



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1013

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Brukermedvirkning i lys av anerkjennelse og rettferdighet

Antall ord *: 8733

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Ja**
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Brukermedvirkning i lys av anerkjennelse og rettferdighet

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen Stord/Haugesund, AVD. Haugesund

Kull: 2015

Antall ord : 8733

*Da galskapen (...)
ble konstituert som sinnssykdom,
var dialogen brutt,
separasjonen allerede utført.
Alle de stotrende, ufullstendige ordene (...)
Ble støtt ut i glemselen.*

Michel Foucault,
Galskapens historie (1961)
Hentet fra Marianne Mjaaland sin
bok, *Tvang og tvil*.

*Verden er et vakkert sted for noen. For noen.
For noen er det helvete på jord.*

Anne Grete Preus,
Verden er et vakkert sted (2009)
Hentet fra Andersen sin bok,
Psykisk helsearbeid – en gang til

Fakultet for helse – og sosialvitenskap
Institutt for helse – og omsorgsvitenskap
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Sammendrag

Tittel: Brukermedvirkning i lys av anerkjennelse og rettferdighet.

Bakgrunn: I psykisk helsevernloven, har det vært endring med ikrafttredelse fra 1. September 2017. I § 1-1 står det at formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern foregår på en forsvarlig måte som står i tråd med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper (psykisk helsevernloven, 1999). Hovedtanken bak disse reglene er å forebygge og begrense bruk av tvang, samt styrke brukermedvirkning. Etter praksis perioden i psykiatri, økte interessen for dette feltet, og etter de nye lovendringene kom, bidro det til mitt valg av tema. De nye endringene i loven er laget med den hensikten at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet (psykisk helsevernloven, 1999).

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier legge til rette for brukermedvirkning for pasienter underlagt formell tvang?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å bidra til kunnskapsutvikling innenfor dette temaet.

Metode: Dette er en litteraturstudie som er bygget opp av kvalitativ orientert forskning og fag – pensumlitteratur relevant til psykisk helsearbeid. Valgt teori og forskning drøftes før oppgaven avsluttes med en konklusjon av valgt data i lys av problemstillingen.

Resultat: Resultatene i fra forskning synes å ha mange likhetstrekk der pasientene forbinder sin medvirkning i behandlingen og den subjektive opplevelsen av tvang som negativ. Etikk og etiske overveielser virket å styrke brukermedvirkning og redusere bruk av tvang. Forskning viste også at de profesjonelle måtte øke pasientens autonomi og redusere stereotypi. I funnene

kom det også fram at kulturen, samt personalets holdninger og forhold til pasientene burde forbedres hvis brukermedvirkningen skal lykkes til pasientene underlagt formell tvang.

Konklusjon: For å lykkes med brukermedvirkning for pasienter underlagt formell tvang er etikk nødvendig. I forskning har etikken vist seg og være en viktig bidragsyter, når etiske utfordringer dukker opp. Det er også viktig å anerkjenne pasienten som et individuelt menneske som har krav på innflytelse i egen behandling. Ved å behandle pasienten rettferdig, samt vise empati og en tilnærming preget av respekt og dialog, har sykepleier et grunnlag for å legge til rette for økt brukermedvirkning.

Abstract

Title: Patient autonomy in light of recognition and justice.

Background: There has been a change in the mental healthcare law that was approved on the 10th of february, 2017, and was first in use from the 1st of september, 2017. In § 1-1 it is stated that the purpose of this act is to ensure that mental healthcare is applied and implemented in a satisfactory manner and in accordance with the fundamental principles of the rule of law (Mental healthcare, 1999). The main reason or idea behind the rules of law is to avoid and try to limit the use of coercion, and strengthen the use of patient autonomy. After my practice period in the psychiatry, I developed an interest in this field. And with the new changes in the mental health care law, that shed light on the autonomy of the patient, also helped to contribute to my choice of topic for my thesis. The purpose of the changes in the mental healthcare law is also to ensure that the measures described in the act are grounded on the needs of the patient and respect for human dignity (Mental healthcare, 1999).

Question: How can nurses facilitate or contribute to autonomy for the patients that are in formal coercive care?

Purpose: The purpose of this thesis is to gain knowledge about the topic.

Method: this is a literature study that contains qualitative oriented research articles and literature relevant to mental healthcare. The chosen theory and research are discussed and put up against each other. The thesis ends with a conclusion from the data material to answer my research question.

Results: The findings from the chosen articles seems to have a lot of similarities where the patients is expressing that they`re autonomy in the treatment is poor, and that the subjective experience to coercion is perceived as negative. Ethical care seemed to strenghten the patient autonomy and reduce the use of coercion. The research also showed that the staff needed to increase the patient autonomy and decrease the stigma. You could also see that the culture, as well as the staff`s attitudes and relationships with the patients should improve. If so, the autonomy could be perceived as a positive impact for the patient under formal coercive care.

Conclusion: This study indicates that ethical care should be brought up more, so the patient who is in formal coercive care can in fact be more in control over his own treatment. In the research, the ethics have shown to be a positive contributor when the ethical challenges concering the patients have come up. It is also in fact important to recognize the patient as an individual human being who has a claim to be a influencer in the treatment. To treat the patient fairly and show empathy with an approach that is characterized with respect and dialogue, the nurse have the basic to contribute to the patients autonomy.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	2
1.2	HENSIKT.....	2
1.3	PROBLEMSTILLING.....	2
1.4	AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	2
1.5	OPPGAVEN OPPBYGNING.....	3
2.0	TEORI	3
2.1	HVA ER TVANG.....	3
2.2	BRUKERMEDVIRKNING.....	5
2.3	ETIKK.....	6
2.4	RETTFERDIGHETSTEORI.....	7
2.5	ANERKJENNELSESTEORI.....	8
3.0	METODE	10
3.1	KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.....	10
3.3.1	<i>Kvalitativ metode</i>	11
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	11
3.3	LITTERATURSØK.....	12
3.4	FORSKNINGSETIKK.....	13
3.5	KILDEKRITIKK.....	13
3.6	METODEKRITIKK.....	14
4.0	RESULTAT	15
	NORVOLL, HEM & PEDERSEN (2017). "THE ROLE OF ETHICS IN REDUCING AND IMPROVING THE QUALITY OF COERCION IN MENTAL HEALTH CARE".....	15
	TERKELSEN & LARSEN (2016). "FEAR, DANGER, AND AGGRESSION IN A NORWEGIAN LOCKED PSYCHIATRIC WARD: DIALOGUE AND ETHICS OF CARE AS CONTRIBUTIONS TO COMBATING DIFFICULT SITUATIONS".....	15
	LARSEN & TERKELSEN (2014). "COERCION IN A LOCKED PSYCHIATRIC WARD: PERSPECTIVES OF PATIENTS AND STAFF".....	16
	TINGLEFF, BRADLEY, GILDBERG, MUNKSGAARD & HOUNSGAARD (2017). "TREAT ME WITH RESPECT. A SYSTEMATIC REVIEW AND THEMATIC ANALYSIS OF PSYCHIATRIC PATIENTS' REPORTED PERCEPTIONS OF THE SITUATIONS ASSOCIATED WITH THE PROCESS OF COERCION".....	17
	ENGERDAHL, MOLJEVIK & PEDERSEN (2016). "ETISKE UTFORDRINGER VED BRUK AV TVANG I PSYKISK HELSEVERN – NÅR LOVVERK MØTER PRAKSIS".....	17
4.1	SAMMENDRAG.....	18
5.0	DRØFTING	19
5.1	BRUKERMEDVIRKNING OG RETTFERDIGHET.....	19
5.2	UTFORDRINGER KNYTTET TIL ETIKK.....	21
5.3	ANERKJENNELSE I DET PSYKISKE HELSEARBEIDET.....	22
5.4	FORMELL TVANG, EN MAKTBALANSE.....	24
6.0	KONKLUSJON	25
7.0	REFERANSELISTE	27
	VEDLEGG 1 – OPPSUMMERING AV SØK.....	31
	VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVALITATIV FORSKNING.....	32
	VEDLEGG 3 – SJEKKLISTE FOR VURDERING AV SYSTEMATISKE OVERSIKTER (SYSTEMATIC REVIEW).....	41

1.0 Innledning

Tvang kan i forskningssammenheng skilles mellom formell, opplevd og faktisk tvang. Den formelle reguleres gjennom loven, den opplevde er subjektiv og den faktiske er den som utøves (Erichsen, 2012, s. 14). I lys av økt fokus på brukervedvirkning i psykisk helsevern har det kommet frem nye regler angående krav om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang etter psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017). I de nye reglene er det et vilkår at pasienten må mangle samtykkekompetanse ved følgende tiltak: Tvungen observasjon §3-2, tvungent psykisk helsevern §3-3 og undersøkelse og behandling uten eget samtykke §4-4 (Helsedirektoratet, 2017). Endringen innebærer at helsehjelpen som skal ytes fungerer i bedre samsvar med det som ellers er hovedprinsippene for helsehjelp: pasientens selvbestemmelse og samtykke som vilkår (Helsedirektoratet, 2017). Pasientens selvbestemmelsesrett styrkes som følge av endringene, og er en viktig tilpasning til prinsippene relatert til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Konvensjonen gir uttrykk for en internasjonal utvikling med større fokus på selvbestemmelse og ikke – diskriminering (Helsedirektoratet, 2017). Til tross for økt fokus der brukervedvirkning de siste tiår har vært et sentralt strategisk grep i å forsøke og demokratisere, samt liberalisere psykiske helsetjenester, virker utviklingen å gå i noe ulike retninger (Øye & Norvoll, 2013, s. 94).

