handlet om mekanisk tvang, men vi fant artikkelen nyttig.

KBP-læringsverktøy er utviklet av Nina Rydland Olsen¹ og Lillebeth Larun², etter idé fra Per Olav Vandvik². Oppdatert av Hilde Strømme² juli 2018. Oppdatert av Kristine Berg Titlestad¹ juni 2019. ¹Høgskulen på Vestlandet, ²Folkehelseinstituttet

Vedlegg II: Intervjuguide

Navn: Anonymisert

Ansiennitet: Anonymisert

Utdanning/Stilling: To sykepleiere, en vernepleier

Generell

1. Opplever du at mekanisk tvang blir mye brukt?
2. Har du fått opplæring i bruk av mekanisk tvang?
- I løpet av et år hvor ofte får dere opplæring?
3. Føler du deg trygg på din rolle når det blir brukt mekanisk tvang?

Debrifing

4. Har dere rutiner på debrifing i etterkant av en situasjon der du har deltatt i mekanisk tvangsbruk?
5. Hvordan er det for deg etterpå du har deltatt i en beltelegging?
6. Snakker dere kollegaer med hverandre i etterkant av en gjennomførelse av mekanisk tvang?
-I så fall hva snakker dere om?

Pasientens medvirkningsmuligheter

(I forkant av bruk av mekaniske tvangsmidler)

7. Noen pasienter er gjerne utsatt for mekanisk tvang oftere enn andre. Har dere rutiner for å snakke med pasienter om situasjonen der mekanisk tvang kan bli nødvendig?
8. Kartlegger dere hvordan pasienten ønsker å bli ivaretatt i denne situasjonen?
-Dersom du har erfart dette, kan du beskrive en slik situasjon?
9. Hvordan kan dere sørge for at pasienten får medvirke sin egen situasjon under mekanisk tvang?
10. Kommer du på noen eksempler på hvordan pasienten kommuniserer under beltelegging?

(I etterkant av bruk av mekaniske tvangsmidler)

11. Snakker dere med pasientene i etterkant om hvordan de opplevde situasjonen?
-I så fall har du eksempler på hva pasientene tilbakemelder?
12. Har det hendt at det en pasient har sagt eller beskrevet ført til at du /dere har endret atferd/praksis?
13. Kommer du på noen tilbakemeldinger du har fått av pasienter etter beltelegging som har gjort sterkt inntrykk på deg?

Erfaringer og holdninger

14. Hva mener du er hensikten med mekanisk tvang?

15. Hvordan tror du pasientene har det etter gjennomført beltelegging?
16. Kan du nevne tre punkter du tror vil være viktig for den som ligger i belter?
17. Snakker dere i personalgruppen om hvordan dere kan utføre mekanisk tvang på en mest mulig omsorgsfull og respektfull måte? Hvilke forhold er det i tilfelle som diskuteres?
18. Når du utfører mekanisk tvang er det noen spesielle verdier, holdninger eller prinsipper du tenker særlig på?
19. Hva legger du i ordet "omsorg"?
-Hvordan kan du vise omsorg for pasienter i situasjoner der mekanisk tvang blir brukt?
20. Hvordan og når vurderer dere at det ikke er lenger behov for at pasienten er låst til belte?
21. Hvordan kan du utføre beltelegging på en ydmyk og respektfull måte?
22. Hvilke andre faktorer tenker du kan påvirke pasienters opplevelse av tvangstiltaket?
23. Har du noe du vil tilføre?

Vedlegg III: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet

«Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under psykisk helsevern?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt/ intervju hvor formålet er å få kunnskap om hvordan et helsepersonell kan utføre mekanisk tvang på en omsorgsfull måte. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å få innsyn i hvordan vi som helsepersonell kan gjennomføre mekanisk tvang på en mest mulig omsorgsfull og ydmyk måte overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern. Videre vil vi undersøke hva som kan påvirke opplevelsen av mekanisk tvang. Informasjon som du bidrar med, skal vi bruke i vår bachelor oppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet. Det er 2 studenter som er på sitt tredje år på vernepleierstudiet som deltar i dette forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er en av flere aktører som er blitt valgt til å delta i et intervju. Grunnen til vi har spurt akkurat deg, er fordi du jobber eller har jobbet innen psykisk helsevern. Vi ønsker å få innblikk og kunnskap om hvilke hensyn som tas når mekanisk tvang blir brukt innen tvungent psykisk helsevern.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at 2 studenter skal intervju deg via zoom. Tidspunkt for intervjuet blir avtalt etter du har samtykket for å delta i dette prosjektet. Du vil få tilsendt intervjuguiden 2-3 dager i forkant slik at du kan forbedre deg. Lengden på intervjuet vil variere, men det er 23 antall spørsmål som vi har tenkt å spørre.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dette vil blant annet si at navnet ditt vil bli anonymisert og at intervjuet som foregår via zoom blir ikke tatt opp. Dem som vil ha tilgang til dette prosjektet er primært vår veileder, sensor og muligens andre ansatte på Høgskulen på Vestlandet. Dersom informantene som har deltatt i intervjuet ønsker å få det ferdige produktet kan de få det. Vil igjen påpeke at all personvern er anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene dine er anonymisert gjennom hele prosjektet. Dette gjelder også etter oppgaven er avsluttet som er ca 3-4 uker etter 14 mai.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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:

- Trine Anikken Larsen (Personvernombud på Høgskulen på Vestlandet), mail:

Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen:

Prosjektansvarlig



Student



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan kan vernepleieren yte best mulig omsorg til pasienten i situasjoner der det benyttes mekanisk tvang under tvungent psykisk helsevern?» Jeg samtykker til:

- Å delta i kvalitativt intervju
- At studenten kan stille oppfølgingsspørsmål etter gjennomført intervju, om det skulle bli aktuelt
- At mine svar blir brukt i en bacheloroppgave

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)