



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	471
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7730
----------------------	------

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:	27
Andre medlemmer i gruppen:	477

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



BACHELOROPPGAVE

Å sørge for en god opplevelse ved
tvangsinnleggelse på akuttpsykiatrisk post

To ensure a good experience in the event of
forced admission to an acute psychiatric ward

Kandidatnummer: 471 & 477

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.22

Antall ord: 7730

Sammendrag

Bakgrunn: De senere årene har det blitt rettet et større fokus på bruk av tvang i psykiatrien. Når tvang blir nødvendig og loven er fulgt, hvordan kan man sørge for at pasienten sitter igjen med en opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor?

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier sørge for at tvangssituasjonen oppleves best mulig for pasienten i akuttpsykiatrisk avdeling?»

Hensikt: Hensikten er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til at nødvendig tvang oppleves best mulig for pasienten. For å kunne gi et innblikk i hva som gjør en tvangssituasjon minst mulig traumatisk, vil det i denne oppgaven legges vekt på pasientperspektivet.

Metode: Metoden er en litteraturstudie basert på fem forskningsartikler funnet gjennom søk i ulike databaser som PUBMED og CINAHL. Kvalitativ forskning er inkludert, samt to systematiske litteraturstudier.

Resultat: Tap av autonomi, manglende informasjon og debriefing i etterkant av tvang skaper negative pasientopplevelser. Kommunikasjon og relasjon viser seg å være avgjørende for at innleggelsen betraktes som positiv eller negativ.

Konklusjon: Ulike kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, verbal og non-verbal kommunikasjon er viktige faktorer for pasientens opplevelse av tvang. Tilstrekkelig informasjon, innflytelse og debriefing har innvirkning på om opplevelsen blir betraktet som positiv.

Nøkkelord: *Tvang, autonomi, makt, avmakt, kommunikasjon, relasjon, informasjon*

Abstract

Background: In the recent years, there has been a greater focus on the use of coercion in psychiatry. When coercion becomes necessary and the law is followed, how can one ensure that the patient is left with an experience of being heard, seen, and taken seriously?

Research question: How can a nurse ensure that the coercion is experienced as best as possible for the patient admitted in an acute psychiatric ward?

Purpose: The purpose is to investigate how the nurse can contribute to the necessary coercion being experienced in the best possible way for the patient. In order to be able to provide an insight into what makes a coercive situation as traumatic as possible, in this thesis emphasis will be placed on the patient perspective.

Method: The method is a literature study based on five research articles found through searches in various databases such as PUBMED and CINAHL. Qualitative research is included, as well as two systematic literature studies.

Results: Loss of autonomy, lack of information and debriefing creates negative patient experiences. Communication proves to be decisive for the admission to be considered positive or negative.

Conclusion: Various communication skills such as active listening, verbal and non-verbal communication are important factors for the patient's experience of coercion. Sufficient information, influence and debriefing have an impact if the experience is considered positive.

Keywords: *coercion, power, powerlessness, autonomy, communication, relation, information*

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING.....	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2	AVGRENSING.....	6
1.3	PROBLEMFORMULERING.....	6
2.0	TEORI.....	7
2.1	JOYCE TRAVELBEE.....	7
2.2	RELASJON.....	8
2.3	KOMMUNIKASJON.....	8
2.4	AUTONOMI.....	9
2.5	MAKT OG AVMAKT.....	10
2.6	ETIKK.....	10
2.7	PERSONSENTRETT OMSORG.....	11
3.0	METODE.....	12
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	12
3.2	LITTERATURSØK.....	13
3.3	ETISKE VURDERINGER.....	14
3.4	KILDEKRITIKK.....	15
3.5	PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	16
	<i>Allikmets, Marshall, Murad og Gupta.....</i>	<i>16</i>
	<i>Bolsinger, Jaeger, Hoff og Theodoridou.....</i>	<i>16</i>
	<i>Lorem, Hem og Molewijk.....</i>	<i>17</i>
	<i>Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard og Hounsgaad.....</i>	<i>17</i>
	<i>Wyder, Bland, Blythe, Matarasso og Crompton.....</i>	<i>18</i>
	<i>Hovedfunn.....</i>	<i>19</i>
4.0	DRØFTING.....	20
4.1	Å BLI UNDERLAGT HELSEPERSONELLETS KONTROLL – TAP AV AUTONOMI.....	20
4.2	KOMMUNIKASJON OG RELASJON.....	23
4.3	INFORMASJON OG DEBRIFING.....	26
5.0	KONKLUSJON.....	28
	BIBLIOGRAFI.....	29
6.0	VEDLEGG.....	32
	VEDLEGG 1.....	32
	VEDLEGG 2.....	33
	VEDLEGG 3.....	34
	VEDLEGG 4.....	35

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å ta i bruk tvang, samt selve tvangsutøvelsen gir rom for mange faglige diskusjoner og etiske overveielser. Tvungent psykisk helsevern og bruk av tvangsmidler er regulert i Psykisk helsevernloven. Formålet med loven 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 2021 kom det nye nasjonale retningslinjer for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. En omsorgsfull tilnærming og trygghet var av betydning for pasientens opplevelse, og pasientene skal også tilbys minst én ettersamtale for å evaluere tvangstiltak som har vært gjennomført (Helsedirektoratet, 2021).

Etter å ha vært i psykiatripraksis på akuttpsykiatrisk og alderspsykiatrisk post vokste interessen for å lære mer om denne pasientgruppen. Her møtte vi pasienter som hadde lang erfaring som pasient i psykisk helsevern, og pasienter som har sitt første møte med psykiatrien. Tidligere har vi hatt lite til ingen erfaring med tvangsvedtak og bruk av tvangsmidler, men vært vitne til ulovlig bruk av tvang i kommunehelsetjenesten. De opplevelsene har gjort inntrykk og gitt oss et anstrengt forhold til tvangsbruk. I løpet av praksisperioden har vi fått mer forståelse for bruk av tvang, lært hvor viktig lovverket er og sett på nært hold hvor nødvendig det er i visse tilfeller. I samtaler med pasienter har vi fått høre både gode og vonde erfaringer med å være tvangsinnlagt, og sett hvor traumatiserende en tvangshandling kan være. Til tross for at det har vært nødvendig med bruk av tvangsmidler, har vi også hatt en opplevelse av at verdigheten til pasienten forsvinner i situasjonen. Dette har gjort sterkt inntrykk på oss begge, og vi ønsker å se nærmere på hvilke forhold som er avgjørende for om det blir en god eller dårlig opplevelse for pasienten. Fra et sykepleiefaglig perspektiv er temaet svært relevant da sykepleierne er de som er ofte er nærmest og mest til stede for pasienten. Vi har sett hvordan god kommunikasjon og relasjon med pasienten kan gjøre en forskjell, og hvordan det kan påvirke pasientene.

1.2 Avgrensing

Denne litteraturstudien tar fokus på hvordan sykepleiere kan bidra til at nødvendig bruk av tvang oppleves mest mulig skånsomt for pasientene. Studien er begrenset til å omhandle pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling, og utelater derfor kommunehelsetjenesten på grunn av oppgavens omfang. Det tas utgangspunkt i at pasientene er innlagt etter vilkårene for vedtak for tvungent psykisk helsevern (Psykisk Helsevernloven, 1999, §3-3). På bakgrunn av dette vil ikke studien ha fokus på selve lovverket videre. Det er inkludert både formell og uformell tvang. Formell tvang er den tvangen som er regulert i lovverket. Uformell tvang er tvang som ikke er regulert i lovverket, eksempelvis ulike former for husordensregler som innskrenker pasienters selvbestemmelse under innleggelsen (Stensrud, 2020, s. 421). Voksne menn og kvinner er inkludert i forskningen, og det inkluderes ikke forskning eldre enn 2015 for å ha med så oppdatert forskning som mulig. Det er inkludert forskning skrevet på engelsk.