En anerkjennelse og en statusheving av brukerkompetansen innebærer en maktforskyvning mellom sykepleier og pasient. Det vil si at pasienten i større grad må få innflytelse og makt i egen behandling. For å få dette til, må sykepleier gi fra seg makt og innflytelse (Løken, 2006, s. 191). I psykiatrien har det tidligere verken vært tradisjon eller kultur for å ta med pasientene i beslutningsprosesser der de medvirker i egen behandling. Maktforholdet mellom behandler eller sykepleier som ekspert og pasienten som den hjelpetrengende har i utgangspunktet tidligere vært skjevt (Løken, 2006, s. 191). En grunn til denne skjevheten er at pasientens virkelighetsforståelse har blitt forstått inn i en diagnose og et sykdomsbilde, noe som har ført til at pasientens synspunkt ikke har blitt tatt på alvor, men heller blitt sett på som et symptom som følge av den psykiske helsetilstanden. (Løken, 2006, s. 191). I følge rådet for psykisk helse og Grut (2003), bidrar sykeliggjøring eller symptomforklaring av det pasienter sier eller

gjør til at det oppstår en negativ samarbeidskvalitet som hindrer for medvirkningen (sitert i Løken, 2006, s. 191).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter å ha vært i praksis innenfor psykisk helsevern, har jeg fått opp interessen for psykiatri og dens utfordringer knyttet til blant annet bruk av tvang. Det gjorde inntrykk med de ulike diagnosene og pasientene som var innlagt på tvang, ettersom jeg tidligere ikke hadde noen erfaring med det. Tvang i psykiatrien har i det siste året vært meget aktuelt i avisartikler og debatter på nasjonalt fjernsyn. Det har også vært rettet mye oppmerksomhet til de nye lovendringene hvor det har vært fokus på blant annet styrket brukermedvirkning for pasienten. Alt dette har bidratt til mitt valg av tema.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan tilrettelegge for brukermedvirkning for pasienter underlagt formell tvang. Jeg vil benytte funn fra et utvalg av forskningsartikler som drøftes mot relevant fag og pensumlitteratur for å finne svar på min problemstilling.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier legge til rette for brukermedvirkning for pasienter underlagt formell tvang ?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Tvang er jfr. Innledende beskrivelse et flertydig begrep (jfr. Hatling, 2013), men for å avgrense teksten vil jeg heretter konsentrere meg om formell tvang.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er en litteraturstudie. Den har seks deler. I Introduksjonen har jeg presentert det valgte temaet og forklart bakgrunnen for dette valget. I andre del presenteres de teoretiske perspektivene samt relevant teori, sånn som tvang, brukervedvirkning og etiske utfordringer. Tredje del er et metodekapittel som omhandler metode og min metodiske tilgang. Her vises hvilken metodisk tilnærming som er valgt for å finne forskning som kan brukes. I fjerde del av oppgaven, presenteres resultatene fra forskningen. Disse resultatene er med på å danne grunnlag for drøfting i del fem. I siste del kommer det en konklusjon som kan bidra til et endelig svar for å belyse problemstillingen.

2.0 Teori

For å besvare denne studiens problemstilling er det valgt to teorier av filosofene John Rawls og Axel Honneth. John Rawls har i sin teori fokus på rettigheter, personlig integritet og rettferdighet, mens Honneth med sin anerkjennelsesteori har fokus på krenkelse, solidaritet og kjærlighet. Annen relevant teori det fokuseres på i henhold til problemstillingen, er formell tvang og dens juridiske rammer, brukervedvirkning og de etiske utfordringene knyttet til det. Teorien som presenteres i dette kapittelet skal danne et grunnlag for senere drøfting i kapittel fem.

2.1 Hva er tvang

Tvang er et kontekstuelt, vidt og flertydig begrep. I litteraturen skilles det gjerne mellom legal tvang, opplevd tvang, formell – eller uformell tvang (Hatling, 2013, s. 252). Som beskrevet ovenfor vil jeg heretter konsentrere meg om formell tvang. Formell tvang innebærer at det i henhold til psykisk helsevernloven, er fattet vedtak. Psykisk helsevernloven (1999) regulerer bruk av formell tvang. Med tvungent psykisk helsevern menes, jfr. psykisk helsevernloven (1999) undersøkelse eller behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt pleie og omsorg som dette krever, når undersøkelsen / behandlingen foretas / gis uten at samtykke foreligger (Molven, 2016, s. 121). Psykisk

helsevern, reguleres av psykisk helsevernloven (1999) som under visse forutsetninger tillater bruk av formell tvang. Forutsetninger for at formell tvang kan etableres, kan etter § 3-3 være at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvangsvedtaket vil være nødvendig for pasientens egen helse. (Psykisk helsevernloven, 1999)

Tvang har vært fokusert på i media, og i en artikkel hentet fra VG, har spesielt tvangens negative sider vært vektlagt. Her ble det avslørt massive lovbrudd og omdiskuterte begrunnelser knyttet til tvang og grov svikt i dokumentasjonen når norske pasienter ble bundet fast mot egen vilje (Åsebø, Norman & Daae, 2016). Sett ut ifra dette innlegget ser krenkelsen fra pasienten sin side stor ut, og muligheten til å medvirke i egen behandling minimal. Autonomi, medbestemmelse og deltakelse er sentrale og anerkjente verdier i vår norske velferdsstat og rettsstat (Storm, 2009, s. 19). Likevel virker disse kjente verdiene å være usynlige i mange saker der tvang er tema, som i for eks. artikkelen til Åsebø et al (2016).

I en stortingsmelding hentet fra regjeringen om begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting, står det blant annet skrevet at alle mennesker har rettigheter i kraft av sitt menneskeverd. Blant disse rettighetene er retten til selvbestemmelse, privatliv, forsvarlig levestandard og omsorg. Man kan si at hovedmålet er at all tjenesteyting skal bygge på frivillig deltakelse fra tjenestemottakeren (St.meld. nr. 26 (1997 -98). Med tanke på de juridiske rammene og de alminnelige bestemmelsene fra psykisk helsevernloven, står det i § 1-1 at formålet med loven er å sikre etablering og gjennomføring av psykisk helsevern på en slik måte at det skjer på en forsvarlig måte der menneskerettighetene og de grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper står sentralt. Formålet med disse reglene er å forebygge og begrense bruken av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999). For den enkeltes fysiske og psykiske integritet skal det etter loven, gis helsehjelp tilrettelagt med respekt for menneskeverdet. Hjelpen som gis skal så langt det er mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelse (Psykisk helsevernloven, 1999).

Rettsordenen vår i Norge åpner for at samfunnet kan benytte tvang i ekstreme tilfeller der en må verne andre og isolere den gjeldende. Dette er også hovedgrunnen til at også helsetjenesten i helt spesielle tilfeller har adgang til å bruke tvang. For mennesker med

psykiske lidelser, eller hvor det er mistanke om en psykisk lidelse kan det, på bestemte vilkår gripes inn med tvang og nyttes tvangsbehandling. Dette har også til hensikt for å beskytte dem mot seg selv, og / eller andre (Molven, 2016, s. 121).

I psykisk helsevernloven har det vært endringer med ikrafttredelse 1. Juli og 1. September 2017. Med tanke på samtykkekompetanse som nytt vilkår for tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling - §§ 3-2, 3-3, og 4-4, er dette den prinsipielt og praktisk mest inngripende endringen (helsedirektoratet, 2017). Den nye endringen innebærer en retning vekk fra diagnosefokuset til fokus på funksjonsnivå der kriteriene for psykisk helsehjelp bringes i større samsvar med det som ellers er hovedprinsippene for helsehjelp; pasientens selvbestemmelsesrett og vilkår om samtykke før helsehjelpen ytes (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har mange dimensjoner. På individnivå er brukermedvirkning orientert mot enkeltmenneskers rettigheter og muligheter til å påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av en tjeneste (Anthony og Crawford, 2000; Happell og Roper, 2006; Hickey og Kipping, 1998; Lammers og Happell, 2003) (siteret i Storm, 2009, s. 27). Det essensielle ved brukermedvirkning er vektleggingen av å styrke pasientens innflytelse i sin egen behandling. For at brukermedvirkning skal ivaretas innebærer det i en slik prosess at en pasient i for eks. et distriktpsykiatrisk senter (DPS) går fra å være en mottaker av tjenester til å bli en aktiv deltaker i egen behandling (Storm, 2009, s. 28). Et resultat av en slik prosess der brukermedvirkningen er synlig og sentral, er at pasienten kan få styrket sin mestringsfølelse og opplevelse av kompetanse på egen sykdom og sitt eget liv (Storm, 2009, s. 28). I en prosess der tvang anvendes, og brukermedvirkning virker å være lite tilstede, er risikoen for krenkelse stor. En nøkkelfaktor for å bidra til at pasienten skal oppleve økt mestring på kortere eller lengre sikt, er brukermedvirkning. Ved å gi pasienten informasjon om behandlingen, rettigheter han / hun har, og beslutninger som tas har man alle forutsetninger for at brukermedvirkning skal fungere. Er det formell tvang inne i bildet,

skal det, som en del av informasjonen, gis forklaring på hvorfor nettopp denne beslutningen i behandlingen er tatt (Storm, 2009, s. 29).

2.3 Etikk

Ordet etikk er avledet av det greske ordet ”ethos”, som betyr skikk eller vane. Det kan også bety lov, men da mer som sedvanerett enn direkte lovregler (Molven, 2016, s. 67). I sykepleieryrket står en ofte overfor situasjoner der det må foretas valg hvor mange ulike verdier kommer til syne, der disse ulike verdiene og interessene kanskje står direkte opp mot hverandre (Molven, 2016, s. 67). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleien som utøves skal også bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Man har etiske utfordringer knyttet til brukermedvirkning der den profesjonelle balanserer på en maktbalanse som svever mellom anerkjennelse og krenkelse. Det er også etiske utfordringer knyttet til rettferdighet og hvorvidt pasientens autonomi er tilstede. Det kan ofte være vanskelige etiske utfordringer knyttet til pasienter underlagt formell tvang, der formålet er å styrke pasientens autonome selv. Et eksempel kan være der sykepleier har en paternalistisk tilnærming og griper inn selv om pasienten er uenig i det fattede tvangsvedtaket. Dette kan skape en etisk utfordring der brukermedvirkningen trues. Paternalisme kan sees på som å handle mot pasientens vilje når de ikke kan yte motstand, men pasientene kan også tvinges med bruk av makt, til noe de ikke vil. Lovgiver har ved denne bestemmelsen gått langt i å gi støtte til en paternalistisk tankegang på tvers av pasientautonomi (Molven, 2016, s. 177). Autonomi er det motsatte av paternalisme. Med autonomi menes at det er opp til pasientene selv å bestemme. Det er tenkelig at paternalisme kan komme i konflikt med autonomiprinsippet, særlig hvis pasienten vil noe annet enn det sykepleieren mener er velgjørende (Molven, 2016, s. 69). Lillemoen & Pedersen (2013), definerer etiske utfordringer som ”*Når det er tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt*” (sitert i Engerdahl, Moljewijk & Pedersen, 2016). Med tanke på de sykepleiefaglige etiske retningslinjene er det flere punkter som er meget relevante knyttet til problemstillingen. De tre punktene jeg anser som mest relevant er:

- Pkt. 2.4: ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre om at informasjonen er forstått”
- Pkt. 2.5: ”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse”
- Pkt. 2.7: ”Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang”

(Norsk Sykepleierforbund, 2011).

