



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Frode Skorpen		

Deltaker

Kandidatnr.: 643

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sykepleier-pasient-relasjonens betydning for bruk av tuang hos rettspsykiatriske pasienter

Antall ord *: 9628

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 *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleier-pasient-relasjonens betydning for bruk av tvang hos rettspsykiatriske pasienter

The nurse-patient-relationship's importance for the use of coercion in forensic psychiatric patients

Kandidatnummer: 643

Bachelor i sykepleie, Stord

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 06.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Illustrasjonsfoto: Colourbox. Hentet 05.06.2020 fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/tema/bruk-av-tvang/>

Bachelorgrad i sykepleie

Emnekode: SYKSB3001

Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

Kull 2016

Innleveringsfrist: 06.05.2020

Antall sider: 51

Antall ord: 9628

Sammendrag

Tittel: Sykepleier-pasient-relasjonens betydning for bruk av tvang hos rettspsykiatriske pasienter

Bakgrunn for valg av tema: I det siste tiåret har politikere og helse- og omsorgstjenestene for alvor satt søkelyset på å få redusert bruken av tvang innen psykiatrien. Evidensen for negative aspekter ved tvang er økende, samtidig er det bred enighet nasjonalt og internasjonalt totalforbud ikke er realistisk. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke faktorer som kan være hjelpelig i målet om reduksjon av tvang.

Problemstilling: I hvilken grad har relasjonen mellom sykepleier og pasient betydning for om bruk av tvang blir nødvendig hos rettspsykiatriske pasienter?

Hensikt: Å undersøke om relasjonen kan være en faktor som avgjør om tvang blir nødvendig, samt relasjonens betydning for utøvelse av forsvarlig, integritetsbevarende og ivaretakende sykepleie under tvang.

Metode: En litteraturstudie der relevant og pålitelig forskning og annen faglitteratur benyttes for å svare på problemstillingen.

Resultater/Funn: Sykepleiers holdninger og forvaltning av makt har betydning for om tvang blir nødvendig, samt for hvordan pasienter opplever tvangen når det er nødvendig. Økt brukermedvirkning og fokus på relasjonsarbeid har positiv betydning innen voldsforebygging, bedring av pasientens psykiske helse og reduksjon av tvangsbruk. Etisk refleksjon med pasienten, samt innad i avdelingen har betydning for forebygging av uetisk praksis, samt for pasientens recovery. En god sykepleier-pasient-relasjon og etisk refleksjon med pasienten gir en større innsikt i situasjonene, og bidrar til ansvarliggjøring og selvstendigjøring.

Konklusjon: Relasjonen mellom sykepleier og pasient viser seg å ha vesentlig betydning for om tvang blir nødvendig, og for pasientenes opplevelse tilknyttet tvangen. Videre bør økt brukermedvirkning og relasjonsarbeid få større plass innen rettspsykiatrien.

Nøkkelord: Sykepleier-pasient-relasjon, Rettspsykiatri, Tvang, Brukermedvirkning

Summary

Title: The nurse-patient-relationship's importance for the use of coercion in forensic psychiatric patients

Background: In the past decade, politicians and healthcare services have seriously put the spotlight on reducing the use of coercion in psychiatry. Evidence of negative aspects of coercion is increasing, but at the same time there is a broad consensus national and international that a total ban is not realistic. It is therefore appropriate to investigate factors that may be helpful in in the goal of reducing coercion.

Research question: To what extent does the relationship between nurse and patient influence whether use of coercion becomes necessary in forensic psychiatric patients?

Aim: To investigate whether the relationship can be a factor that determines whether coercion is necessary, as well as the relationship's importance for providing proper, integrity-preserving and caring nursing during coercion.

Method: A literature study where relevant reliable and valid studies and other literature is used to answer the research question.

Results/findings: Nurses' attitudes and management of power have an impact on whether coercion becomes necessary, as well as how patients experience coercion when needed. Increased user participation and focus on relationships have a positive impact in violence prevention, improving the patient's mental health and reducing the use of coercion. Ethical reflection with the patient, as well as within the department, is important for the prevention of unethical practices, as well as for the patient's recovery. A good nurse-patient relationship and ethical reflection with the patient gives a greater insight into the situations and contributes to accountability and independence.

Conclusion: The relationship between nurse and patient proves to be of significant importance for whether coercion becomes necessary and for the patients' experience

associated with coercion. Furthermore, increased user participation and working with the relationship should be given more attention in forensic psychiatry.