1.3 Problemformulering

Gjennom studiet og jobb har vi hatt flere opplevelser med bruk av tvang. Vi er begge opptatt av verdighet og at pasientene skal bli behandlet på en god måte. På bakgrunn av dette har vi valgt å fokusere på pasientperspektivet i denne oppgaven, da vi mener at det er pasientene som kan si noe om hvordan tvangen oppleves og hvilke endringer som må til. Tvang er også et aktuelt tema, og kan overføres til andre områder i helsetjenestene. Følgende problemstilling ble dermed formulert:

«Hvordan kan sykepleier sørge for at tvangssituasjonen oppleves best mulig for pasienten i akuttpsykiatrisk avdeling?»

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbee

Oppgavens sykepleieteoretiske rammeverk vil være Joyce Travelbee. Med tanke på problemstillingen er hennes interaksjonsteori, som omhandler mellommenneskelig samspill, sentralt. Travelbee definerte sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Hun var opptatt av at ethvert menneske er et unikt og uerstattelig individ (Travelbee, 1999, s. 54). Travelbee presiserer at det er avgjørende at det oppstår et menneske-til-menneske-forhold for å kunne utvikle et godt forhold til pasienten, først når dette er etablert kan man forholde seg som menneske til menneske, i stedet for rollene sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 77).

Travelbee (1999, s. 61) skriver at begrepet pasient er en måte å kategorisere mennesker på, og når sykepleieren bruker dette begrepet kan det føre til at sykepleieren ser på alle pasienter som like, og da vil fokuset rettes på likheter. Det vil si at denne oppfatningen vil påvirke omsorgen til hver enkelt, og hun anser denne stereotypiseringen som en måte å avhumanisere syke mennesker på. Dette kan hindre sykepleieren i å se pasienten som et unikt menneske, noe som kan påvirke sykepleierens evne til å hjelpe pasienten i å finne mestring og mening i sin situasjon.

Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i et forsøk på å etablere en relasjon til pasienten. Det krever en rekke trekk som selvinnsikt, selvforståelse, å ha innsikt i drivkraften bak menneskelig atferd, å kunne tolke egen og andres atferd og til slutt ha evnen til å handle effektivt i sykepleiesituasjoner. Sykepleieren observerer seg selv, for så å kunne bruke seg selv bevisst for å skape en relasjon til den syke (Travelbee, 1999, s. 44-45).

2.2 Relasjon

Aamodt (2014, s. 189) hevder at gjensidig forståelse, bekreftelse og aksept er grunnleggende for å skape en god relasjon. Hun ser på relasjon mellom mennesker som et gjensidig og interaktivt forhold der begge parter påvirker hverandre. For at pasienten skal ønske å åpne seg må sykepleieren fokusere på å skape en atmosfære som gir vedkommende trygghet. Erfaringsmessig vil dette skje om sykepleieren er nærværende, tillitsfull og varm. Videre burde forholdet preges av gjensidig tillitt og aksept for hverandre (Hummelvoll, 2012, s. 424).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et grunnleggende virkemiddel i relasjonsbygging, og for å utvikle felles forståelse og fellesskap. Dette utvikles i samspillet mellom mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 420). Non-verbal kommunikasjon handler om at man ikke anvender ord i kommunikasjonen, men ansiktsuttrykk, kroppsspråk, øyekontakt og gester. For å skape trygghet hos pasienten er det avgjørende å møte pasienten med åpenhet og bekreftelse. Det kan ha betydning for om vedkommende klarer å åpne seg, og blir i stand til å formidle følelser og tanker rundt sin situasjon. Å kommunisere på denne måten er viktig for å bygge en god relasjon til pasienten, der målet er å fremkalle motivasjon og håp for vedkommende (Eide & Eide, 2017, s. 137). Det er viktig å være bevisst på egen kroppsholdning og bevegelse i kontakt med pasienten, vi signaliserer blant annet ønske om nærhet, avstand, imøtekommenhet og fiendtlighet i den ordløse kommunikasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 425).

Eide & Eide (2017, s. 16-17) skriver at god profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon vil si at man ikke ser den andre utelukkende som pasient, men som en *hel* person, med ressurser og muligheter, verdier, individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon. Personorientert kommunikasjon forutsetter at man lytter aktivt og ser den andre som en unik person – det er også knyttet til verdier og innebærer å utforske og anerkjenne det som den andre personlig opplever som verdifullt og viktigst for egen del. Det innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende til

den andre, noe som forutsetter at man er oppmerksomt til stede og lytter godt til det den andre sier verbalt og non-verbalt. Det sentrale er å forstå hva som er viktig for pasienten.

Personorientert kommunikasjon består av fire sentrale elementer:

- Å anerkjenne pasientens perspektiv
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der dette er mulig

2.4 Autonomi

Autonomi er et begrep som kommer av gresk og består av to ord: *auto* som betyr selv, og *nomos* som betyr lov, styring og regulering. Autonomi handler da om selvstyring eller selvregulering og er et begrep som beskriver både pasient og sykepleiers selvbestemmelse. Det vil spille en rolle for vår behandling av et individ om vi mener det faktisk er autonomt selv om det eksempelvis er under tvangsbehandling. Når et menneske er under tvangsbehandling tar man fra mennesket mye av selvbestemmelsesretten til å fatte autonome avgjørelser, til tross for dette kan mennesket absolutt ha en autonom vilje. Hvordan man forstår autonomi kan altså være sentralt i møte med pasienter i en sårbar situasjon (Slettebø, 2013, s. 88-89). Selvbestemmelse innebærer at behov som å bli lyttet til, bli sett, hørt og forstått blir møtt. Behovet for å få gitt uttrykk for hva som er viktig for en selv, og at det behovet blir hørt og tatt hensyn til (Eide & Eide, 2017, s. 57).

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-2) skal helsehjelp tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Pasienten har også ifølge loven rett på informasjon om sin behandling.

2.5 Makt og avmakt

Som helsepersonell sitter man med en makt som kan være sterkere enn man er klar over. Relasjonen til pasienter vil aldri være jevnbyrdig når det kommer til makt, da sykepleieren sitter i en rolle som giver, mens pasienten er den som mottar helsehjelp (Eide & Eide, 2017, s. 26). Som sykepleier er man en representant for helsevesenet som et *system*, samtidig som man har en relasjon til den enkelte pasient. Møtet med «systemet» kan oppleves som motiverende eller demotiverende, og kan påvirke mestringsfølelsen til pasienten positivt eller negativt. Mennesker har behov for tilknytning, selvbestemmelse og kompetanse, også i møtet med «systemet». Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er komplekse systemer, og mange pasienter beveger seg inn og ut av systemene og på tvers av avdelinger og tjenester innenfor disse. Behovene for tilknytning, selvbestemmelse og kompetanse kan lett bli oversett i møte med store systemer, noe som kan føre til følelse av avmakt (Eide & Eide, 2017, s. 63).