2.4 Rettferdighetsteori

Rawls (71) sin teori har to hovedprinsipper som bygger på de demokratiske verdiene i samfunnet: frihet og differensiering. I følge Rawls har frihetsprinsippet til hensikt å gi alle mennesker lik tilgang på grunnleggende friheter som ytringsfrihet, personlig integritet og rettigheter nedfelt i lovverk (Storm, 2009, s. 20). Rawls sin teori går ut på at alle menneskers politiske og sivile rettigheter må beskyttes, og at alle med samme evner og innsats må sikres lik adgang til å oppnå forskjellige posisjoner (Rawls, 2003, s. 12). Å ta hensyn til pasientens egen erfaring og kunnskap om det å leve med en psykisk lidelse har vært vektlagt i tillegg til å gjøre pasienten aktiv i egen behandling (Storm, 2009, s. 20). Som sykepleier er det viktig å se på pasienter som frie, likeverdige mennesker, samt ha en oppfatning av det gode. Rawls mener at den som oppfyller de kriteriene, har det vi kan kalle ”de to moralske evnene” (Rawls, 2003, s. 72). Den ene av disse evnene er evnen til å ha en rettferdighetssans. Det er evnen til å forstå, anvende og handle ut fra, og ikke bare i overensstemmelse med (Rawls, 2003, s. 72). Den andre moralske evnen er evnen til å ha en oppfatning av det gode, det vil si evnen til å ha, revurdere og på en rasjonell måte strebe etter, en oppfatning av det gode (Rawls, 2003, s. 72). Ved å ha slike moralske evner som Rawls beskriver, hvor en ser det verdifulle i et menneskelig, har man som sykepleier, et godt grunnlag for å bidra til økt brukermedvirkning for pasienten. Prinsippet om brukermedvirkning kan relateres til

Rawls rettferdighetsteori, da helsepersonell som behandler pasienten med respekt og verdighet, tilrettelegger for rettferdig pasientbehandling og brukermedvirkning (Storm, 2009, s. 21).

2.5 Anerkjennelsesteori

Den andre teorien er Axel Honneth sin anerkjennelsesteori. Han regnes som en av samtidens sentrale sosialfilosofene og har videreført en kritisk teori som er karakterisert av et normativt perspektiv, det vil si at vi antar at det finnes noe som utgjør det gode liv for mennesket. Han definerer det gode liv som en tilværelse som er preget av anerkjennelse (Skjefstad, 2012, s. 57). For pasienter med psykiske lidelser som har blitt utsatt for tvang, og / eller der tvang har vært en del av behandlingen har risikoen for krenkelse av medmennesket vært tilstede. For å forstå hva anerkjennelse er, mener Honneth at vi må vite hva krenkelse innebærer. Krenkelser er alvorlige fordi de ødelegger muligheten for dannelsen av en intakt identitet og for selvrealisering (Skjefstad, 2012, s. 57). Spørsmålet ”hvem er jeg?” får svar gjennom anerkjennelse og bidrar til at individet kan utvikle en personlig identitet (Skjefstad, 2012, s. 59). De pasientene som føler seg dårlig behandlet av andre, beskriver seg selv på en måte hvor de moralske kategoriene fremdeles spiller en dominerende rolle. Disse kategoriene, for eks. ”krenkelse” eller ”fornedrelse”, henviser til former for ringeakt eller manglende anerkjennelse (Honneth, 2008, s. 140). Manglende anerkjennelse fra sykepleiers side svekker muligheten for brukermedvirkning, i og med at anerkjennelse hjelper pasienten å oppleve seg sett og forstått. Teorien til Honneth er basert på tre grunnleggende former for anerkjennelse. Det er kjærlighet, rettigheter og solidaritet. I hans anerkjennelsesteori er det også tre former for krenkelse i de ulike anerkjennelsesformene som jeg anser som veldig relevant for min oppgave. Da har du kroppslig krenkelse, nektelse av rettigheter og nedverdiggelse, noe pasienter underlagt formell tvang kanskje kan sitte igjen med. I forhold til anerkjennelsesformen kjærlighet er det mange pasienter som har særlig behov for nettopp dette da de har manglende erfaringer med anerkjennelse i privatsfæren og har opplevd mange krenkelser (Skjefstad, 2012, s. 60). Den er nødvendig for å bidra til utvikling av pasientens selvtillit. Mange pasienter som blir innlagt har ofte behov for omsorg og en viss nærhet. Det å føle at en blir sett, forstått og respektert. Gjennom

kjærlighets anerkjennelsen utvikler mennesker selvtillit og blir i stand til å leve i felleskap med andre (Skjefstad, 2012, s. 59). Ifølge Honneth handler grunnleggende selvtillit om muligheten eller kapasiteten til å uttrykke egne ønsker og behov uten frykt for konsekvensene (Skjefstad, 2012, s. 60).

I psykisk helsevernloven (1999) står det at pasienten underlagt formell tvang som er samtykkekompetent har rett til å medvirke i sin egen behandling. Å ha rettigheter er å bli tildelt rettsstatus, bli respektert og å være selvstendig. Rettslig anerkjennelse er grunnlaget for selvrespekt. Her er krenkelser både individuelle og kollektive (Skjefstad, 2012, s. 61). Honneth sine refleksjoner om forholdet mellom individ og samfunn hjelper oss å få øye på de demokratiske utfordringene med å la folk slippe til orde i det offentlige rom, skape verdige liv og bidra til et raust og inkluderende samfunn der alle gis plass og muligheter for å delta (Andersen, 2018, s. 93). Kampen om anerkjennelse i det psykiske helsearbeidet er viktig fordi det kan bidra til en positiv utvikling der pasienter underlagt formell tvang med sine rettigheter, har mulighet for mer innflytelse i egen behandling. Velferdsstaten Norge har en rekke individuelle rettigheter som er nedfelt i et legalt statlig system. Disse rettighetene er kjempet frem historisk, og kan i lys av Honneths teori ses som anerkjennelseskamper for stadig flere sosiale rettigheter (Skjefstad, 2012, s. 61).

Den siste anerkjennelsesformen til Honneth er solidaritet og når han beskriver denne, mener han å verdsette den enkelte person som har egenskaper, ressurser og talenter av grunnleggende verdi for et konkret felleskap. Det er grunnlaget for det Honneth kaller selvaktelse (Skjefstad, 2012, s. 63). Honneth sin solidariske anerkjennelsesform er, slik jeg ser det, sentral når det gjelder utøvelse av sykepleie når målet er pasientdeltakelse. Det handler om å se muligheter i mennesket og få positive tilbakemeldinger.

3.0 Metode

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 52). ”Å være vitenskapelig er å være metodisk”, sier Tranøy (1986, s. 127). Allmenngyldige krav til enhver metode handler om å tenke og systematisere tankene våre, ikke bare opprettholde kravene om ærlighet og sannhet, men også om å reflektere rundt det vi tenker. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Sosiologen Wilhelm Aubert Formulerer metode slik; ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, s. 196). Bakgrunnen for å velge én bestemt metode, er for at den metoden jeg velger kan best belyse og svare på problemstillingen jeg selv har formulert ut ifra temaet jeg har valgt å sette meg inn i.

Jeg har i min presentasjon av metode valgt å gå utifra (Thidemann, 2015, s. 76-82) sin metode. Jeg tok utgangspunkt i min egen problemstilling, og hvordan den best kan belyses sett ut ifra valget av metode. I utførelsen av selve prosessen, har jeg også tatt i bruk Dalland sin bok om metode og oppgaveskriving der jeg har satt krav til data og forskning jeg har funnet. Kravene som har blitt stilt er; hvilken relevans det har for problemstillingen og hvor pålitelig måten data er samlet på (Dalland, 2017, s. 60).

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

I valg av metode har man to ulike metoder, kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative innehar eksakt faktakunnskap. Det vil si, målbare enheter og tall. Altså såkalte harde og objektive data (Thidemann, 2015, s. 77). Kvantitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessige når en vil ha svar på spørsmål som *hvor mye ...?, hvor ofte ...? eller ... mer effektivt enn ...*, og er nødvendige når en ønsker objektive data for å få representative oversikter, fordelinger, frekvenser, årsak – virknings – forhold, for å teste ut hypoteser og teorier, vite hvordan flere forhold samvarierer, og for å foreta sammenligninger og finne tydelige mønstre, slik at kunnskapen kan generaliseres (Thidemann, 2015, s. 78).

Med tanke på den kvalitative metoden er hensikten å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann, 2015, s. 78). Kvalitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessige når en vil ha spørsmål som *hva betyr det...? Hvordan foregår det...? eller hvordan opplever...?* En kvalitativ tilnærming handler derfor ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen foregår ved: intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78).

3.3.1 Kvalitativ metode

Av kvantitativ og kvalitativ metode har jeg valgt den kvalitative. Begrunnelsen for dette valget er at ved bruk av den kvalitative metoden fanges ulike meninger og opplevelser opp som ikke lar seg tallfeste eller måle, og dermed bedre belyse problemstillingen jeg har valgt ut. For og få svar på problemstillingen mener jeg det er viktig å være kvalitativt orientert, siden datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2017, s. 53). Ettersom jeg er ute etter faktiske opplevelser og meninger fra mennesker som selv jobber innen psykisk helsevern, eller pasienter som har / eller er innlagt på formell tvang, vil kvalitativ metode være best egnet.