Keywords: Nurse-Patient relation, Forensic psychiatry, coercion, user participation

Innhold

1. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Avgrensning og presisering	2
1.3. Problemformulering	2
2. Teori	3
2.1. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	3
2.2. Sentrale begreper	3
Relasjon	3
Holdninger	4
Makt	5
2.3. Tvungent psykisk helsevern & lovverk	5
2.4. Tvangsmidler & lovverk	6
2.5. Den voldelige pasienten	7
3. Metode	9
3.1. Litteraturstudie	10
3.2. Fremgangsmåte for litteratursøk og søk i databaser	11
3.3. Manuelt søk	11
3.4. Søk etter forskning i databaser	11
3.5. Metodekritikk	14
3.6. Kritisk vurdering av egen oppgave	14
3.7. Ethiske vurderinger	15
4. Resultat	16
4.1. Sammendrag av forskningsartiklene	16
4.2. «Sådan oppfatter retspsykiatriske pasienter bæltefikseringer»	16
4.3 . «En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester»	17

4.4. «Fra tvang til dialog- en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling»	19
4.5. «As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry»	20
4.6. «Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care?»	21
5. Diskusjon	23
5.1. Holdninger, makt og krenkelser ved tvang	23
5.2. Sykepleier-pasient-relasjonen & empati	27
5.3. Recovery & behovet for etisk refleksjon	30
6. Avslutning	32
Litteraturliste	34
Vedlegg 1. Resultattabell	37
Vedlegg 2. Tema og resultater	42
Vedlegg 3. Kvalitativ sjekkliste	45

1. Innledning

Helsedirektorater har lansert to tiltaksplaner for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang innen den psykiske helsetjenesten de ti siste årene. Evidensen for negative aspekter ved tvangsbruk er økende i Norge og internasjonalt, samtidig som evidens for positive aspekter er mangelfull (Husum, Hem & Pedersen, 2018). I 2019 kom regjeringens forslag til felles regler for tvang og inngrep uten samtykke til helse- og omsorgsdepartementet. Her spesifiseres viktige verdisyn som omhandler at alle har rett til selvbestemmelse i personlig spørsmål, beskyttelse mot krenkelse av rettigheter, nødvendige helse- og omsorgstjenester og respekt for sitt iboende menneskeverd (NOU 2019: 14, s.5).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var i psykiatrisk praksis leste jeg boken «*I morgen var jeg alltid en løve*» av Arnhild Lauveng som selvvalgt litteratur. Boken gjorde et sterkt inntrykk på meg da den belyser historien hennes i et pasienterfaringsperspektiv, samt perspektivet til en klinisk psykolog som hun senere utdannet seg til. Boken gav meg en bredere forståelse for hvordan hjelpers væremåte, evne til å *se* og uttrykke empati ovenfor pasienten når hun f.eks. ble lagt i belter, kunne virke betryggende og ivaretagende, til tross for at det ble brukt en behandlingsform som har vist seg å kunne gi en følelse av å bli utsatt for et overgrep, og dermed er traumatiserende (Norsk psykiatrisk forening – den norske legeforening, 2018, s.29).

Sykepleiefaglig er temaet høyst relevant da det forekommer en gjennomgående kritikk fra pasienter og deres organisasjoner omkring bruk av tvangsmidler innen det psykiatriske helsevernet, særlig beltelegging og tvangsmedisinering med psykofarmaka (Norsk psykiatrisk forening – den norske legeforening, 2018, s.29). Vedtaksansvaret for tvang ligger hos leger og psykologer i Norge (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Utføring av tvang blir blant annet sykepleierens oppgave, og det er da sykepleiers ansvar at utførelsen blir så lite krenkende og

traumatiserende som mulig, samtidig som en ivaretar pasientens rettigheter, sikkerhet og integritet (Helsedirektoratet).

Min motivasjon og hensikt med oppgaven er å kunne belyse relasjonens betydning for reduksjon av tvangsbruk, samt for utøvelse av forsvarlig, integritetsbevarende og ivaretagende sykepleie til rettspsykiatriske pasienter. Muligens kan oppgaven bidra til bedre ivaretagelse av pasienter innen tvungent rettspsykiatrisk helsevern i fremtiden, og kanskje til en endret praksis. I oppgaven undersøkes litteratur og forskning angående betydningen av relasjonen mellom sykepleier og pasient, og om denne er en faktor som forhindrer, eller fremprovoserer bruken.

1.2. Avgrensning og presisering

Jeg har avgrenset oppgaven til målgruppen rettspsykiatriske pasienter innlagt på avdeling. Det er gjort avgrensninger til å primært omhandle mekaniske tvangsmidler. I teoridelen blir sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee presentert. Videre forklares noen sentrale begreper som kan bidra til økt forståelse rundt det komplekse fenomenet tvang, litt om tvungent psykisk helsevern generelt, mekaniske tvangsmidler og lovverk, før det gis innsikt i «*den voldelige pasienten*».

1.3. Problemformulering

I hvilken grad har relasjonen mellom sykepleier og pasient betydning for om bruk av tvang blir nødvendig hos rettspsykiatriske pasienter?

2. Teori

2.1. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Den psykiatriske sykepleieren Joyce Travelbees sykepleieteori vil bli brukt i oppgaven, blant annet pga. hennes grunntanke om at en profesjonell sykepleiers oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold, der en ser bort fra pasient- og sykepleierrollene og i stedet forholder seg til hverandre som to unike mennesker (Travelbee, 2011, s.171). Hun drar frem at kommunikasjonsprosessen muliggjør etablering av et menneske-til-menneske-forhold der sykepleierens kan oppfylle hensikt og mål, som å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med lidelse og sykdom, eventuelt finne mening i erfaringene (Travelbee, 2011, s.135). En sykepleier må kunne forstå hva pasienten kommuniserer, og bruke informasjonen blant annet i planlegging av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2011, s.135).