2.6 Etikk

Etikk er teorien om hva som er rett og galt, godt eller vondt. Etikk i sykepleie handler om hvordan man konkret møter og behandler et menneske som sykepleier (Heggstad, 2018, s. 9-10). Etikken kan fungere som et kompass som kan føre oss mot det som er rett og godt, på denne måten kan etikken beskytte mot krenkelser (Heggstad, 2018, s. 14). Ikke-skade-prinsippet handler om at man ikke bør påføre noen et onde eller en skade. Sykepleier har plikt til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Prinsippet velgjørenhet krever i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten. Velgjørenhet vil si at man bør forebygge onde eller skade (Slettebø, 2014, s. 103).

2.7 Personsentrert omsorg

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). For å kunne gi den respekten må sykepleieren kunne se pasientene som en person med egne følelser, tanker, meninger og en livshistorie. Menneskets grunnleggende behov som trøst, identitet, tilknytning, beskjefteigelse og å bli inkludert legges stor vekt på i personsentrert omsorg (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 39). Personsentrert omsorg er et kjent begrep innenfor helse- og omsorgstjenesten. Begrepet kan forstås på forskjellige måter, der noen ser på det som individualisert omsorg alene, ser andre på det som et bredt verdigrunnlag. Rokstad (2014, s. 25) skriver at den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood mener at det å være en person innebærer å ha personverd. Personverd blir i denne sammenheng definert som den statusen eller verdien et menneske tildeles av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner, som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Rokstad, 2014, s. 22). Grunnlaget for all behandling er relasjonen mellom omsorgsgiver og pasient, og pasientens egne standpunkter og preferanser skal bli verdsatt basert på gjensidig tillit, en holdning som ikke er dømmende og likeverdighet (Rokstad, 2014, s. 25).

3.0 Metode

Metode stammer fra det greske ordet *metodos*, og innebærer at man følger en bestemt vei mot et mål. De metodene som brukes i sykepleieforskningen handler om hvordan man går fram for å få relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten vi ønsker å undersøke, hvordan denne informasjonen skal analyseres, hva som er resultatene og konsekvenser av forskningen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, det er en systematisk og kritisk gjennomgang av forskning på det aktuelle området. Metoden er en fremgangsmåte som benyttes ved innhenting av eksisterende teori, fagkunnskap og forskning, som brukes for å drøfte problemstillingen. Hensikten med en litteraturstudie er å anvende kunnskap som allerede eksisterer om valgt tema (Christoffersen et al., 2015, s. 62-63).

Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med deltaker, og går mer i dybden (Dalland, 2020, s. 54-55). Den kvalitative forskningsmetoden egner seg når man ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer (Christoffersen et al., 2015, s. 71). *Den kvantitative metoden* kjennetegnes ved at den gir data i målbare enheter; tall og objektive data. Datasamlingen skjer ved bruk av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Metoden kjennetegnes ved at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76). En systematisk oversikt over primærstudier gir en oversikt over et klart definert forskningsspørsmål, der hensikten er å gi svar på en problemstilling, bidra til anbefalinger av tiltak og kartlegge om det mangler primærforskning (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 6).

3.2 Litteratursøk

I bacheloroppgaven brukes teori og forskning for å svare på problemstillingen. Den selvvalgte litteraturen inkluderer lovverk, bøker, rapporter, forskning og offentlige ressurser. PICO-modellen ble benyttet når problemstillingen skulle formuleres. Modellen er et verktøy som kan brukes for å gjøre problemstillingen mer presis, identifisere søkeord og lage søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 82). «Comparison» ble utelukket, da problemstillingen ikke var ute etter å sammenligne tiltak.

PICO-MODELL

P (patient)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
- Psychiatric patients - Patients experiencing coercion/involuntary treatment	- communication - nurse-patient relation	No comparison	- trust - therapeutic relationship - better treatment

P	I	C	O
- Psykiatriske pasienter - Pasienter med tvangsvedtak	- kommunikasjon - sykepleier-pasient-relasjon	Ingen sammenligning	- tillit - terapeutisk relasjon - forbedre behandlingsforløp

I litteratursøket ble det benyttet ulike databaser som CINAHL, Medline, Pubmed og Google Scholar for å finne relevant forskning til problemstillingen. CINAHL og Pubmed ble mest brukt under søkeprosessen, da det var her det ble funnet mest relevant forskning. CINAHL er en database spesielt rettet mot sykepleieforskning, og er derfor en relevant database å bruke i litteraturstudie. Medline er den fremste databasen for medisin, og ansees derfor som relevant da den favner vidt. Vi har konsentrert oss om disse søkeordene i litteratursøket: *coercion, seclusion, restraint, relation, involuntary treatment, nurse, communication.*

For å utvide og innsnevre søkene ble søkeordene kombinert med de boolske operatorene «AND», «OR» og «NOT», som er de vanligste å bruke. Ved bruk av «AND» får man treff som inneholder både søkeord 1 og søkeord 2. Bruker man «OR» får man treff som inneholder søkeord 1, søkeord 2 eller begge. Ved å kombinere søkeord med «NOT» vil man få treff på det ene søkeordet, men utelate det andre. Det er anbefalt å være forsiktig ved bruk av «NOT» da det kan utelate svært mange treff (Thidemann, 2019, s. 87). Vi har til tross for dette valgt å bruke «NOT» i søket vårt i PUBMED. I det opprinnelige søket kom det opp svært mange artikler om demens og sykehjem. Da dette er svært lite relevant i denne studien valgte vi å søke på ny med «NOT nursing home». Da utelot vi artikler som omhandlet sykehjempasienter og fikk færre og mer relevante treff. Vi har også valgt å bruke trunkering, som vil si å søke på et avkortet ord. På denne måten vil vi få både entalls- og flertallsformer og ulike varianter av ordet (Thidemann, 2019, s. 87). Vi har brukt det ved søk på «relation*» som gjør at vi får opp søk med både «relation», «relations» og «relationship».

Litteratursøket foregikk i perioden 10.03.22 – 25.03.22. For å systematisere søkene ble det laget en tabell for å demonstrere hvordan søkeprosessen har foregått. Det ble brukt engelske søkeord for å få flere treff og for å inkludere internasjonal forskning. Søket ble avgrenset til 2015-2022, med aldersbegrensning og fagfelle vurdering.

3.3 Ethiske vurderinger

Ethiske overveielser omhandler å tenke over hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2020, s. 167). Forskningsetikk dreier seg om å vurdere forskning opp mot samfunnets normer og verdier; dette omfatter alle sider ved forskningen (Dalland, 2020, s. 168). Videre skal forskningsetikken ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168). Målet om å finne ny kunnskap og innsikt skal heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2020, s. 168).

De forskningsetiske komiteenes oppgave er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet (Dalland, 2020, s. 170). Vi har valgt forskning som er godkjent av etisk komite, der deltakerne har gitt samtykke til deltakelse og fått skriftlig informasjon angående studien. Det er kun inkludert forskning som kommer fra land som anerkjenner FNs menneskerettighetskonvensjon og Den internasjonale menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg. Forskningen vil da være sammenfallende med det norske helsesystemet.

3.4 Kildekritikk

Innenfor sykepleieforskning er det et krav om en kildekritisk tilnærming. Kildekritikk omhandler det å bruke kilder på en informert og reflektert måte, slik at forskeren i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner (Christoffersen et al., 2015, s. 60). Man redegjør for hvilke kriterier som er brukt under litteratursøk og utvelgelse av valgt forskning, slik at leseren får en innsikt i refleksjonen som er blitt gjort og hvilken relevans litteraturen har med tanke på problemstillingen (Dalland, 2020, s. 143).