3.2 Litteraturstudie som metode

Oppgaven min er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). I følge Magnus & Bakketeig (2000), innebærer dette å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom det og til slutt sammenfatte det hele (sitert i Thidemann, 2015, s. 79). I og med at dette er en litteraturstudie vil det være viktig at problemstillingen er avgrenset i forhold til temaet jeg har valgt, og presist formulert. Med tanke på valg av metode er jeg kvalitativt orientert, dette fordi litteraturen jeg har funnet som mest relevant, er kvalitativ. Jeg har fulgt trinnene og brukt sjekklisten til Thidemann (2015, s. 80-81) om litteraturliste i oppgaven. Når jeg har søkt etter kvalitativ forskning har jeg brukt Dalland sin tabell som utgangspunkt. Den tar for seg de ulike kjennetegnene ved kvantitative og

kvalitative data (2017, s. 53). Dette har vist seg å være nyttig når jeg har skilt de ulike metoderetningene fra hverandre for å finne relevant forskning til min bacheloroppgave. For å analysere og vurdere forskning, har jeg brukt sjekklister fra folkehelseinstituttet. Videre har jeg brukt pensum og faglitteratur til hjelp for å styrke og underbygge problemstillingen min til den hensikt å få svar på det jeg skriver om.

3.3 Litteratursøk

For å finne relevant forskning gikk jeg først inn på helsebiblioteket der jeg brukte søkeordene tvangsbehandling, tvang og reduksjon av tvang. Da kom jeg inn på en artikkel skrevet av PsykNytt med mye nyttig informasjon og lenker fra blant annet PubMed. I PubMed brukte jeg de engelske emneordene Coercion, psychiatry og reduction hvor jeg også fant en forskningsartikkel jeg anså som relevant og viktig i henhold til problemstillingen. Videre brukte jeg høgskolens databasesystem. I Cinahl skrev jeg inn søkeordene Coercion or seclusion or patient isolation And psychiatric And ethics hvor jeg fikk 40 treff. Av de 40, valgte jeg ut én fagfelleverdert forskningsartikkel. Det var artikkelen til Larsen & Terkelsen (2014). Denne var mest aktuell med tanke på at du fikk pasientens, så vel som de profesjonelles perspektiv og opplevelse av tvang. Andre engelske søkeord jeg brukte i Cinahl var Coercion And seclusion And psychiatric. Den siste søkemotoren jeg brukte var tvangspub ifra tvangsforskning.no. Her var det et utvalg av 119 fagfelleverderte artikler knyttet til psykisk helsevern hvor jeg valgte tre, ettersom de best kan bidra til videre drøft og konklusjon. For å stille krav til og forbedre litteratursøket mitt, tok jeg i bruk inklusjons – og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene for forskningen var at den skulle være kvalitativ, dette med tanke på å få fram pasientenes, så vel som personalets opplevelse av formell tvang og brukermedvirkning. Data som samles inn kvalitativt, tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2017, s. 53). fire artikler var norske, mens en var dansk. Av de fem, var fire skrevet på engelsk og én på norsk. én artikkel inneholdt systematiske oversikter som tok for seg kvalitative data. Bakgrunnen for valg av nordiske artikler er at de er lettere overførbare i praksis. Jeg ville ha oppdatert og nyere forskning, så eksklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år, samt artikler som ikke var overførbare til norske forhold (Thidemann, 2015, s. 84). Se [vedlegg 1](#) etter referanselisten for oppsummering av mine søk i form av en tabell.

3.4 Forskningsetikk

Alle som driver med forskning innen helsefagene må gjøre det etisk forsvarlig. Dette er regulert på et overordnet nivå gjennom *Helsinkideklarasjonen*, En erklæring vedtatt av World Medical Association Assembly i Helsinki i 1964. Formålet med helsinkideklarasjonen er å beskytte de pasientene det forskes på og at det informerte samtykke står sentralt (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s. 43). Alle forskningsartiklene jeg har funnet er etisk godkjent noe som gjør at jeg kan bruke forskningen forsvarlig i tråd med de øvrige retningslinjene i oppgaven min.

3.5 Kildekritikk

Det er to sider ved kildekritikk. På den ene siden handler det om å finne frem til den litteraturen som best kan belyse problemstillingen, altså det vi kaller kildesøking eller litteratursøking. På den andre siden dreier det seg om å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet (Dalland, 2017, s. 158). For å finne ut hvilken relevans litteraturen/forskningen jeg har funnet har, og i hvilken grad den kan beskrive og belyse problemstillingen min, har jeg tatt i bruk sjekklister som omhandler kvalitative og systematiske oversikter ifra folkehelseinstituttet (2014). Derfra har jeg kritisk analysert valgt forskning. Dette har bidratt til å kvalitetssikre forskningen jeg har funnet, samt forsikret meg om at datamaterialet er reelt og til å stole på. Se [vedlegg 2](#) og [3](#) etter referanselisten.

3.6 Metodekritikk

Metode kommer fra det greske ordet *metodos* som betyr at en følger en bestemt vei mot et mål. I sykepleieforskning dreier metode seg om hvordan en går fram for å få relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten en ønsker å undersøke nærmere. Det handler også om hvordan informasjon kan analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning (Christoffersen et al, 2015, s. 18). Metoden er bygget opp som en litteraturstudie. I forskning med relevans til sykepleiefaget kan en velge kvantitativ eller kvalitativ data hvor en må finne ut hvilken av de to retningene som best kan belyse problemstillingen. Valg av tema hadde jeg tidlig bestemt meg for, men problemstillingen har blitt endret på underveis i prosessen. Datamaterialet har jeg funnet fra faglitteratur, pensum og forskning relevant til hva jeg har villet undersøke og tilstrebe kunnskap etter. Søk etter forskning har vist seg å være krevende, men lærerikt. Fokuset mitt for søk etter relevant forskning var at det skulle være kvalitative data, ettersom dette egnet seg best for min oppgave. Når kvalitative metoder anvendes er forskeren ofte i direkte kontakt med de menneskene som bidrar med data (Dalland, 2017, s. 59). Med tanke på problemstillingen var det viktig med en metodisk tilnærming hvor en kom innpå det subjektive, følelser, meninger og refleksjon. Derfor rettet jeg meg mot kvalitative data når jeg søkte etter forskning.

4.0 Resultat

Norvoll, Hem & Pedersen (2017). "The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care".

Hensikt: Denne artikkelen sikter inn på å øke forståelsen for hvordan etikk kan være en bidragsyter til reduksjon av tvang i praksis. Hensikten med forskningen er å se om bruk av etikk blant personalet kan hjelpe til å kvalitetssikre bruken av tvang, samt redusere den.

Metode: Kvalitativ. Tolv personer som jobber på ulike plasser, alle innen området som omhandler psykisk helse ble informert og invitert til å delta. Dette gjennom telefon intervju eller e – mail. Av tolv totalt, takket 7 ja. Deretter ble det utført intervju via telefon. Kvalitativ forskningsintervju forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden (Dalland, 2017, s. 202). I dette tilfellet var det å få fram deltagerens opplevelse av tvang, og hvordan etikk og blant annet bruk av refleksjon kan bidra til å redusere tvang.

Resultat / funn: Deltakernes beskrivelser viste at moralske bekymringer på bruken av tvang var en pågående aktivitet i deres daglige liv. I forskningen kom de fram til at bruk av etikk og etiske overveielser bidro til å kvalitetssikre, samt redusere bruken av tvang. I funnene kom det fram at en må øke pasientens autonomi, samt redusere stereotypien for å redusere tvang. En forbedret kultur og personalets holdninger og forhold til pasienten, kunne også bidra til reduksjon av tvang. Empati og økt dialog var også viktige funn.

Terkelsen & Larsen (2016). "Fear, danger, and aggression in a norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations".

Hensikt: Målet med denne studien var å undersøke miljøet i en psykiatrisk lukket avdeling der frykt blant personalet for voldelige utageringer av pasienter var tilstede. Et sentralt spørsmål i denne forskningen var hvordan en kan unngå tvang og voldelige situasjoner.

Metode: Kvalitativ. Det ble tatt i bruk deltakende observasjon og intervju. En av forskerne i studien observerte de sosiale situasjonene der pasientene og personalet samhandlet. Deltakende

observasjon betyr at forskeren deltar aktivt i det feltet som studeres (Dalland, 2017, s. 202). Det var tolv pasienter med i denne studien, hvorav 9 var menn og 3 var kvinner. Ulike sinnslidelser pasientene hadde, var alt fra schizofreni, ulike bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser og rusutløste psykoser. Av personalet var det 22 stykker totalt som var deltakende i denne studien. Alle ble anonymisert.

Resultat / funn: Både atmosfære og materielle omgivelser var sammenvevd innenfor farlige situasjoner. De profesjonelle anvendte stereotypi når de tolket farlige situasjoner. Pasientene og de profesjonelle hadde ulike tolkninger av hva det var som utløste de farlige situasjonene som kunne resultere i tvang. Pasientene ville bli møtt som individuelle mennesker med bestemmelsesrett.

Larsen & Terkelsen (2014). "Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff".

Hensikt: Målet med denne forskningsartikkelen er å få frem personalets, så vel som pasientens ulike syn på bruken av tvang i lukket avdeling. Et sentralt spørsmål var hvordan pasienter og personalet opplevde bruken av tvang.

Metode: Kvalitativ. Forskerne har benyttet deltakende observasjon og intervju. Fokuset ble rettet mot tvang og deltakernes ulike meninger om det. Det er totalt 12 pasienter og 22 fra personalet med i studien.

Resultat / funn: Deltakerne opplevde tvang på forskjellige måter. Pasientene følte seg ofte mindreverdig, samtidig som personale hadde en skyldfølelse for ikke å ha ivaretatt pasientens verdighet tilstrekkelig. Personale opprettholdt derimot sitt ansvar, da de mente de utførte sine handlinger sett ut ifra hvordan "systemet" fungerte. Hovedtemaene i forskningen var (1) korreksjoner og husregler, (2) Tvang oppfattet som nødvendig, (3) betydningen av materielle omgivelser, og (4) bli behandlet som et menneske.

Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard (2017). "Treat me with respect. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion".

Hensikt: Artikkelen "treat me with respect" har til hensikt å fremheve pasienten sin stemme. Den gir en systematisk gjennomgang og analyse av pasientenes oppfatning av situasjonene knyttet til tvang. Her undersøker man pasientene sine egne tanker og meninger når det kommer til hele prosessen rundt tvang som behandling. Denne systematiske oversikten vil være nødvendig for økt forståelse og forbedring. For å kunne redusere bruken av tvang, vil det være viktig å få kunnskap fra mennesker som tidligere har vært gjennom det.

Metode: Systematisk oversikt og tematisk analyse. 26 fagfellevurderte forskningsartikler fra ulike land var inkludert. Dette må tas i betraktning med tanke på at tvangsmetoder og lovverk kan være ulike i forskjellige land. Det har blitt tatt i bruk kvalitative data.

Resultat / funn: Resultatene fra studien viser til at majoriteten av pasientene i de vurderte artiklene forbandt bruken av tvang med en negativ innvirkning med lite bestemmelsesrett. Pasientene følte seg ydmyket, da deres autonomi og rettigheter hadde blitt krenket som følge av tvang.

Engerdahl, Moljewijk & Pedersen (2016). "Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern – Når lovverk møter praksis".

Hensikt: Hensikten er å finne ut hvilken etiske utfordringer de ansatte er opptatt av å reflektere over knyttet til utøvelsen av tvang og hvilken verdier som står på spill når man er i tvil om det er riktig å bruke tvang.

Metode: Datamaterialet som ble tatt i bruk i denne studien var evalueringsskjemaer innad i etikk og refleksjonsgrupper. For å bearbeide skjemaene brukte de kvalitativ analyse. Den kvalitative analysen var rettet mot etiske utfordringer knyttet til utøvelsen av tvang. Gruppemøtene foregikk i ulike avdelinger i Norge og varte fra rundt 60 til 75 minutter, 1 – 2 ganger i måneden. Antall deltakende i gruppemøtene varierte fra 3 til 18.

Resultat / funn: Ethiske utfordringer rundt formell tvang var en av de mest fremtredende av de etiske utfordringene. Totalt 23 av 86 saker. Refleksjonen om formell tvang handlet om en hadde juridisk dekning for det, og om det ble gjennomført til rett tid. Den viktigste verdi avveiningen

synes å være om pasientens autonomi skal vike for andre hensyn. Ethiske utfordringer ved formell tvang ble delt opp i tre hovedområder. Ved tvungent psykisk helsevern var det etiske utfordringer knyttet til pasientens autonomi og autonomi versus paternalisme, altså hvor lenge skal hjelpeapparatet vente før de griper inn. Ved tvangsmedisinering var en viktig etisk utfordring opplevelse av krenkelse for pasienten. Beltelegging var en etisk utfordring når det kom til bruk av tvangsmidler.

4.1 Sammendrag

Forskningen viser at bruk av etikk og etiske overveielser kan bidra til å redusere tvangsbruken, samt bidra til økt brukermedvirkning. De fleste pasientene forbandt tvang som en negativ opplevelse der de uttrykte sinne, frustrasjon og ydmykelse som følge av liten autonomi. Pasientene i forskningen mente at hvis interaksjonene med sykepleier hadde en tilnærming med kommunikasjon som virkemiddel, kunne unødvendige situasjoner vært unngått, der faren for krenkelse og tap av autonomi var tilstede.

5.0 Drøfting

”Hvordan kan sykepleier legge til rette for brukervedvirkning for pasienter underlagt formell tvang?”

5.1 Brukervedvirkning og rettferdighet

Brukervedvirkning, en lovfestet rettighet og et hett tema som ofte har dukket opp i diskusjoner knyttet til psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2017). En av grunnene til dette er at en stor del av majoriteten av pasienter knyttet til det psykiske helsevernet har uttrykt lite selvbestemmelsesrett og gitt uttrykk for en følelse av nedverdiggelse i møte med den profesjonelle (Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017). Hva kan dette komme av? Helsepersonell kan erfare verdikonflikt i møte med pasienter underlagt formell tvang (Engerdahl et al, 2016). Profesjonelle har kanskje ikke til hensikt å nedverdiggelse pasientene, men kommer likevel gjerne opp i vanskelige situasjoner hvor de er usikre på hva de skal gjøre (Engerdahl et al, 2016). Når det har seg slikt at etiske utfordringer knyttet til formell tvang er tilstede, kan da rettferdigheten utebli som følge av det? Så vel som brukervedvirkningen? Ved formell tvang er vanskelige situasjoner særlig knyttet til pasientens autonomi av stor betydning. Pasientene kan føle seg urettferdig behandlet, der de i liten grad får medvirke i egen behandling. Men hvis en ser fra sykepleieren sin side, er det da rettferdig og etisk forsvarlig å vente til pasienten blir såpass syk før en kan gripe inn? Engerdahl et al (2016) viser flere eksempler på at ivaretagelse av brukervedvirkning fører til etiske utfordringer for helsepersonellet. Personalet opplever det utfordrende å vente på at pasienter skal bli så syke at man kan bruke tvang (Engerdahl et al, 2016). I følge Oh & Gastmans, (2013) kan flere av disse vanskelige situasjonene, der rettferdighet og brukervedvirkning står sentralt, beskrives som moralsk stress, dvs. man vet hva man synes er det riktige å gjøre, men forhindres av ytre rammer (sitert i Engerdahl et al, 2016).

I forskningsartikkelen skrevet av Terkelsen & Larsen (2016) kan man i funnene se at de profesjonelle virket å bruke stereotypi når de snakket om pasientene, så vel som når de tolket ulike situasjoner. I et innlegg utgitt av (Trane, 2014) oppsummerer hun opp den kjente psykiateren og politikerens Øystein Mæland sin tale til kongressen "rus og psykisk helse" tilbake i 2014. Han stilte seg kritisk til stereotypi og mente at i psykisk helsevern måtte en bli flinkere til å redusere stigmatiseringen for å styrke brukermedvirkning. Videre forklarte han at for å redusere stigmatisering må økt fakta og informasjon om pasientene komme mer med på banen, hvis ikke er det fort gjort å klistre merkelapper på sårbare folk (Trane, 2014). Funn i Terkelsen et al (2016) sin studie viser at pasientene hadde et ønske om å bli møtt som individuelle mennesker med bestemmelsesrett, noe i følge dem kunne ført til at uheldige situasjoner kunne vært unngått. Funn i Norvoll et al (2017) sin studie tilsier at økt autonomi og redusert stigma av pasienten kan bidra til reduksjon av tvang. Professor Arne Johan Vetlesen stiller seg imidlertid kritisk til økt selvbestemmelse, og sier i et intervju at brukermedvirkning kan føre til at psykiske lidende kan få det enda tyngre hvis de ikke klarer å leve opp til egne og hjelpeapparatets forventninger (Kvaal, 2012). Man kan se at de endringene som har funnet sted i det psykiske helsefeltet de siste tiårene i Norge, kan sees i et rettferdighetsperspektiv, hvor pasientene har fått lovforankrede rettigheter til å delta i sin egen behandling (Storm, 2009, s. 20). Likevel, sett utifra forskning, ser ikke dette alltid ut til og være tilfelle. John Rawls rettferdighetsteori kan knyttes til brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Han mener at enhver person har det samme ufravikelige krav på et fullstendig tilfredsstillende system av grunnleggende friheter. Han mener også at rettferdighet skal være til størst mulig gagn for de dårligst stilte medlemmene i samfunnet (Rawls, 2003, s. 103). I resultatene fra Tingleff et al (2017) ser man at pasientenes opplevelser og rettigheter ikke beskyttes på samme måte som Rawls la fram i sin teori. Istedenfor styrket brukermedvirkning, assosierte pasientene, der noen var underlagt formell tvang, en negativ opplevelse av å være under andres kontroll. Makteløshet, sinne, frustrasjon og følelsen av ydmykelse var ord de beskrev når de mente de uten begrunnelse ble utsatt for tvang. De mente dette var en måte for de profesjonelle å demonstrere makt og kontroll på (Tingleff et al, 2017). Hvordan kan man da som sykepleier oppnå brukermedvirkning og rettferdighet for pasienter underlagt formell tvang? Helsepersonell som behandler pasienten med respekt og verdighet, som gir pasienten informasjon om sykdom og behandlingsmuligheter, og som sikrer pasienten deltakelse og "en stemme" i beslutningsprosesser, tilrettelegger for rettferdig pasientbehandling og en ivaretagelse av brukermedvirkning (Storm, 2009, s. 21). Det kan også forstås på samme måte i de etiske retningslinjene for sykepleiere. Der står det i pkt. 2.4 at sykepleier skal heve pasientens

muligheter til å ta autonome avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). For å legge til rette for økt brukermedvirkning kan en som sykepleier ta utgangspunkt i det Rawls kaller for de moralske evnene. Det vil si at vi ser på pasienten som et fritt, likeverdig menneske, og at man fokuserer på det gode (Rawls, 2003, s. 72).