Som en del av teorien utviklet hun begrepet «evnen til å bruke seg selv terapeutisk» der en samtidig ved å være profesjonell, bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte, kombinert med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i samhandling med pasienten (Travelbee, 2011, s.44-45). Travelbee snakker også om en menneskelig reduksjonsprosess som bør unngås der det skjer en reduksjon i evnen til å se syke mennesker som mennesker, etterfulgt av en økende tilbøyelighet til å se dem som en sykdom, eller en oppgave som skal utføres (Travelbee, 2011 s.141).

2.2. Sentrale begreper

Relasjon

Ordet relasjon betyr blant annet forbindelse, forhold eller samhörighet (Aubert, 2019). Det å stå i relasjon til et annet menneske innebærer at en selv påvirkes følelsesmessig av den andres situasjon, og har betydning for hvordan vi forstår denne (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.90). Teorier om relasjonens betydning ser ut til å være grunnleggende for sykepleietikk, og

for å kunne handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte der det stilles krav til å bygge opp tillit, være tålmodig og forståelsesfull, også i situasjoner der dette ikke føles naturlig, eller er vanskelig (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91). Profesjonelle relasjoner kjennetegnes ved at de er avgrenset av tid og sted, er asymmetriske og ensidige, der sykepleieren er forpliktet juridisk og etisk til å yte omsorg og utøve en funksjon, og samtidig ikke forvente noe tilbake (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91-92). Likevel bør det være en stor grad av personlig involvering i omsorgen for å unngå at pasienten føler seg misbrukt, fremmedgjort og nedverdiget (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91).

Holdninger

Raaheim definerer holdninger som «*En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter (personer)*» (Renolen, 2015, s.231). ABC-modellen belyser elementene som utgjør en holdning:

- «A»: Affect (følelser)
- «B»: Behavior (atferd)
- «C»: Cognition (tanker)

De ulike komponentene påvirkes av hverandre, og atferden står ikke alltid i samsvar med tanker og følelser. Mennesker kan ha lik atferd, utløst av ulike følelser og tanker tilknyttet atferden (Renolen, 2015, s.231-232). Innen psykologien snakker man gjerne om indre referansesystemer formet av ytre opplevelser, indre forståelser og misforståelser, som vil ha en avgjørende innflytelse på menneskers måte å tenke, føle og handle på i relasjon til andre, men også til seg selv (Thorgaard, 2007, s.57). Travelbee argumenterer for at grunnleggende intensjoner og holdninger blir kommunisert i sykepleiesituasjoner, uansett hva man gir uttrykk for med ord (Travelbee, 2011, s.137).

Makt

Webers definisjon av makt lyder som følger; «*Makt er ett eller flere menneskers mulighet til å påtvinge andre en atferd, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand*» (Ingstad, 2014, s.151). Hernes definerer makt som «*En persons kontroll over utfallet av verdifulle hendelser*» (Ingstad, 2014, s. 151). Begrepet forstås i sammenheng med grunnleggende sosiale forhold som:

1. Menneskelig samhandling og aktørenes måter å påvirke hverandre
2. Aktørers identitet, kommunikasjonsformer og selvforståelse
3. Normer og forventninger
4. Prosesser tilknyttet organisering og sosiale institusjoner (overgangen fra mikro til makroforhold (UIO – Det samfunnsvitenskapelige fakultetet, 2010).

Makt er en egenskap ved sosiale relasjoner; som vil si at det potensielt finnes maktforhold i alle relasjoner. Makt baseres på ressurser og alternativer individet og/eller institusjonen har, og er avhengig av kommunikasjon. Maktutøvelse i psykiatrien kan bero på at individet mangler innsikt i egen situasjon, ikke har forståelse av sine egne interesser, eller ikke klarer å formulere dem (UIO – Det samfunnsvitenskapelige fakultetet, 2010).

2.3. Tvungent psykisk helsevern & lovverk

Tvungent psykisk helsevern innebærer at en pasient «*holdes tilbake mot sin vilje eller hentes tilbake med unnvikelse, om nødvendig med tvang*» (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-5 første ledd). Loven omfatter også påtvunget undersøkelse og behandling (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-5 tredje ledd). Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern har ansvar for retningslinjer som sikrer nødvendig samhandling og oppfølging mellom helse- og omsorgssektoren og justissektoren, samt veilede ved valg av behandlingssted (Psykisk helsevernloven, 1999, §5-2a). Enheten ble etablert i 2013 og er en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet).

Dersom en lovbrøyer blir funnet utilregnelig på handlingstidspunktet etter straffeloven §20 bokstav b eller d, blir en ved dom overført til tvungent psykisk helsevern jf. Psykisk helsevernloven kapittel 5 når det anses som nødvendig for å verne samfunnsborgeres liv, helse eller frihet (Straffeloven, 2005, §62). Bokstav b omhandler «psykose», og d; «har en sterk bevissthetsforstyrrelse» (Straffeloven, 2005, §62, b & d). Psykose innebærer en alvorlig forstyrrelse i virkelighetsoppfatningen, som ses ved forstyrrelser i tenkning, persepsjon og affekt (Snoek & Engedal, 2017, s.81). Begrepet «alvorlig sinnslidelse» tilsvarer ingen klar diagnose, og er mer et juridisk begrep enn psykiatrisk. Det kan være hjemmel for tvangsinngjeldelse etter en helhetlig vurdering der en ser store karakteravvik, hvor lidelsen fører til tap av mestringsevne og realitetsvurdering, som tilsier en funksjonssvikt lik det en ser ved psykoser (Snoek & Engedal, 2017, s.292).