Det har blitt benyttet ulike sjekklister for kvalitativ metode for å kritisk vurdere forskningen, både fra Helsebiblioteket (2022) og Malterud (2021). Kvalitativ forskning var å foretrekke da dette er en metode som fanger opp meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s. 54-55).

Denne litteraturstudien fokuserer på pasientperspektivet og derfor vil en kvalitativ metode best kunne svare på problemstillingen. Tre av de inkluderte forskningsartiklene hadde en tydelig IMRaD struktur og er kvalitative. Vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag følger som oftest denne bestemte strukturen. Introduksjon er bakgrunn for studien, mens metode forklarer hvordan studien er gjennomført og analysert, resultatdelen presenterer funn og diskusjonsdelen handler om hva forskeren mener resultatene betyr (Thidemann, 2020, s. 67-69). To av artiklene er systematiske gjennomganger og tematisk analyse av 26 og 48 fagfellevurderte artikler, men de følger fortsatt IMRaD strukturen.

To av artiklene vi har valgt å ta med er fra 2015, som er noe eldre enn det vi i utgangspunktet så etter. De ble til tross for alderen inkludert da de hadde mange gode, spesifikke funn som er relevant for problemstillingen og stilte sterkere i forhold til noen fra nyere tid. Det er verdt å nevne at den ene studien (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton, 2015) er inkludert i de systematiske litteraturstudiene til Bolsinger, Jaeger, Hoff & Theodoridou (2020) og Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard (2017). Vi har valgt å ta med Wyder et al. (2015) som enkeltstudie til tross for dette, da den inneholder gode funn som har relevans for problemstillingen.

3.5 Presentasjon av forskningsartikler

Allikmets, Marshall, Murad og Gupta

“Seclusion: A patient perspective”

Allikmets, Marshall, Murad og Gupta (2020) har i denne studien undersøkt hvordan man behandler psykisk syke og pasienter med aggresjon som symptom riktig, noe som har utfordret psykiatrien i århundrer. Dette er en kvalitativ studie der det er brukt spørreskjema i et strukturert intervju ansikt til ansikt. På denne måten fikk pasienter fortelle sine opplevelser med bruk av skjerming. I studien kommer det tydelig frem at mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient fører til aggresjon, mangel på sosial og psykologisk støtte og viser at det er et behov for å forbedre eller erstatte bruken av skjerming. Resultatene fra studien demonstrerer betydningen av sykepleier-pasientforholdet. Studien karakteriserte opplevelsen av skjerming som voldelig og ikke-støttende, og refererer i stor grad til mangel på kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.

Bolsinger, Jaeger, Hoff og Theodoridou

Challenges and opportunities in building and maintaining a good therapeutic relationship in acute psychiatric settings: A narrative review.

Denne studien fra 2020 er en systematisk litteraturstudie av 48 studier, med hensikt å undersøke utfordringer ved relasjonsbygging- og vedlikehold i en akuttpsykiatrisk setting,

hvordan disse risikoene møtes av personalet for å unngå negative utfall samt i hvor stor grad relasjonens kvalitet påvirker klinisk utfall, reinnleggelser og pasienters tilfredshet. Analysen viste at flere faktorer gjorde det vanskelig å bygge og opprettholde en god terapeutisk relasjon, blant annet personal- og pasientegenskaper og innleggesforhold. Studien konkluderer med at dette er et emne som krever mer forskning. Bevisstgjøring og kompetanse blant både personal og pasienter når det gjelder å pleie et godt terapeutisk forhold i akutte situasjoner er nødvendig for å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

Lorem, Hem og Molewijk

Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care

Lorem, Hem og Molewijk (2015) sin studie hadde som mål å få innsikt i hva pasientene anser som moralsk god tvang for å forbedre praksisen med tvang i fremtiden. Dette er en kvalitativ studie basert på deltakerobservasjon, individuelle intervjuer og fokusgruppesamtaler. Opplevelsene av tvang var aldri nøytrale, men ble evaluert enten positivt eller negativt. For å finne ut hva pasienter tenker er god tvang, reflekterte de over både positive og negative opplevelser av tvang. Erfaringene er sortert inn i følgende typer reaksjoner mot tvang: aksept, motstand og resignasjon. De konkluderer med at «god tvang» er et resultat av en samlet evaluering der alle nøkkelementene må oppfylles. Begrunnelsen for tvang refererer ikke bare til dens formelle/juridiske aspekter, men må også inkludere kommunikasjon om hva som skjer og hvorfor, basert på en omsorgsfull og empatisk relasjon.

Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard og Hounsgaard

«Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patient's reported perceptions of the situations associated with the process of coercion

Hensikten med studien til Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard og Hounsgaard (2017) var å undersøke voksne psykiatriske pasienters oppfatning av situasjoner før, under og etter spesifikke og definerte typer tvangstiltak. Metoden de har brukt er en systematisk gjennomgang og tematisk analyse av 26 fagfelleverderte studier. Analysen identifiserte seks

temaer og ytterligere undertemaer, der «samhandling med fagfolk» og «kommunikasjon» dominerte. Temaene var assosiert med enten positiv eller negativ pasientopplevelse. De konkluderer med at økt følsomhet for pasientenes syn på situasjonen i tvangsprosessen er hensiktsmessig for å møte pasientenes individuelle behov. Fagpersoner må også uttrykke bekymring og empati overfor pasienten og forbedre kommunikasjonen før, under og etter en tvangshendelse. Gjennomgangen av studiene indikerer at man må rette større oppmerksomhet mot hvordan pasienter oppfatter bruk av tvangsmidler for å forbedre den kliniske praksisen.

Wyder, Bland, Blythe, Matarasso og Crompton

“Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users’ interactions with health-care professionals on the ward”

Wyder, Bland, Blythe, Matarasso og Crompton (2015) har i denne kvalitative studien tatt for seg pasientens interaksjoner med helsepersonell ved innleggelse på psykiatrisk avdeling. Intervjuene hadde en semistrukturert metode. Studien tar for seg pasientperspektivet alene, og forteller blant annet at samarbeid og tillit mellom pasient og personal er avgjørende ved tvangsvedtak. Videre viser studien at en god terapeutisk relasjon er mulig å etableres til tross for bruk av tvang, men det forutsetter at pasientens behov forstås og møtes. Studien konkluderer med at det kan være utfordrende for sykepleiere å balansere omsorg til pasienten samtidig som pasientens behov for sikkerhet blir ivaretatt. Ved bruk av recovery-prinsipper og relasjonsbygging som fokuserer på brukermedvirkning, var det mulig å utvikle en positiv relasjon til tross for tvang.

Hovedfunn

I alle forskningsartiklene kommer det frem at kommunikasjon og relasjon er avgjørende for pasientens opplevelse av tvang. Mangel på informasjon viser seg å være et gjentakende problem som fører til frykt, angst og sinne hos pasienter (Allikmets et al., 2020; Lorem et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Wyder et al., 2015). Det kommer frem i flere artikler at det er mangel på debrifing i etterkant av tvang, noe som viser seg å være et stort behov for pasientene (Allikmets et al., 2020; Lorem et al., 2015). Pasienter som opplevde å ha en reflekterende samtale i etterkant uttrykte at det var hjelpsomt og hadde en beroligende effekt (Lorem et al., 2015). Det kommer også frem at en god relasjon kan etableres til tross for tvangsvedtak, om pasientens behov blir møtt og forstått (Bolsinger et al., 2020; Wyder et al., 2015). Videre viser Bolsinger et al. (2020) at ansatte i psykiatrien over- og undervurderer hvilke tiltak som oppfattes som tvang for pasienten. De trekker også frem verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter som avgjørende for å bygge og vedlikeholde en god relasjon.