5.2 utfordringer knyttet til etikk

Det er mange etiske utfordringer sykepleiere i psykisk helsevern møter på. En etisk utfordring kan være når en som sykepleier skal gripe inn for å hjelpe, men istedenfor bidrar til en opplevelse som kjennes krenkende for pasienten. Dette kan forstås som en paternalistisk tilnærming. Paternalisme kan fungere som autonomiens motpart. Syse & Nilstun (1997) definerer paternalisme slikt; *”Det å gripe inn overfor et individ med det formål å hjelpe vedkommende, når dette skjer i strid med vedkommendes ønske eller uten at samtykke foreligger”*, mens autonomi brukes synonymt med selvbestemmelse (siteret i Engerdahl et al, 2016). Kan det tenkes at paternalistiske tradisjoner er en ukultur i psykiatrien? I forskningsartikkelen skrevet av Norvoll et al (2017) vises det at mange av deltagerne mente at en tvangsorientert og paternalistisk kultur var et moralsk problem innenfor psykisk helsevern. En annen deltager mente at den paternalistiske tankemåten førte til at de profesjonelle handlet på en slik måte de mente var best, noe som ifølge deltageren gjorde at behandlingen rettet mot pasientene ble svekket (Norvoll et al, 2017). Et annet sentralt spørsmål i henhold til det negative synet på paternalisme og pasienter underlagt formell tvang. Når kan en som sykepleier da gripe inn? Hvor lenge skal man vente før man griper inn? I § 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern, står det at hvis frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette kan en forsvarlig gripe inn (Psykisk helsevernloven, 1999). Det å jobbe i psykiatrien innebærer en hverdag fylt av vanskelige etiske utfordringer da en som sykepleier må følge opp et fattet tvangsvedtak der pasientens selvbestemmelse kan måtte fravikes ved lovhjemlet bruk av tvang (Engerdahl et al, 2016). Dette er etisk sett et av de mest utfordrende områdene i sykepleieetikken, når inngrep skjer mot pasientens vilje (Nortvedt, 2016, s. 166). Ettersom helsepersonell ofte opplever etiske utfordringer ved tvang i psykiske helsetjenester, utførte Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen (2014) ved senter for medisinsk etikk (SME) et systematisk litteratursøk i blant annet Medline, psychinfo, cinahl, sociological abstracts og web of knowledge for å undersøke nærmere hvilken

etiske utfordringer som står sentralt for helsepersonellet (sitert i Engerdahl et al, 2016). Søket ga få relevante treff, og ga et inntrykk av at det trengs mer forskning på hva slags etiske utfordringer helsepersonell møter ved bruk av blant annet tvang, og i henhold til min oppgave, formell tvang (Engerdahl et al, 2016). Men hva er så de etiske utfordringene knyttet til formell tvang, og hva kommer fram som sentralt i refleksjonsmøtene i studien ”etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern”? I resultatdelen kan man se at spørsmål rundt formell tvang er av stor betydning og framstår som en av de mest sentrale av de etiske utfordringene. I funnene kan man se at refleksjon angående formell tvang ofte handler om hvorvidt det er riktig å bruke tvang der man vurderer om en har juridisk dekning for det, og således om tvangen gjennomføres til rett tid (Engerdahl, et al 2016). Hva kan etikken bidra med for å styrke brukermedvirkningen der formålet er å redusere etiske utfordringer som kan føre til mer tvang? Etikken kan bidra til at sykepleier beskytter den bestemte pasients verdighet og integritet, inkludert retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

5.3 Anerkjennelse i det psykiske helsearbeidet

En av grunnsteinene vi møter på som sykepleiere i det psykiske helsearbeidet er anerkjennelse (Karlsson & Borg, 2013, s. 39). Honneth (1992) mener anerkjennelse kan sees ut ifra tre områder: anerkjennelse i nære relasjoner, rettslig anerkjennelse og sosial verdsettelse (sitert i Karlsson et al, 2013, s. 39). Men hvordan kan vi i lys av anerkjennelse bidra til å legge til rette for økt brukermedvirkning? Grunnleggende kan anerkjennelse beskrives som det å se, og det og bli sett. Hvis pasienten underlagt formell tvang føler seg sett og forstått kan det bidra til økt selvstendighet. Et sentralt moment i Honneths teori er at anerkjennelse gir grunnlag for selvtillit, noe som igjen kan bidra til økt brukermedvirkning. Krenkelser derimot, som er anerkjennelsens motsats, kan hindre utviklingen av brukermedvirkning, særlig når dårlig selvtillit svekker forutsetningene for å medvirke (Skjefstad, 2015, s. 56). Den kjente psykologen Anne Lise Løvlie Schibbye (1996) beskriver anerkjennelse i nære relasjoner hvor hun går inn på hvordan vi som mennesker er avhengige av hverandre for å utvikle en egen bevissthet og stå fram som selvstendige (sitert i Karlsson et al, 2013, s. 39). Pasienter innlagt under formell tvang, kan ofte sees på som sårbare individer der de er avhengige av den profesjonelles hjelp

og ekspertise. For at pasienten da skal få et forhold til seg selv, der han / hun utvikler et differensiert og autonomt selv, må sykepleieren i dette tilfellet anerkjenne pasienten (Karlsson et al, 2013, s. 39). I forskning relatert til pasienten sitt syn på tvang og møtet med den profesjonelle, virker det å være i overkant negative opplevelser knyttet til dette. Er dette et resultat som følge av at anerkjennelsen ikke blir uttrykt godt nok i praksis? Larsen et al (2014) fant gjennom sin forskning at når det var en viss distanse mellom pasientgruppen og de profesjonelle, fikk ikke pasientene den individuelle hjelpen som de sårt trengte. Dette medførte at idéen om å behandle pasientene som individuelle og likeverdige mennesker i nære relasjoner med blant annet sykepleier ikke nådde fram. Men hva kan da skape anerkjennende væremåter? Her konkluderer Larsen et al (2014) med at profesjonelle som er fysisk og psykisk nære pasientene mest sannsynlig vil forstå pasienten bedre som en unik person som trenger individuell behandling. Det vil si at i et genuint møte mellom sykepleier og pasient kan begge oppleve anerkjennelse i kraft av likeverdighet og gjensidig verdsettelse (Karlsson et al, 2013, s. 39). Dette er også i tråd med Honneth sin anerkjennelsesteori, der han vektlegger universelle rettigheter, men også erkjenner at mennesker er forskjellige og må behandles ulikt (Skjefstad, 2015, s. 55). Schibbye (1996) mener at det i anerkjennelse inngår ulike væremåter som kommer til uttrykk i praksis i relasjoner. Dette er væremåter som for eksempel: lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse (siteret i Karlsson et al, 2013, s. 39). Sykepleier kan ved å se og bekrefte pasienten som et individ, bidra til utvikle pasientens integritet. Honneth sin teori står også sentralt her hvor han hevder at i et anerkjennelsesforhold søker den enkelte å bli bekreftet som et selvstendig individ. Det er bare mulig hvis sykepleieren i dette tilfellet kan anerkjenne den andres selvstendighet (Skjefstad, 2015, s. 66). Flertallet av pasientene som deltok i Larsen et al (2014) sin forskning, følte seg ofte mindreverdige. Man kunne også se at grensen mellom krenkelse og anerkjennelse var svært tynn. Kan et resultat av dette være at interaksjonen mellom pasient og sykepleier i større grad har feilet, eller er det rett og slett umulig å unngå når formell tvang utøves? Ifølge Honneth, er det ofte små nyanser som utgjør en forskjell om en person føler seg krenket eller anerkjent, for eksempel det å bli møtt med et smil, eller hvor stor betydningen av fraværet av et smil kan være (Skjefstad, 2015, s. 55). I de sykepleiefaglige etiske retningslinjene står det i pkt. 2.7 at sykepleier skal verne pasienten mot krenkende handlinger og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasienter som føler seg uriktig behandlet, kan beskrive den gjeldende situasjonen som krenkende, og i følge Honneth er krenkelse et resultat av manglende anerkjennelse (Honneth, 2008, s. 140). Jeg har selv vært i en situasjon hvor en pasient underlagt formell tvang ble isolert fra andre. Det er sannsynlig at denne pasienten følte seg krenket. Det er i hvertfall slik jeg

oppfattet det, ettersom denne pasienten skrek og brukte skjellsord til alle og enhver på avdelingen. Personalets bruk av tvang i dette tilfellet oppfattet jeg som nødvendig, med tanke på at utageringen og væremåten til denne pasienten gjorde andre pasienter nervøse og redde. Som sykepleierstudent har jeg kommunikasjon og samhandling friskt i minne. Dette ble også forsøkt først, men uten hell. Med det mener jeg at avgjørelser en gjør i slike situasjoner vil kunne øke sjansen for at krenkelser kan kunne forekomme i en eller annen grad. Jeg har stor tro på at ved å anerkjenne den enkelte pasient som et enkeltindivid kan bidra til å redusere tvang og styrke brukermedvirkning, men noen ganger lar ikke det seg gjøre. Alle de ansatte i Larsen et al (2014) sin forskning var også enige i at tvang noen ganger var nødvendig, når for eksempel sikkerheten var truet.

5.4 Formell tvang, en maktbalanse

Kontroversene rundt bruk av tvang har i stor grad omhandlet formell tvangsbruk (Hatling, 2013, s. 253). Dette utgjør blant annet pasientens egen opplevelse som så langt har vært nærmest enstemmig forbundet med negativitet. Måleinstrumenter, slik som the MacArthur Perceived Coercion Scale blir brukt til å kartlegge pasientens faktiske opplevelse ved en innleggelse. Pasienten blir spurt om hva slags virkemidler som ble tatt i bruk forut for innleggelsen (grad av overtalelse, løfter, trusler og makt), og om pasienten opplevde press som følge av disse virkemidlene (grad av innflytelse, kontroll, valg og frihet) (Hatling, 2013, s. 253). I forskningsartikkelen til Terkelsen et al (2016) Forteller en ung kvinne om en situasjon hun syntes var ydmykende. Hodet hennes ble holdt nede slik at hun fikk vondt når hun ventet på en ambulanse. Deretter ble hun holdt og puttet i belter som var så stramme at det var smertefullt. Hun mente at måten hun ble behandlet på var unødvendig og krenkende, fordi hun hadde villig gått med på å dra til å begynne med. I samme forskningsartikkel sa en av de ansatte at det aldri var greit å beltelegge, men ble sett på som nødvendig. Ifølge den ansatte syntes noen pasienter det var godt å bli beltelagt og kontrollert, så i det tilfellet kunne det se ut som den ansatte handlet ut ifra pkt. 2.5 i sykepleiefaglige etiske retningslinjer der det står at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hun forklarer videre at det var herlig å ha dem i belter, for da trengte de ikke å spørre etter flere ansatte hele tiden. Hun avsluttet med å si at de måtte skille mellom

straff og beltelegging (Terkelsen et al, 2016). Kan dette ses som et uttrykk for et aktivt holdningsproblem i psykiatrien som går utover pasientens brukermedvirkning? Norvoll et al (2017) har i et av flere funn kommet fram til at man må ha økt fokus på de profesjonelle sine holdninger. Veland og Jacob (2016) kom fram til det samme og mente at unødvendig bruk av tvang i stor grad handlet om kulturer med lite ønske om endring. Med tanke på endring, kan et steg i riktig retning være å ha en mer anerkjennende og forståelsesfull tilnærming til pasientene (Norvoll et al, 2017). Resultatene fra Engerdahl et al (2016) viser at etiske utfordringer knyttet til profesjonalitet utgjør den mest fremtredende problematikken, hvor det er mange saker der personalet har følt på en maktubalanse og reflektert over egne holdninger i møte med psykisk syke pasienter. Det er blant annet holdninger som dreier seg om hvorvidt sykepleier i dette tilfellet, er profesjonell i møtet med en pasient med utfordrende atferd. Terkelsen et al (2016) viste at belteseng ble brukt som en advarsel til pasientene, noe som etter min mening virker mer som en trussel som har til hensikt å skremme. Kan dette være et uttrykk for et mulig holdningsproblem som bør reflekteres over? Økt refleksjon på dette området kan igjen kanskje bidra til en mulig endring for det bedre og økt brukermedvirkning.