Sikkerhetspsykiatrien forholder seg til personer som er voldelige, kan være til fare for seg selv og/eller andre, har en alvorlig sinnslidelse, og/eller har begått seksuelle overgrep (Jacobsen & Karlsson, 2018). Avdelinger inndeles etter sikkerhetsnivå, og nødvendige sikkerhetstiltak avgjør hvor pasienten behandles (Jacobsen & Karlsson, 2018). Ikke alle pasienter på en sikkerhetsavdeling har begått lovbrudd, men ses på som vanskelig å behandle på et lavere sikkerhetsnivå (Olsson, H. & Schön, 2016). Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon om det vurderes som et bedre alternativ for pasienten. Det tas tilbørlig hensyn til pårørende, og eventuelle samboere. Dette skjer under ansvar av en institusjon som er godkjent for aktuell behandlingsform (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-5 tredje og fjerde ledd).

2.4. Tvangsmidler & lovverk

Lovlige tvangsmidler i Norge omfatter «*mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær*», «*kortvarig anbringelse bak lås eller stengt dør uten personale til stede*», «*enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt*», og «*kortvarig fastholding*» (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8 andre ledd). Loven understreker at

«Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting». Tvangsbruk kan bare forsvares når «lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige» (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8 første ledd). Ifølge helsedirektoratet må det, før valg av tvangsmiddel, og før dette iverksettes, foretas vurderinger av mulige psykiske og fysiske skadevirkninger, samt hvordan disse best kan forebygges (Helsedirektoratet). Mekaniske tvangsmidler er dokumentert å kunne roe ned agiterte pasienter og således forhindre skader pasient, personal, og omgivelser, likevel ses tilfeller der tvangsmidlene påfører pasientene alvorlige psykologiske eller fysiske traumer (Norsk psykiatrisk forening – Den norske legeforening, 2018, s.48).

2.5. Den voldelige pasienten

Ordet vold kan betyr to ting; den ene betydningen beskriver noe som er kraftfullt, eller voldsomt, og den andre noe som er voldelig og skadelig. Innen psykiatrisk behandling kan det være bra dersom det skjer noe i relasjonen som er kraftfullt (Thorgaard, 2007, s.320). Aggresjon som kraft kan sette ting i bevegelse, skape endring hos, og drive frem mennesker dersom den er konstruktiv og ikke destruktiv (Thorgaard, 2007, s.325). Dersom det skjer noe voldelig av skadelig art er dette noe som korrigeres med ulike teknikker og metoder for å forhindre at farlige situasjoner oppstår overfor pasienten selv, medpasienter, sykepleierne og omgivelsene.

Som sykepleier blir en lært opp til å ha et holistisk menneskesyn der en ser hele pasienten, ikke stykkevis. Holisme handler om at en anvender helheten som forklaringsprinsipp til forskjell fra isolerte, eller fragmenterte årsaksforklaringer (Teigen, 2019). For å kunne forstå og håndtere den voldelige pasienten er det nødvendig å undersøke hva volden som uttrykkes betyr, og hvor den egentlig kommer fra. Dette er ekstremt komplisert og individuelt, og det er helt nødvendig med en ydmyk holdning overfor kompleksiteten av det menneskelige sinn

(Thorgaard, 2007, s.321). Jeg vil likevel videre forsøke kortfattet å gi en økt forståelse rundt temaet.

Både innadrettet og utadrettet vold skapes og oppstår ofte i mennesket selv, og mellom mennesker når en føler seg trengt opp i et hjørne og ikke makter mer (Torgaard, 2007, s.322). Vold henger ofte sammen med en følelse av avmakt, å være truet, presset, og å mangle alternative metoder å uttrykke seg på. Vold kan dermed oppfattes som en kompenserende maktutøvelse; en maktmanifestasjon for når ordene ikke strekker til (Thorgaard, 2007, s.322 & 325). Innen psykiatrien kan voldelige handlinger ha rot i det Thorgaard definerer som kontrolltapforstyrrelser inndelt i 3 posisjoner:

- Forsøk på kontroll hele tiden
- Tap av kontroll
- Angst for tap av kontroll (Thorgaard, 2007, s.327)

Indre motiver for utadrettet vold er oftest ubevisste og/eller instinktive, med unntak av hevnmotiver (Thorgaard, 2007, s.339). Videre listes opp noen indre motiver for vold som kan brukes for å kartlegge utløsende og vedlikeholdende faktorer:

- Utøve vold mot andre som en selv har blitt behandlet med vold (ubevisst identifikasjon med aggressoren og hevn kan være involvert)
- For å vise hvordan en selv har blitt, eller følt seg behandlet
- Utøve vold mot en person, som om han/hun var en annen man synes fortjener det
- Som straff for noe personen har/menes har gjort (Volden har ofte karakter av tortur)
- For å utmerke, eller hevde seg
- For å oppnå en følelse av kontroll og makt over omstendigheter og/eller andre
- For å oppnå en lystfølelse eller tilfredsstillelse (nyttelse ved makt, og/eller seksuelt motivert)
- For oppmerksomhet, bli sett eller lagt merke til, og/eller vise at en trenger hjelp, omsorg og trøst
- For å overdøve egen mental smerte, lindre følelsen av indre utrygghet
- For å mestre en omfattende følelse av tomhet, dødhet, tap eller trussel om tap, mangler, fravær, atskillelse

- For å avlede eller følge indre stemmer, påtrengende tanker og følelser
- Som mestringsstrategi i psykose
- Å være voldelig i den tro at man selv blir hel og/eller frisk
- For å bringe seg selv tilbake til virkeligheten eller bort fra den (bryte med eller starte dissosiasjon)
- I forsøk på mestring av vanskelige følelser; særlig følelser som vekker savn etter tilknytning og kontakt, men også sjalusi, misunnelse, skam, forakt og selvforakt, hat og selvhat, avsky, avmaktsfølelse, håpløshet, oppgitthet, mindreverdighetsfølelser - Alle «forbudte» følelser kan gis til uttrykk i form av vold som mestringsstrategi; sinne, raseri, skuffelse, seksuell lyst (Thorgaard, 2007, s.351-352).

En sykepleier må være klar over at verbal og nonverbal kommunikasjon noen ganger kan oppfattes slik at de aktiverer pasientens «indre ubevisste relasjonelle referanseprogram»; de indre ubeviste fantasier eller skjemaer, som kan utløse innadrettede og utadrettede voldelige handlinger (Thorgaard, 2007, s.323).

3. Metode

Metode kommer av det greske ordet *metodos*, og betyr at en følger en bestemt vei mot målet. Innen sykepleieforskning dreier metode seg om hvordan en går frem i innhenting av pålitelig og relevant informasjon om virkeligheten en ønsker å få undersøkt, hvordan denne analyseres, samt hvilke resultater og konsekvenser som følger forskningen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.18).

3.1. Litteraturstudie

En litteraturstudie baseres på allerede eksisterende forskning, som utvelges systematisk med en definert utvalgsmetode, og det gjøres en kritisk analyse av resultatene. Valg av database påvirkes av problemstillingen (Christoffersen, et al., 2015, s.64). Studien må ha en tydelig problemstilling og formål, beskrive søkestrategier, beskrive på hvilket grunnlag forskningen inkluderes eller ekskluderes i egen studie, og ha en diskusjonsdel av materialet (Christoffersen et al., 2015, s.62-63). Hensikten med litteraturstudien er å dra frem og belyse nok validert og oppdatert kunnskap fra litteratur og forskning innen valgt tema, slik at problemstillingen blir besvart.

PICO er et rammeverk behjelpelig i strukturering av spørsmålet som kan besvare problemstillingen. Rammeverket står for en systematisk og hensiktsmessig måte å dele spørsmålet opp på (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s.33).

Bokstavene betegner elementene:

-«P» Pasient/problem; hvilken type pasient eller pasientgruppe?

-«I» Intervensjon; hvilket tiltak/intervensjon ønskes vurdert?

-«C» Comparison: skal et tiltak/en praksis sammenlignes?

-«O» Outcome: Hvilke utfall/endepunkter ønskes oppnådd?

Ikke alle spørsmål rommer alle elementene (Nortvedt, et al., 2016, s.33).

Vitenskapelige artikler er som regel strukturert etter IMRAD-prinsippet.

-«I» Introduksjon; bakgrunn for studien

-«M» Metode; hvordan studien ble gjennomført og resultatene ble analysert

-«R» Resultat; funn

-«A» And

-«D» Diskusjon; hva forfatterne mener om resultatenes betydning (Nortvedt, et al, 2016).

3.2. Fremgangsmåte for litteratursøk og søk i databaser

3.3. Manuelt søk

Manuelt søk kan gjøres på flere måter, blant annet ved å se gjennom referanselisten på interessante artikler for problemstillingen, kapitler i pensumlitteraturen, tidligere bachelor- og masteroppgaver eller andre vitenskapelige fag- og forskningsartikler (Thidemann, 2015, s.83). Jeg har søkt i HVL sin biblioteksdatabase og funnet flere interessante bøker som blant annet omhandler relasjonsbehandling og overgrep i psykiatrien. Jeg har benyttet meg av google som søkemotor og lest gjennom stortingsmeldinger, lovverk, masteroppgaver, strategidokument for reduksjon av tvang, sykepleiefaglige artikler, m.m. Jeg har også klikket meg videre på andre artikler etter søk i forskningsdatabaser som kom opp som lignende eller anbefalte artikler, samt på referanser i andre bachelor- og masteroppgaver, artikler m.m. Selv ikke alt ble inkludert i oppgaven, ga det meg inspirasjon til innhold og struktur i oppgaven.