I Lorem et al. (2015) og Wyder et al. (2015) blir tillit beskrevet som en viktig faktor for samarbeid og relasjonsbygging. Videre skriver Lorem et al. (2015) at tap av autonomi førte til utfordringer i forhold til samarbeid. Pasienter nevner at tap av autonomi opplevdes som en trussel og førte til aggressiv og voldelig atferd (Lorem et al., 2015; Tingleff et al., 2017), mens noen pasienter uttrykte at tvangen var så krenkende at de ble passive (Lorem et al., 2015). God tvang innebærer at pasientene får innflytelse i behandlingen, rettigheter blir overholdt og at pasienten blir gitt valgmuligheter (Lorem et al., 2015).

En god tvangsopplevelse karakteriseres med å føle seg trygg, rolig og ha kontroll. Negative pasientopplevelser forbindes særlig med maktesløshet og sinne, men også av sterke følelser av angst, tristhet, sårbarhet, frykt, ydmykelse og ensomhet (Tingleff et al., 2017). Drøftingen i neste kapittel vil ta utgangspunkt i disse hovedfunnene.

4.0 Drøfting

4.1 Å bli underlagt helsepersonellets kontroll – tap av autonomi

I studien til Tingleff et al. (2017, s. 689) forteller pasienter at de opplevde å bli utsatt for tvang uten rettslig grunnlag, og at det var en måte for helsepersonell og demonstrere makt og kontroll. For å gi god pleie og behandling kan bruk av makt være nødvendig, men det skal alltid være til det beste for pasienten (Ingstad, 2013, s. 150). Pasienter rapporterte dog at tvangsmedisinering ble brukt for å holde pasienter rolige eller stille, og ikke for terapeutiske årsaker. Videre beskriver pasienter følelsen av at de ble underlagt helsepersonellets kontroll, som førte til følelser som maktesløshet, sinne, frustrasjon og ydmykelse. Dette resulterte ofte i både verbal og fysisk aggresjon, en type «protestatferd», som igjen førte til bruk av tvangsmidler (Tingleff et al., 2017, s. 685-689). Det å bli innlagt på tvang kan sees på som en krise i et menneskes liv. De mister kontrollen og bestemmer ikke selv over sitt eget liv. Når man opplever en krise i livet utløser det ofte reaksjoner i form av tanker, følelser og atferd, og man vil ofte ha vanskeligheter med å sette ord på følelsene. Aggresjon er ikke en uvanlig krisereaksjon, der sinne kan gå ut over både en selv og andre, også de som prøver å hjelpe (Ingstad, 2013, s. 192-194). I studien til Tingleff et al. (2017, s. 689) forteller pasienter at helsepersonell reagerte unødvendig aggressivt ved bruk av tvang når «protestatferden» til pasientene eskalerte. Pasientene ba også om å prøve andre behandlingsmåter som terapi og mestringsstrategier før tvangstiltak ble iverksatt, uten å bli møtt på dette. Som beskrevet i teoridelen har helsepersonell en makt over pasientene som gjerne er sterkere enn man er bevisst over (Eide & Eide, 2017, s. 26). Denne makten er lett for helsepersonell å misbruke (Ingstad, 2013, s. 167). Det at helsepersonell ikke møter pasienter som ber om alternative behandlingsmåter fører ikke bare til at pasienter føler seg maktesløse, som igjen kan skape unødvendige protestreaksjoner, men kan også karakteriseres som maktmisbruk. Det å handle på bakgrunn av personlige interesser, uten faglig god begrunnelse, er å misbruke makten sin (Ingstad, 2013, s. 167). Av egne erfaringer kan det virke som at pasienter noen ganger blir medisinert på bakgrunn av at det er en «lettere» utvei for personalet, enn å innfri ønske om alternativ behandling som gjerne er en lenger vei å gå. For å bedre pasientopplevelsen er det hensiktsmessig å vite hva pasienten ønsker og hva som er viktig for han eller henne. Å stille spørsmål som «hva er viktig for deg?» og lytte til pasienten er

sentralt i personsentrert omsorg, og fører til at pasienten føler seg sett og hørt. Det vil også ha en positiv innvirkning i relasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 63). Jamfør Psykisk Helsevernloven (1999, §4-4) skal det også vurderes andre frivillige behandlingsalternativer, dersom det ikke åpenbart er umulig. Det er ikke uvanlig med forskjellige former av protest når man føler seg maktesløs og opplever avmakt (Ingstad, 2013, s. 171), som flere pasienter forteller at de kjenner på under tvangsinnleggelsen. Denne typen protestatferd beskrives som en reaksjon på tap av autonomi (Tingleff et al., 2017, s. 689). Tap av autonomi og tvang trenger ikke bare oppfattes på en negativ måte, pasienter har også positive opplevelser med tvang og ser på det som nødvendig omsorg og hjelp (Fixdal & Aulie, 2021). I Lorem et al. (2015, s. 234) forteller en deltaker i studien at hun var lettet over at helsepersonell endelig tok over. Etter flere år med dyp depresjon og suicidforsøk ble hun endelig fritatt ansvaret over å ta vare på seg selv. Hun forklarte det som å bli et barn igjen, og sammenlignet helsepersonell med en morsrolle som tok vare på henne når hun ikke lenger mestret det.

Det kommer frem i flere av artiklene at tap av autonomi fører til en ond sirkel når det kommer til tvang. I Bolsinger et al. (2020) beskriver de autonomi som et avgjørende begrep for den personlige verdigheten til pasienten, men også for evnen og viljen til å engasjere seg i en terapeutisk relasjon. Det er ikke bare bruk av tvangsmidler som gjør at pasientene føler de mister autonomien. Psykiatriske avdelinger har funksjoner som lukkede dører, begrenset tilgang til besøkende og begrenset tillatelse til å forlate avdelingen, noe som i seg selv uunngåelig begrenser pasientens autonomi (Bolsinger et al., 2020). Autonomi som prinsipp handler om at man legger til rette at pasientens ønsker og behov blir respektert når medisinske og sykepleiefaglige avgjørelser tas (Slettebø, 2013, s. 89). I tilfelle hvor pasientene verken ble hørt eller respektert når det kom til alternativ behandling, kan man lett forstå at pasienter føler på tap av autonomi og avmakt. Om man hadde vært mer bevisst på pasientens behov og meninger under tvang, eksempelvis hvordan tvangen utføres, å ha avtaler med spesielle ønsker slik at pasienten føler at han eller hennes mening blir hørt og respektert, kan det være en mulighet for at opplevelsen oppleves mindre traumatisk. På denne måten kan kanskje pasienten føle at han eller hun blir behandlet med respekt for den de er, og at autonomien blir ivaretatt. Det å ikke få noe som helst innflytelse i behandlingen og tapet av autonomi kan skape en følelse av å ikke bli tatt seriøst. En av deltakerne i studien til Lorem et al. (2015, s. 135-136) forteller at behandleren ikke respekterte da hun uttrykte

dårlige erfaringer med medisinen Zyprexa. Behandleren mente at den medisinen var best, og var ikke villig til å prøve noe annet til tross for plagsomme bivirkninger for pasienten. Av egne erfaringer fra akuttpsykiatrisk post er Zyprexa ofte et førstevalg, og har selv opplevd at pasienter har dårlige erfaringer og ønsker noe annet, uten å bli hørt på dette. Dette går imot både velgjørhetsprinsippet og ikke-skade-prinsippet. I henhold til velgjørhetsprinsippet skal man som helsepersonell gjøre det som er best for den enkelte pasient (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Velgjørhetsprinsippet kommer også til uttrykk i Helsepersonelloven (1999, §4) i form av at man skal utføre arbeidet i samsvar til kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Ikke-skade-prinsippet handler blant annet om at du skal skåne pasienter for unødvendig smerte og belastninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42), som i dette tilfelle var sterke bivirkninger av medisinen. Når pasienter ikke blir hørt eller respektert på denne måten kan de lett føle seg som et objekt. I Wyder et al. (2015, s. 187) beskriver deltakere i studien følelsen av å bli sett på som et nummer, og at det kan virke som helsepersonell tenker at medisinerer er svaret på alt. De fikk også følelsen av at alt de gjorde var å øke medisinene deres, og at de ikke ble sett på som en helhetlig person.