6.0 Konklusjon

Etter å ha gått igjennom valgt forskning samt fag – pensumslitteratur, fremstår etisk kompetanse blant de profesjonelle som av betydning når det gjelder å håndtere utfordringer knyttet til pasienter underlagt formell tvang. Bruk av etikk er nødvendig for at pasienten skal føle seg verdig og medvirkende i egen behandling. I henhold til ICNs etiske retningslinjer skal sykepleieren sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon til å kunne gi informert samtykke til pleie og behandling (Norsk Sykepleierforbund, 2011). For å legge til rette for økt brukermedvirkning, viser forskning at ved å være nær pasienten med en tilnærming preget av kommunikasjon og forståelse, kan dette bidra til å bygge opp en gjensidig respekt mellom pasient og sykepleier. Pasienten må sees på som et likeverdig menneske, ikke som en diagnose. Det handler om å se, lytte, vise forståelse, respektere og akseptere. For å bidra til økt brukermedvirkning for pasienten underlagt formell tvang, er det også viktig som sykepleier å anerkjenne. Det at pasienten opplever seg sett og forstått er essensielt. Brukermedvirkning kan

styrkes i lys av anerkjennelse, nettopp ved å se på pasienten som et likeverdig menneske som i kraft av sine rettigheter kan medvirke i egen behandling.

Ivaretagelsen av brukermedvirkning kan føre til etiske utfordringer for sykepleier hvis pasienten opplever noe krenkende eller nedverdiggende som følge av behandlingen. Hvis en innehar det Rawls kaller for de moralske evnene som er å se pasienten som et individuelt og likeverdig menneske der man fokuserer på det positive, har brukermedvirkningen forutsetninger for å styrkes. Dette kan bidra til at pasienten utvikler sin egen integritet, samt selvtillit og opplever likeverd istedenfor nedverdiggelse eller krenkelse.

7.0 Referanseliste

- Andersen, W. A. J. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstract forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Engerdahl, I. S., Moljewijk, A., & Pedersen, R. (2016). Etske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern: når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 102-110. Hentet fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=457512&a=3
- Erichsen, S, A-G. (2012). Bedre kvalitet – økt frivillighet. *Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Foucault, M. (1961). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. Utg., s. 243 – 284). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helse – og omsorgsdepartementet. (1999, 07 – 02). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3 - KAPITTEL_3

Helsedirektoratet. (2017). *Informasjon og invitasjon – endringer i psykisk helsevernloven med ikrafttredelse 1. Juli og 1. September 2017*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk_helsevernloven/Informasjon_og_invitasjon-Endringer_i_psykisk_helsevernloven-2017.pdf

Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse*. Oslo: Pax Forlag AS

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvaal, B. (2012, 29. November). *Økt selvbestemmelse kan gi nye nederlag*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13248/--Okt-selvbestemmelse-kan-gi-nye-nederlag>

Larsen, I., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing ethics*, 21(4), 426-436. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013503601>

Løken, H. K. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. A. Almvik, & L. Borge (Red.), *psykisk helsearbeid i nye sko* (1. Utg., s. 187-199). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mjaaland, M. (2017). *Tvang og tvil – en innsideberetning fra norsk psykiatri*. Oslo: Kagge Forlag AS

Norvoll, R., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2017). The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care. *Hec Forum*, 59 – 74. Doi:

[10.1007/s10730-016-9312-1](https://doi.org/10.1007/s10730-016-9312-1)

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*.

Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Preus, A. G. (2009). *Nesten alene*. Oslo: Warner Music Norway

Rawls, J. (2003). *Rettferdighet som rimelighet*. Oslo: Pax Forlag AS

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. A. G. Jensen, I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse* (1. Utg., s. 54 – 67). Oslo: Universitetsforlaget

St. meld. nr. 26 (1997-1998). *Begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting*.

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1997-98-/id191579/>

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic 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*, 24:681 – 698. Doi :

[10.1111/jpm.12410](https://doi.org/10.1111/jpm.12410)

- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing ethics*, 23(3), 308-317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Trane, K. (2014, 13 februar). *Må redusere stigmatisering og styrke brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13569/-Ma-reducere-stigmatisering-og-styrke-brukermedvirkning>
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget
- Veland, C. M., & Jacob, A. (2017). Bruker mindre tvang. *Sykepleien*, 104(4), 54-57. Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57137>
- Øye, N., & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt – og kontrollperspektiv. R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. Utg., s. 73-96) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Åsebø, S., Norman, G. M., & Daae, D. E. (2016, 20. November). Pasienter bindes fast ulovlig. *VG*. hentet fra: <https://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-bindes-fast-ulovlig/>

Vedlegg 1 – oppsummering av søk

Søkeord	Søkemotor	Antall treff
Tvangsbehandling, tvang, reduksjon av tvang	Helsebiblioteket.no	3
Coercion psychiatry reduction	Pubmed	50
Coercion or seclusion or patient isolation AND psychiatric AND ethics	Cinahl	40
Coercion AND seclusion AND psychiatric	Cinahl	40
Tvang i det psykiske helsevesenet i Norge	Tvangspub	119

Vedlegg 2 – sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Sjekkliste for kvalitativ forskning	The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care	Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff	Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations	Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern – Når lovverk møter praksis
<u>Er formålet med studien klart formulert ?</u>	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)
<u>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen ?</u>	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)	Ja (X) Uklart (O) Nei (O)
<u>Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</u>	Ja (X) Uklart (O) Nei (O) Kommentar: Utvalget og måte på å samle inn og analysere data er begrunnet. Data ble samlet inn gjennom semi – strukturerte telefon intervjuer.	Ja (X) Uklart (O) Nei (O) Kommentar: Det ble tatt i bruk deltagende observasjon og intervju. Det var 12 pasienter og 22 fra personalet med. Notater fra observasjon i feltet	Ja (X) Uklart (O) Nei (O) Kommentar: Utvalg : 12 pasienter og 22 profesjonelle (helsepersonell). Innsamling av data ble gjort ved å ta i bruk deltagende observasjon og intervju. Alle situasjoner, episoder og	Ja (X) Uklart (O) Nei (O) Kommentar: Studiedesignet er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Metodedelen i artikkelen er godt beskrevet og detaljert hvor beskrivelse av

	<p>Analyse av data ble delt inn i to faser. Først leste forfatterne igjennom intervjuene som ble gjennomført. Deretter ble transkripsjonene re- analysert, med tanke på implisitte uttalelser om etikkens rolle i utviklings arbeidet.</p>	<p>og intervju besto av 200 sider. Innholdet ble undersøkt nøye. Alle situasjonene, episodene og ytringer relatert til temaet ble identifisert.</p>	<p>uttrykk relatert til farlige situasjoner og hvordan dette ble tolket ble identifisert.</p>	<p>datamaterialet og analysen kommer godt fram.</p>
<p><u>Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</u></p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Det har blitt gjort rede for hvem som ble valgt og hvorfor. Forskerne ville ha personal med erfaring innen psykisk helse og tvang, ettersom de best kunne besvare valgt problemstilling. Tolv personer som jobbet innen</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Utvalget er hensiktsmessig av den grunn at man for høre om tvang fra personalet og fra pasientenes side. Av 12 pasienter var det 9 menn og 3 kvinner. De samme pasientene var ikke tilstede gjennom hele forskningsperioden.</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: I studien var det 12 pasienter, 9 menn og 3 kvinner. Disse hadde ulike diagnoser som for eks. schizofreni, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser og rus relaterte psykoser. Den yngste av pasienten var 17 år gammel, mens den eldste var 53 år. Av de ansatte var det 22 stk som deltok. 14 menn og 8 kvinner hvor alderen</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: I studien var det 7 avdelinger fra tre forskjellige sykehus og opptil 8 refleksjonsgrupper som møttes jevnlig. Avdelingene som deltok på møtene besto av 6 døgnavdelinger og en psykose poliklinikk. Døgnavdelingene var representert av 1 alderspsykiatrisk</p>

	<p>psykisk helse ble invitert til å delta via telefon eller e-mail. Syv takket ja til å delta. Grunnen til at de resterende ikke svarte på invitasjon er ukjent. Av de deltagende var det to psykiatere, mens de fem andre var sykepleiere.</p>	<p>Når noen dro, kom andre inn. Den yngste pasienten var 17, mens den eldste var 53. Fra personalet var det 14 menn og 8 kvinner fra 20 årsalderen til 60.</p>	<p>var fra 20 til 60 årene. Av sykepleierne var noen spesialisert innen psykiatri, mens andre ikke. Det var også helsefagarbeidere og 2 psykiatere som deltok.</p>	<p>avdeling, 2 akuttposter, 1 ungdomspsykiatrisk klinikk, 1 rehabiliteringsenhet, og en lukket psykose – og sikkerhetsavdeling. Refleksjonsgruppene er tverrfaglig sammensatt, og består av overleger, LIS – leger, psykologspesialister, psykologer, sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere. Antall deltagere varierte fra 3 til 18 stk.</p>
<p><u>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</u></p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: dataene ble samlet inn fra semistrukturerte telefonintervjuer.</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Dataen ble samlet inn gjennom deltagende observasjon, samtaler og intervju med personale og pasienter i en periode på 4 måneder i 2010.</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Forskeren som var i feltet, samlet inn data gjennom deltagende observasjoner, spontane samtaler og intervju. Dette pågikk i 4 måneder i 2010. Forskeren studerte pasientene og personalet i den lukkede</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Datasamlingen ble samlet inn fra etikk – refleksjonsgruppene. Disse gruppemøtene varte fra 60 til 75 minutter. De ansatte møttes 1 til 2 ganger i måneden. Evalueringsskjemaer</p>