3.4. Søk etter forskning i databaser

Forskning til litteraturstudien ble funnet i databaser med tilgang via HVL sin hjemmeside i bibliotekets fagressurser. Søk i databaser med funn av aktuell forskning som ble inkludert i denne studien er gjort i SveMed+ og Cinahl. Søk som ga treff, men med artikler som ikke ble inkludert vil ikke bli vist i oppgaven da dette blir overflødig informasjon. Samtidig er søkemotoren google som nevnt brukt for søk etter annen relevant litteratur. Søk på sykepleiens-, NSF's-, SSB's-, regjeringens-, helsedirektoratets-, og lovdatas hjemmeside har også blitt gjort. Nedenfor vises søkestrategi brukt i SveMed+ og Cinahl. Nederst i oppgaven ligger flere vedlegg med oversikt over inkluderte artikler som viser viktig informasjon om artiklenes metode, struktur, tema, innhold, resultater og kvalitetsvurdering.

Tabell 1

Søk i database SveMed+ 18.02.2020

1.Søk

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning (Limit)	Resultat (Antall)	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1.	Psykiske lidelser	«Peer reviewed»	8252			
2.	Psykatri*	«Peer reviewed»	2602			
3.	Tvang	«Peer reviewed»	151			
4.	#1 OR #2		9282			
5.	#3 AND #4		132	7	5	3

Søkeord og kombineringer vises i tabellen ovenfor. Inkluderte artikler viste helhetlig relevans for problemstillingen, hadde en tydelig IMRAD-struktur og besto kvalitetsvurderingen. Artikler uten relevans for problemstillingen som manglende fokus på relasjon, eller andre pasientgrupper, ble forkastet. Av disse 132 artiklene leste jeg overskriftene, og leste 7 abstrakter som virket relevante til problemstillingen. Enkelte artikler var interessante, men tilgangen var blokkert eller viste at siden ikke kunne finnes. Med denne søkestrategien punkt 5 valgte jeg artiklene:

1. «Sådan oppfatter retspsykiatriske pasienter bæltefikseringer» av Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A.,
2. «En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester» av Husum, T.,L., Hem, M., H., & Pedersen, R. og
3. «Fra tvang til dialog- en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling»
av Jacobsen, R. K. & Karlsson, B.E.

Tabell 3						
Søk i database Cinahl 24.02.2020						
3.Søk						
Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning (Limits)	Resultat (Antall)	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert

1.	Forensic care		356			
2.	Forensic psychiatr*		2174			
3.	Psychiatric jurisprudence		660			
4.	Maximum security		121			
5.	High security		410			
6.	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5					
7.	Psych*		777436			
8.	Involuntary treatment		281			
9.	Use of force		1930			
10.	Forced treatment		41			
11.	*restraint		8091			
12.	Mechanical restraint		174			
13.	#8 OR #9 OR # 10 OR #11 OR #12		10251			
14.	#6 AND #13		92			
15.	#7 AND #14		90	3		
16.	#7 AND #14	English language, Peer reviewed, Date 2010- 2020	47	16	14	2

Tabellen ovenfor viser søkestrategi med søkeord og kombineringer. Jeg fant mange spennende og aktuelle artikler, og inkluderte artikler ble nøye utvalgt etter relevans med mål om en helhetlig forståelse rundt problemstillingen. De utvalgte artiklene inneholder resultater som sammen med artiklene i tabell 1. kan besvare problemstillingen fra flere perspektiver. Artiklene ble funnet via søkestrategien punkt 16 som vist ovenfor. Den første har imidlertid slått sammen resultat- og diskusjonsdel, men ses ikke på som en svakhet da temaet er komplekst og strukturen gjorde det forståelig. Andre artikkel har tydelig IMRAD-struktur. Også her fant jeg andre interessante artikler, men uten tilgang til hele teksten. Artikler uten relevans ble forkastet. Inkluderte artikler:

1. «*As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry*» av Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D. & Bradley S. K.
2. «*Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care?*» av Olsson, H. & Schön, U-K.

3.5. Metodekritikk

3.6. Kritisk vurdering av egen oppgave

I oppgaven har jeg forsøkt å inkludere relevant forskning, f.eks. feltet sikkerhets- og/eller rettspsykiatri der pasientene ses på som alvorlig syke med økt sjanse for utagering som kan ende i tvang. En av de inkluderte artiklene undersøkte helsepersonells oppfatning av hvilke etiske problemstillinger tvang fører med seg, som jeg vurderte som relevant da det er spennende å undersøke om det er samsvar mellom pasienterfaringer og hva helsepersonell mener står på spill ved bruk av tvang. Fokuset har vært rettet mot relasjon, men andre elementer som er relevante for å gi en bredere forståelse har også fått plass i oppgaven. Pga. oppgavens begrensninger har ikke begreper blitt beskrevet i stor grad, og flere andre begreper hadde vært relevant å inkludert. Da denne oppgaven er skrevet i korona-pandemiens tid med

stengte biblioteker, fikk jeg ikke tilgang til de ressursene og litteraturen jeg opprinnelig hadde tenkt å benytte meg av.