Den ene deltakeren i studien til Wyder et al. (2015, s. 187) forteller om et positivt møte med en behandler. Behandleren forklarte hvorfor hun hadde den dosen hun hadde, hvorfor han endret medisiner, gav henne innsyn i behandlingsplanen og respekterte ønskene hennes. På denne måten fikk behandleren pasienten til å føle seg sett, hørt og respektert. Pasienter som har hatt en positiv opplevelse med tvang assosierte det med å føle seg trygge og at de hadde en viss kontroll over situasjonen (Tingleff et al., 2017, s. 685). I Lorem et al. (2015, s. 234-235) uttrykker pasienter at god tvang krever åpen samhandling med helsepersonell, der gjensidig tillit er avgjørende. En deltaker i studien forteller at til tross for at han og behandleren hadde ulikt syn på ting, kom de alltid til enighet. Dette på grunn av den gjensidige tilliten de hadde til hverandre, som gjorde at pasienten følte de jobbet *sammen*. Samarbeidet og tilliten de hadde til hverandre førte til at pasienten ikke lenger trengte å tvangsmedisineres fordi han klarte å se sitt eget beste (Lorem et al., 2015, s. 234). Om helsepersonell hadde hatt en mer individuell tilnærming og respektert pasientene med egne erfaringer og ønsker, i tråd med personsentrert omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39), kunne majoriteten av opplevelsen til pasientene blitt styrket på en positiv måte.

4.2 Kommunikasjon og relasjon

Wyder et al. (2015, s. 187) fremhever at samarbeid mellom pasient og personal er viktig også ved bruk av tvang, og de ansattes væremåte og relasjon til pasienten hadde en innvirkning på om innleggelsen ble betraktet som positiv eller negativ. Aktiv lytting blir også trukket fram som en avgjørende faktor. I Bolsinger et al. (2020) kommer det frem hvor viktig verbal og non-verbal kommunikasjon er for å bygge en god terapeutisk relasjon, og at gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for å kunne opprettholde relasjonen til pasienten i krevende situasjoner. Erfaringsmessig samsvarer dette også med vår praksis i psykiatrien, der vi har opplevd betydningen av en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Eide & Eide (2017, s. 136) skriver at det er viktig å lytte aktivt ikke bare til det verbale språket, men også det non-verbale. På denne måten blir man i stand til å oppfatte informasjon om vedkommende som kommer til uttrykk non-verbalt. Samtidig er det essensielt å innstille seg på pasienten og forholde seg henvendt, da vil man kommunisere interesse og vilje til å hjelpe non-verbalt. Ved å lytte aktivt til pasienten så kommuniserer vi at vi er opptatt av pasienten. Gjennom kroppsholdning, ansiktsuttrykk, stemmeleie og måten vi sitter i stolen på formidler vi noe avgjørende til pasienten. Å bruke seg selv terapeutisk handler om å etablere en relasjon til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene. Det krever selvinnsikt og evne til å tolke egen og andres atferd, samtidig som man innehar en dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1999, s. 44-45). Pasienten merker raskt om sykepleier er interessert eller om vi allerede tenker på neste avtale (Aamodt, 2014, s. 69). Dette bekreftes i funnene til Wyder et al. (2015, s. 185) der det blir bemerket at det er av betydning for relasjonen at personalet var blant annet imøtekommende og omsorgsfulle. Artikkelen og teorien samsvarer med Travelbee sin sykepleieteori; når sykepleieren ikke lytter, oppfatter den syke det ofte som at sykepleieren ikke er interessert i ham som individ. Hun understreker at man må vie hele sin oppmerksomhet til pasienten ved å være til stede både fysisk og psykisk. Dette samsvarer også med hennes teori der hun beskriver at sykepleieren formidler omsorg gjennom kommunikasjon - gjennom blikk eller måten hun utfører sine tjenester på (Travelbee, 1999, s. 137).

Pasientene oppfattet også at fagpersonene kommuniserte med dem på en nedverdiggende måte, for eksempel ved nedsettende bemerkninger som ble fremsatt under tvang. Eksempelvis bruk av trusler eller å snakke om pasientene i stedet for med dem eller ved å gjøre narr av dem under tvang. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). For å kunne gi den respekten må sykepleieren kunne se pasientene som en person med egne følelser, tanker, meninger og livshistorie. Dette samsvarer med Travelbee sin teori om at begrepet pasient er en måte å kategorisere mennesker på, og når sykepleieren bruker dette begrepet kan det føre til at man ser på alle pasienter som like. Denne oppfatningen vil derfor påvirke omsorgen til hver enkelt pasient, og hun anser dette som en måte å avhumanisere mennesker på. Dette kan hindre sykepleieren i å se pasienten som et unikt individ, noe som igjen kan påvirke sykepleierens evne til å hjelpe pasienten i å finne mestring og mening i sin situasjon (Travelbee, 1999, s. 61).

Eide & Eide (2017, s. 16-17) skriver at god profesjonell kommunikasjon er personorientert, det vil si at man ikke ser den andre utelukkende som pasient, men som en hel person med iboende ressurser, muligheter, verdier og individuelle ønsker. Personorientert kommunikasjon forutsetter at man lytter aktivt ved å være oppmerksomt til stede og lytter til det verbale språket så vel som det non-verbale. Ved å være aktivt lyttende til stede vil pasienten oppleve å bli sett, hørt og forstått. God tvang skal ikke krenke pasientens rettigheter, men enda viktigere, ikke krenke de grunnleggende behovene som disse rettighetene er ment til å beskytte (Lorem et al., 2016, s. 235). Videre kommer det frem i Wyder et al. (2015, s. 185) at pasientene hadde et behov for å ha dagligdagse samtaler, og satt pris på de sykepleierne som tok seg tid til dem. Sykepleierens evne til å lytte er også av betydning, slik at pasienten kan få hjelp til å finne mening i sine erfaringer. Travelbee (1999, s. 29) underbygger dette med hennes definisjon av sykepleie, der hun blant annet legger vekt på at sykepleier skal hjelpe pasienten å mestre sykdom, men også finne mening i erfaringene. Når sykepleierne så forbi sykdom og lidelse ble det enklere for pasientene å dele sine erfaringer (Wyder et al., 2015, s. 186). Deltakerne følte også at det var viktig å ikke bare snakke om sykdommen, men om virkningen sykdommen hadde på livet deres. Deltakerne fremhevet også viktigheten av samarbeid. Både det å verdsette den levde

opplevelsen til pasienten og det å ha mulighet til å snakke om dagliglivet er viktig i Recovery-tenkningen (Karlsson & Borg, 2017, s. 81). Dette bekreftes i Wyder et al. (2015, s. 188) der det understrekes at til tross for tvang så kunne bruk av Recovery-prinsipper som empatisk engasjement i pasientens levde opplevelse og relasjonsbygging skape en god terapeutisk relasjon.