		<p>Ved å studere hvordan de oppførte seg i naturlige omgivelser ble det mulig å komme nærmere opplevelsene og handlingene. Avdelingen ble besøkt 48 ganger, 3 ganger i uken. Dette inkluderte dag – kveld og nattevakter. I tillegg ble det utført 18 planlagte intervjuer en til en med personalet.</p>	<p>avdelingen, noe som gjorde det mulig å få en dyp innsikt i deres opplevelser og handlinger. Forskeren som samlet data, besøkte avdelingen 48 ganger, vanligvis 3 ganger i uken, og var der 2 til 7 timer. En miks av spontane samtaler og observasjoner ble tatt opp umiddelbart samme dag. Alt i alt var datasamlingen en utviklende prosess.</p>	<p>ble fylt ut etter hvert gruppemøte der spørsmålet var som følger: hva er den etiske utfordringen? Svaret på det spørsmålet dannet hovedgrunnlaget for analysen for forskerne.</p>
<p><u>Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</u></p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Intervjuene varte fra mai, til juni 2012. I analysen samlet de svarene og sammenlignet disse og tok i bruk kryssvalidering der de satte opp 5 etiske temaer i funnene. Trinnene</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Det ble tatt i bruk fenomenologisk analyse hvor spørsmål ble stilt i henhold til hvordan pasientene forklarte deres opplevelser og følelser av å bli utsatt for tvungen behandling, samt</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: For å få et helhetlig bilde av notater og intervjuer, måtte forskeren gå igjennom dette og undersøke det nøye i etterkant. Alle situasjonene, episoder som utspant seg, og opplevelser relatert til farlige situasjoner og</p>	<p>Ja Uklart Nei (X) (O) (O)</p> <p>Kommentar: Forskerne benyttet kvalitativ analyse for å bearbeide skjemaene fra gruppemøtene. De hadde en induktiv holdning i henhold til materialet og tok ikke i bruk teoretiske begreper eller</p>

<p>for hvordan analysen er redegjort for, er beskrevet i metodedelene.</p>	<p>hvordan personalet opplevde dette.</p>	<p>hvordan dette ble tatt hånd om ble identifisert. Denne datasamlingen ble så sendt til medforfatteren som holdt distanse fra feltet, noe som viste seg å være gunstig for forskningen.</p>	<p>forhåndsdefinerte kategorier i analysen. To forskere av tre totalt leste gjennom skjemaene og jobbet på ulike måter når de kategoriserte datamaterialet. Etter de hver for seg hadde gått igjennom materialet, gjorde de det sammen. Alle skjemaene ble til slutt analysert og delt inn i fire kategorier som var mest dekkende.</p>
--	---	--	---

	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Nei
<u>Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</u>	(X)	(O)	(O)	(X)	(O)	(O)	(X)	(O)	(O)	(X)	(O)	(O)
	Kommentar: Bakgrunnsforholdene er at funnene rapporteres fra en innledende PET – prosjektstudie som har til hensikt å samle erfaringer og ta læring fra dette. Samt psykiske helsefasiliteter som har som formål å redusere eller forbedre tvangsbruken med særlig fokus på etikken og dens rolle.			Kommentar: Denne artikkelen er basert på feltarbeid i en lukket psykiatrisk avdeling i Norge, hvor bruken av tvang var fokuset i studien. En av styrkene i forskningsartikkelen var den deltagende observasjonen som ble gjort i feltet og intervjuene som ble utført på begge parter. En svakhet kan ha vært at pasienter kom og gikk.			Kommentar: En forsker var ute i feltet og samlet data gjennom deltagende observasjon og intervju, deretter ble datasamlingen sendt til medforfatteren som ikke var i feltet. Medforfatteren tolket så tilsendt data. Tilslutt sammenlignet forfatterne resultatet.			Kommentar: Forskerne har flere roller i PET – prosjektet, der målet er å få fram kunnskap rundt psykiske helsetjenester, etikk og tvang. Rollene er knyttet til opplæring, forskning og som fasilitator. De tydeliggjør at de har hatt en bevissthet om hvordan deres egen forforståelse og interesser for prosjektet kan ha påvirket deres eget arbeid med materialet. Siden de har inngående kjennskap til fasene i etableringen og gjennomføringen av refleksjonsgruppene, mener de at det i all hovedsak utgjør en ressurs. Forskerne har gjennom hele perioden for prosjektet, hatt tett dialog med de andre fasilitatorene, samt		

													sendt de et utkast av artikkelen til vurdering sånn at de kunne legge til kommentarer om analysen og innholdet. Forskerne mottok ingen tilbakemelding for utkastet.
<u>Er det gjort forsøk på å underbygge funnene ?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Kommentar: Artikkelen er basert på forskernes kunnskap fra lignende felt og tidligere forskning, samt råd fra eksperter og web søkere.
				Kommentar: I diskusjonsdelen sammenligner Forskerne andre artikler i lignende felt for å underbygge funn.			Kommentar: I Introduksjonen presenterer forskerne forskjellige teorier fra andre, samt at de tydeliggjør eget fokus, som er omsorgsetikk. I diskusjonsdelen sammenligner de			Kommentar: Forskerne underbygger funnene ved hjelp av etikk – refleksjonsgruppene hvor de analyserer materialet og får belyst forskningsspørsmålene i studien. De trekker også inn andre kilder i diskusjonsdelen.			

						med annet relevant forskning for å underbygge funnene.						
<u>Er etiske forhold vurdert ?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
	Kommentar: Studien er sikret og godkjent av helsinkideklarasjonen. Ingen pasienter eller personlig data var inkludert.			Kommentar: Denne artikkelen er godkjent av the national committee for medical health research.			Kommentar: Denne studien har blitt godkjent av REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.			Kommentar: I forhold til forskningsetikken er studiene i dette PET – prosjektet godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og utført i tråd med allmenne forskningsetiske prinsipper om informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet.		
<u>Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen ?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
	Kommentar: Funnene ble delt inn i fem hovedtemaer med tanke på tanke på etiske utfordringer og strategier for å forbedre bruken av tvang.			Kommentar: Ja. Deltagerne opplevde tvang forskjellig. Pasientene følte seg ofte mindreverdige, mens mange fra personalet følte på en skyldfølelse ved bruk av tvang. I			Kommentar: Hovedfunnene ble delt inn i 3 temaer. Det første var at atmosfæren og de materielle omgivelsene var sammenvevd innenfor farlige situasjoner. Det			Kommentar: Hovedfunnet er at det er svært forskjellige og krevende etiske utfordringer når det kommer til bruken av tvang i psykisk helsevern. Disse utfordringene kan deles i 4 hovedkategorier.		

		funnene var det fire hovedtemaer. Det var irettesettelse og husregler, tvang oppfattet som nødvendig, betydningen av materielle omgivelser og det og bli behandlet som et menneske.	andre var at de profesjonelle (helsepersonellet) anvendte stereotypi når de tolket farlige situasjoner. Det siste hoved funnet var at helsepersonalet og pasientene hadde ulike meninger/ tolkninger for hva som satt i gang de farlige situasjonene.	Makt og tvang som ikke er tellbar eller har opplagt lovhjemmel vises det mange eksempler av. Utfordringer med tanke på formell tvang er det ofte ulike avveininger mellom verdier for beslutningen som skal fattes. Den viktigste verdien synes å være om pasientens autonomi, og om den skal vike for andre hensyn.
--	--	---	---	--

<u>Hvor nyttige er funnene fra denne studien ?</u>	Kommentar: Funnene i studien viser at etikk kan bidra betraktelig til å kvalitetssikre tvang ved å tilby flere systematiske måter å håndtere moralsk stress på.	Kommentar: Funnene var nyttige med tanke på at da fikk jeg se hva personalet og pasientene følte om tvang. For personlig perspektiv ga det en økt forståelse.	Kommentar: Funnene er veldig nyttige i den forstand at en øker kunnskapen for hvordan en kan unngå det de identifiserte. Ved bruk av omsorgsetikk og en tilnærming preget av kommunikasjon kan en hindre at fare og aggressivitet oppstår.	Kommentar: I lys av funnene er det tydeliggjort at det må settes mer fokus på å bringe brukerperspektivet i sterkere grad innad i drøftingsdelen av etiske utfordringer knyttet til tvang, selv om dette har vist seg å være utfordrende.
---	---	---	--	---

(Folkehelseinstituttet, 2014).

Vedlegg 3 – sjekkliste for vurdering av systematiske oversikter (systematic review)

Sjekkliste for systematiske oversikter	”Treat me with respect”		
<u>Er formålet med oversikten klart formulert?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Søkte forfatterne etter relevante type studier?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Er kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig/forsvarlig?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Hva forteller resultatene?</u>	Analysen identifiserte seks temaer og ytterligere undertemaer, hvor ”interaksjoner med helsepersonellet” og ”kommunikasjon” var dominerende temaer i tidslinjen av tvang. Temaene ble delt opp i hvorvidt pasientenes innvirkning og oppfatning av tvang var positivt eller negativt. Resultatene fra denne studien indikerer at majoriteten av pasientene i de vurderte artiklene hadde negative innvirkninger og oppfatninger av tvang som følge av egne opplevelser.		
<u>Hvor presise er resultatene?</u>	Resultatene fra de 26 inkluderte artiklene ble satt opp i en litteratormatrise hvor det ble notert viktig informasjon fra hver artikkel. Dette ga en god oversikt, som bidro til å gjøre resultatene så presise som overhodet mulig.		

<u>Kan resultatene overføres til praksis?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)
<u>Er fordelene verdt ulemper og kostnader?</u>	Ja (X)	Uklart (O)	Nei (O)

(Folkehelseinstituttet, 2014).