3.7. Etiske vurderinger

Forskning som prosess foregår i 4 faser; forberedelse, datainnsamling, dataanalyse og rapportering (Christoffersen, et al., 2015, s.19). Forskningsetikk handler blant annet om troverdigheten til forskningen, som avhenger av måten denne er samlet inn på, hvordan forskeren tolker og analyserer data, om det er interessekonflikter involvert, samt om personvernet av informantene er ivarettatt. Dette er også etiske overveielser som må tas i forbindelse med oppgaveskrivingen. All forskning innen helsefag må utføres etisk forsvarlig og dette er regulert på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen som ble vedtatt i 1964 (Christoffersen, et al., 2015, s.43). Formålet med deklarasjonen er å beskytte pasienter mot farer som kan følge av forskningen, og et informert samtykke er sentralt (Christoffersen, et al., 2015, s.34). Etiske retningslinjer sammenfattes grovt i 3 typer hensyn forskeren må ta, som informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, plikt til å respektere informantens privatliv og ansvar for å unngå skade av forskningen (Christoffersen, et al., 2015, s.45). Den som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet i forskning, samt godkjenner den i Norge er Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Christoffersen, et al., 2015, s.44). Dersom en samler inn og behandler sensitive personopplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, er de meldepliktige og prosjektet må ha konsesjon fra Datatilsynet. Personopplysninger som ikke behandles elektronisk og ikke er sensitive er ikke meldepliktige, og det samme gjelder anonymisert data (Christoffersen, et al., 2015, s.47).

I oppgaveskrivingsprosessen har etiske overveielser hele veien blitt tatt hensyn til da jeg har et ansvar overfor samfunnet at kunnskapen jeg formidler er relevant og pålitelig. Under litteraturlisten nederst i oppgaven ligger «Vedlegg 3»; en sjekklister på kritisk vurdering av forskningsartiklene. Alle artiklene har gjort rede for forskningsetiske forhold og fått godkjenning av regional komite. I artikkel 1-3 har jeg ikke klart å identifisere redegjørelse for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket analyse og tolkning av resultater som ses på som en begrensning for påliteligheten. Artikkel nr. 1 fikk full godkjenning av lokal ledelse og datatilsynet. Artikkel nr.2 er en anonym undersøkelse uten forvaltning av personopplysninger

som ikke gjør den meldepliktig. Artikkel nr.3 fikk godkjenning av personvernombudet, likevel er det beskrevet minst mulig om pasientens bakgrunn og liv av anonymitetshensyn som kan gjøre at pasienten i artikkelen ikke fremstår som et helt menneske. Casestudien følger 1 behandlingsforløp som kan ses på som en begrensning, men samtidig er casestudie å foretrekke når en undersøker endringer i sosiale relasjoner og samspill med mål om endring (Jacobsen & Karlsson, 2018). Artikkel nr. 4 fikk full godkjenning på alle organisatoriske nivå inkludert datatilsynet. Artikkel nr. 5 behandler ikke sensitive personopplysninger og er derfor ikke meldepliktig.

4. Resultat

I denne delen vil det bli presentert sammendrag av hver enkelt forskningsartikkel. En oversiktstabell er lagt ved som «vedlegg 1.» nederst i oppgaven.

4.1.Sammendrag av forskningsartiklene

4.2. «Sådan oppfatter retspsykiatriske pasienter bæltefikseringer»

Artikkel 1.

Forfattere: Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A.

År: 2019

Publisert i: Sygepleiersken Fag og forskning

Bakgrunnen for denne danske studien er de internasjonale retningslinjenes oppfordring til reduksjon i bruk av tvang innen psykisk helsevern, da tvangsintervensjoner er utbredt. For å kunne redusere antall og varighet etterlyses kunnskap om pasientenes subjektive opplevelser og oppfatninger av å bli lagt i belter.

Hensikten er å undersøke pasienters oppfatning av situasjoner før, under og etter intervensjonen, hvordan de tilskriver situasjonene mening, samt hvordan pasientene mener en kan påvirke og redusere antall og varighet for belteleggingen.

Metoden er kvalitativ med en semistrukturert intervjuguide, der utvalget er 20 informanter av rettspsykiatriske pasienter som oppfylte kravene om å minst ha blitt lagt i belter 1 gang, behersker språket godt og er over 18 år.

Resultatene av analysen identifiserte 4 temaer: «tydelige protestreaksjoner», «stille protestreaksjoner», «sykdomsrelatert atferd» og «rolig atferd» som karakteriserer pasientens opplevelse av deres måte å agere og reagere på under belteleggingsepisoder. Temaene er knyttet til 2 prosessmønstre: «protestmønster» og «sykdomsrelatert mønster». Pasientenes oppfattelse av årsak til sinne eller frustrasjon kunne bla. være konflikter med personalet, f.eks. angående husregler, medisiner, behandling m.m., eller personalets handlinger som underliggende årsak til belteleggingen. Konfliktene eskalerte når pasientene opplevde at personalet avviste pasientenes initiativ til dialog angående uoverensstemmelsene, eller når personalet nektet å sette seg inn i pasientens situasjon og perspektiv. Andre årsaker til konflikt var personalets atferd og kommunikasjon der pasientene ble behandlet som mindreverdige, ignorert når de henvendte seg til dem, eller at personalet kommuniserte respektløst eller provoserende. Enkelte pasienter kunne forstå at belteleggingen var nødvendig, noe som forutsatte debrifing i etterkant der partene fikk uttrykke sine synspunkter på situasjonens årsak, osv. Resultatene viste at til tider kunne debrifingen være mangelfull, eller ikke utført i det hele tatt, som kan frata pasienten ansvar for situasjonen pga. manglende innsikt eller forståelse.