I Lorem et al. (2015, s. 234) blir tillit beskrevet som en viktig faktor; når tillit var etablert ble pasienten mer samarbeidsvillig og det kunne bidra til at relasjonen mellom sykepleier og pasient ble mer stabil. Wyder et al. (2015, s. 185) viser til at tillit er et hovedelement i relasjonen som kan føre til en forandring for pasienten. Hummelvoll (2012, s. 425) skriver at sykepleiere og andre hjelpere må arbeide bevisst for å utvikle et tillitsforhold slik at åpenhet blir mulig for pasienten. Sykepleiere kan observere pasientens toleranse for nærhet til andre mennesker og seg selv, og på denne måten tilpasse kommunikasjonen slik at samtalen kan gå lettere. Dette samsvarer også med personsentrert omsorg, der grunnlaget for all behandling er relasjonen mellom omsorgsgiver og pasient. Pasientens egne standpunkter og preferanser skal bli verdsatt basert på gjensidig tillitt og en holdning som ikke er dømmende og består av likeverd (Rokstad, 2014, s. 25).

I resultatene i Allikmets et al. (2020, s. 726-727) bekreftes det også at mangel på kommunikasjon førte til mer frustrasjon for pasientene. Videre kommer det frem at mengden sosial og psykisk støtte fra personalet under og etter skjerming hadde en innflytelse på hvordan pasienten opplevde skjermingen. Flere deltakere forteller at de følte seg alene og ignorert av personalet. Noen av deltakerne var enig i at skjerming var nødvendig, men at det ble gjort på feil måte. En deltaker i Allikmets et al. (2020, s. 726) forteller at han ikke følte seg behandlet som et voksent individ, og at menneskerettighetsbrudd førte til at han følte seg verdiløs som menneske. Inntrykket man får her er at det kan virke som at personalet har sluttet å se på pasientene som mennesker, men kun som objekter. Her kan det igjen virke som at personalet kun ser pasientene som objekter, og det samsvarer med Travelbee sin teori om at når man ikke klarer å se pasienten som et unikt individ, vil det påvirke omsorgen til pasienten (Travelbee, 1999, s. 61).

Bolsinger et al. (2020) viser til at ansatte i psykiatrien over- og undervurderer hvilke tiltak som oppfattes som tvang for pasienten. Når det ikke er enighet om hva som oppfattes som tvang for pasienten, kan man spørre seg om det er noe som vil ha konsekvenser for hvordan pasienten blir behandlet og møtt på sine opplevelser. Ifølge Aamodt (2014, s. 189) er gjensidig forståelse en av tre begreper som er grunnleggende for å skape en god relasjon. Av egen erfaring så kan det virke som at enkelte fagpersoner ikke er sitt ansvar bevisst, og heller ikke forstår viktigheten av kommunikasjon, særlig den non-verbale kommunikasjonen. Ved bruk av aktiv lytting kan sykepleieren kartlegge pasientens opplevelse av tvangsvedtak og planlegge slik at pasientens behov blir møtt til tross for tvang, noe som muligens kan være med på å endre helhetsopplevelsen til pasienten. Pasienten burde også ha en innvirkning på behandlingen til tross for tvang (Lorem et al., 2015, s. 232). Selv om pasienten ikke har samtykkekompetanse, burde ikke brukermedvirkningen glemmes. Om pasienten føler at deres synspunkt blir respektert, kunne det kanskje bidratt til at tvangen oppleves mindre traumatisk. Dette er også noe vi har opplevd i møte med pasienter, når pasienten føler seg sett, forstått og respektert har det hatt en innvirkning på samarbeidet og relasjonen.

4.3 Informasjon og debrifing

Mangel på informasjon viser seg å være et gjentakende problem som fører til usikkerhet, frykt, angst og sinne hos pasienter (Allikmets et al., 2020; Lorem et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Wyder et al., 2015). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-2) har pasienten rett på informasjon om sin behandling, og helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet. Lorem et al. (2015, s. 236) skriver at den manglende informasjonen førte til at pasientene ikke visste hvorfor de var innlagt eller hva som ville skje, samt at det gjorde det vanskelig for pasientene å få forståelse for tvangen. I Tingleff et al. (2017, s. 691) forteller pasientene at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell under tvang, eksempelvis hvorfor tvangen ble utført eller hvilke typer medisin som ble administrert, samt informasjon om hvilken oppførsel pasienten burde vise for å bli løslatt fra tvangen. I Allikmets et al. (2020, s. 726) forteller en deltaker i studien om hvordan

helsepersonell kom inn på rommet og utførte tvangen uten noe form for informasjon om hva som ville skje. Om helsepersonell hadde håndtert det annerledes, med god kommunikasjon og informasjon, ville gjerne situasjonen blitt mindre traumatisk for pasienten.

I Tingleff et al. (2017, s. 692) kommer det frem at helsepersonell unngikk det å holde en profesjonell samtale og debrifing i etterkant av tvangssituasjonen. Dette førte til stress hos pasientene, da de hadde et stort behov for å prate om hendelsen. Det handlet ikke bare om å få prate om hva som hadde skjedd, men for å få en forståelse for hvorfor det skjedde og hvordan de kan unngå å havne i en slik situasjon på ny. Pasientene som opplevde debrifing i etterkant av tvangen syntes det var hjelpsomt og at det hadde en beroligende effekt. Debrifing har et mål om at den enkelte skal få en forståelse av hendelsen ved å gå gjennom situasjonen, samt at det bidrar til å balansere stresset og følelsene som kommer frem under og etter tvangssituasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 521). Debrifing viser seg også å være en viktig faktor for å minimalisere risiko for traume i etterkant (Tingleff et al., 2017, s. 692). Av egne erfaringer får pasientene en større forståelse og aksept om de får denne samtalen. De ser nødvendigheten av tvangen, noe de ikke gjorde i forkant.

5.0 Konklusjon

For å finne svar på hvordan sykepleiere kan sørge for at tvangssituasjonen oppleves best mulig for pasienten, har det vært nødvendig å se på hva som gjorde opplevelsene mindre gode. Det er åpenbart at mangel på kommunikasjon og informasjon skaper negative opplevelser for pasientene. Ulike kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, verbal og non-verbal kommunikasjon er avgjørende for pasientens opplevelse av tvang. God kommunikasjon er dermed en viktig faktor for om tvangsinnleggelsen blir betraktet som positiv. Noe som også er en viktig faktor for å bedre opplevelsen er informasjon og innflytelse i behandlingen, da mangel på dette er noe som skaper usikkerhet og følelsen av avmakt hos pasientene. Debrifing i etterkant av tvang viser seg å være avgjørende for å unngå å utvikle traumer fra hendelsen, og hadde en beroligende effekt. Det er viktig for pasientene å føle seg sett og hørt som mennesker, da de ofte kan føle seg som objekter. For å få pasientene til å føle seg både sett og hørt har vi sett at både kommunikasjonsferdigheter, informasjon og noe form for innflytelse spiller en rolle. Disse nøkkelementene er også avgjørende for å få en god relasjon med pasienten. På en akuttpsykiatrisk post vil det også være ekstra viktig å sette fokus på dette fra start av, da man på en slik avdeling ikke alltid har så god tid til å skape den relasjonen pasienten har behov for. Man ser også at manglende informasjon, kommunikasjon, innflytelse og følelsen av avmakt sammen skaper en ond sirkel når det kommer til tvangsbruk. Pasientene reagerer i form av protest, som i tilfeller skaper grunnlag for bruk av tvangsmidler. Elementene som her beskrives vil ikke bare bedre opplevelsen for pasientene, men det vil også føre til mindre bruk av tvangsmidler og sette en stopper for den onde sirkelen.

Bibliografi

- Allikmets, S., Marshall, C., Murad, O., & Gupta, K. (2020). Seclusion: A patient perspective. *Issues in mental health nursing, 41*(8), ss. 723-735.
doi:<https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710005>
- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal.
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2020). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Front. Psychiatry, 10*(965).
doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00965>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., & Utne, I. (2015). *Forskningmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7. utg.)*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon og relasjoner (3.utg.)*. Oslo: Gyldendal.
- Fixdal, T., & Aulie, H. (2021). Tvang kan være god omsorg . *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning: metodehåndbok*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet Mars 28, 2022
- Heggstad, A. K. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Helsebiblioteket. (2022). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tvang - forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*. Helsedirektoratet. Hentet April 11, 2022
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra Lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hummellvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt (7.utg.)*. Oslo: Gyldendal.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi - i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal .

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt. (2021). Sykepleie - relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie - fag og profesjon (4.utg)* (ss. 29-72). Oslo: Gyldendal.

Lorem, G., Hem, M., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*(24), ss. 231-240. doi:<https://doi.org/10.1111/inm.12106>

Malterud, K. (2021). *Tidsskriftet - Den Norske legeforening*. Hentet fra Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger (vedlegg nr. 2): <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Norsk Sykepleierforbund. (u.d.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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#KAPITTEL_3

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

Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk (6.utg.)*. Gyldendal: Oslo.

- Stensrud, B. (2020). Kliniske situasjoner som kan innebære bruk av tvang. I M. T. Gonzalez (red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 419-429). Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tingleff, E., Bradley, S., Gildberg, F., Munksgaard, L., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systemativ review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(24), ss. 681-698.
doi:<https://doi.org/10.1111/inm.12410>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*(24), ss. 181-189. doi:<https://doi.org/10.1111/inm.12121>

6.0 Vedlegg

Vedlegg 1

PUBMED	SØKEORD	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACT	LESTE FULLTEKSTER	INKLUDERTE ARTIKLER
#1	«Coercion»	7458			
#2	«Physical restraint»	16 586			
#3	«Involuntary treatment»	6379			
#4	#1 OR #2 OR #3	29 702			
#5	«Psychiatric*»	355 218			
#6	«Relation*»	3 104 683			
#7	«Nursing home»	100 121			
#8	#4 AND #5 AND #6 NOT #7	828			
#9	Kriterier: 2015 – 2022 Free full text Systematic Review	13	5	2	1

Vedlegg 2

CINAHL	SØKEORD	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRCT	LESTE FULLTEKSTER	INKLUDERTE ARTIKLER
S1	«Coercion»	3492			
S2	«Physical restraint»	3147			
S3	«Involuntary treatment»	1402			
S4	«Patient autonomy»	7893			
S5	«Psychiatric care»	32 668			
S6	«Relation*»	785 802			
S7	S1 OR S2 OR S3	7830			
S8	S4 OR S5 OR S6	818 634			
S9	S7 AND S8	2455			
S10	Kriterier: 2015 – 2022 Peer Review Qualitative – High Specificity	37	9	3	2

Vedlegg 3

CINAHL	SØKEORD	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACT	LESTE FULLTEKSTER	INKLUDERTE ARTIKLER
S1	«Coercion»	3492			
S2	«Physical restraint»	3147			
S3	«Involuntary treatment»	1402			
S4	«Mental health care»	35 138			
S5	«Mental health»	4563			
S6	«Relation*»	785 802			
S7	«Patient*»	2 341 515			
S8	«Psychiatric*»	96 136			
S9	S1 OR S2 OR S4	7830			
S10	S4 OR S 5 OG S8	122 688			
S11	S9 AND S10 AND S6 AND S7	356			
S	Kriterier: 2015 – 2022 Peer Review Qualitative – High Specificity All adults	58	12	6	2

Vedlegg 4

Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier, Malterud (16)			
	Ja	Komm	Nei
Problemstilling			
Er forskningsspørsmålet relevant?			
Er problemstillingen tilstrekkelig avgrenset og fokusert?			
Gir artikkelen tittel et dekkende inntrykk av innholdet?			
Refleksivitet			
Har forskeren presentert motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser?			
Er konsekvensen av for forståelsen drøftet tilfredsstillende?			
Metode og design			
Er kvalitative metoder egnet for utforskning av artikkelens problemstilling?			
Har forskeren valgt den mest adekvate kvalitative design?			
Datainnsamling og utvalg			
Har forskeren presentert sin utvalgsstrategi (oftest strategisk eller teoretisk, ikke representativ eller tilfeldig)?			
Er dette tilfredsstillende begrunnet?			
Er dette en utvalgsstrategi som er best mulig egnet til å belyse problemstillingen?			
Har forskeren drøftet konsekvensene av sin utvalgsstrategi i forhold til alternative valg?			
Presenteres betydningsfulle kjennetegn ved utvalget tilstrekkelig til at leseren kan forstå konteksten for gjennomføring av studien?			
Teoretisk referanseramme			
Presenteres de teoretiske perspektivene som studien bygger på?			
Er den teoretiske referanserammen adekvat i forhold til prosjektets problemstilling?			
Forklarer forfatteren hvordan teorigrunnlaget har formet analysen?			
Analyse			
Beskrives prinsipper og prosedyrer for bearbeiding og analyse av data tilstrekkelig til at leseren får innsyn i veien fra rådata til resultater?			
Forklarer forfatteren hvordan kategoriene i resultatdelen ble etablert – stammer de fra teorigrunnlaget eller er de utviklet med bakgrunn i de empiriske data?			
Forklares prinsippene for organisering av resultatpresentasjonen?			
Presenteres strategier for resultatvalidering (f.eks. alternative fortolkninger, informantvalidering, triangulering) i metodepresentasjonen eller diskusjonen?			
Resultater			
Gir resultatene relevante svar på studiens problemstilling?			
Lærer vi noe nytt ved å lese resultatene?			
Er resultatpresentasjonen en overbevisende fremstilling av funn utviklet fra det empiriske materialet som noe annet og noe mer enn forskerens for forståelse og teoretiske referanseramme?			
Brukes sitater på en adekvat måte til å understøtte og berike forskerens sammenfatning av mønstre identifisert og gjenfortalt fra systematisk analyse av materialet?			
Diskusjon			
Drøftes spørsmål om intern validitet (hva handler egentlig denne studien om)?			
Drøftes spørsmål om ekstern validitet (overførbarhet av funn eller begreper)?			
Drøftes spørsmål om refleksivitet (forskerens rolle, perspektiver og posisjoner)?			
Finner vi selvkritiske overveielser om konsekvenser av den valgte design?			
Drøftes studiens begrensninger, samtidig som forskeren tar ansvar for de valg som er gjort?			
Drøftes funnene i lys av aktuelle teoretiske og empiriske referanser?			
Peker forskeren på noen utvalgte implikasjoner av de funn som er presentert?			
Presentasjon			
Er teksten velorganisert og lettlest?			
Kan leseren skjønne mellom informantenes stemmer og forskerens stemme?			
Referanser			
Er sentrale og spesifikke referanser på feltet tilfredsstillende dekket og presentert?			