Konklusjonen er at det trengs ytterligere forskning på sammenhengen mellom deres opplevelse av, og måte å reagere på under beltelegging.

4.3. «En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester»

Artikkel 2.**Forfattere:** Husum, T.,L., Hem, M., H., & Pedersen, R.**År:** 2018**Publisert i:** Tidsskrift for psykiske helsearbeid

Bakgrunnen for studien er at bruk av tvang innen psykiske helsetjenester reiser vanskelige etiske problemstillinger, og evidensen for negative aspekter er økende. Bruk av tvang står i strid med det økte fokuset på brukermedvirkning, respekt for autonomi, menneskerettigheter og etikk innen helsetjenestene, som har gjort at helsedirektoratet de siste 10 årene har lansert tiltaksplaner for å redusere bruken. Studien bidrar med kunnskap som kan øke ansattes moralske bevissthet.

Hensikten med studien er å undersøke ansattes meninger og erfaringer tilknyttet tvang, etikk og krenkelser, da det er nødvendig å erkjenne at noe er etisk utfordrende eller problematisk for å endre en tvangspraksis.

Metoden er en kvalitativ anonym nettbasert Questback-spørreundersøkelse finansiert av bla. Helsedirektoratet, med åpne spørsmål, gjennomført av senter for medisinsk etikk ved UIO, der utvalget ble rekruttert gjennom fagforeningene der totalt 439 deltok. Anonymitet virket avgjørende for resultatene da bla. kritikkverdige forhold kan være vanskeligere å rapportere i avdelingen.

Følgende etiske utfordringer ble nevnt, og ble rangert etter oftest nevnt: 1. Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang, 2. Andre former for restriksjoner, 3. Tvangsmedisinering, 4. Uenighet mellom berørte parter, 5. Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak, 6. Organisatoriske faktorer og mangelfulle ressurser & 7. Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale.

Det konkluderes med at resultatene tilsier at ansatte anerkjenner mange av de etiske utfordringene pasienter selv har uttrykt i flere år. Det etterlyses evidens på tvangstiltak, og det

dras frem at tvang også kan være en kilde til bedring dersom det brukes riktig, f.eks. med systematisk etikkrefleksjon.

4.4. «Fra tvang til dialog- en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling»

Artikkel 3.

Forfattere: Jacobsen, R. K. & Karlsson, B.E.

År: 2018

Publisert i: Scandinavian Psychologist

Bakgrunnen for denne norske casestudien er helse- og omsorgsdepartementets tanke om at god kvalitet på tjenestene forutsetter brukermedvirkning i større grad. Dette har tidligere vært ignorert i voldsrisikoarbeidet innen sikkerhetspsykiatrien, og krever omstilling, nytenkning og opplæring i nye arbeidsformer med kultur- og holdningsendringer, samt tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte.

Hensikten var å undersøke om endret behandlingstilnærming med mindre grad av kontroll og tvangstiltak gav andre resultater. Forskningsspørsmålene er hvordan pasienten og fagfolkene beskriver erfaringene, samt hvordan dette kan gi utvidet kunnskap om behandlingstilnærming i sikkerhetsavdelinger.

Metoden er kvalitativ med deskriptivt og eksplorativt design, forankret i fenomenologisk-hermeneutisk metode. Casestudien følger 1 pasientforløp, med utvalget 13 fagpersoner og pasienten, pårørende takket nei.

Resultatene viser 3 hovedtemaer:

1. Fremvekst av nye holdninger (menneskesyn) og praksiser (sammen med, ikke alene). Å se forbi «mosterforestillingene», behandle han som andre, gi mer frihet og sosialt samvær, ha nok bemanning og kompetanse førte til mindre utagering og pasienten ble aldri lagt i belter.

2. Faglighet tar en ny form, med undertemaer *ansvarliggjøring, arbeid med vold, og reflekterende team*. Alle involverte i voldsepisoder reflekterte sammen i ettertid, og pasienten måtte forholde seg til egne handlinger og ble ansvarliggjort.

3. Nye (sam)arbeidsformer utvikles, med undertemaer *øvelse i selvstendighet og samvær og samarbeid*. Behandling, fremtiden, m.m. ble diskutert med pasienten, som stimulerte til selvstendighet og oppklaring i evt. misforståelser. Pasienten ble snakket til som «en venn», utviklet relasjoner med personale der han kanskje stolte på og respekterte dem som mulig årsak til reduksjon av utagering/voldsepisoder.

Studien konkluderer med at det er mulig å endre praksis med fokus på relasjon, kommunikasjon, brukermedvirkning og samvær.

4.5. «As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry»

Artikkel 4.

Forfattere: *Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D. & Bradley S. K.*

År: 2015

Publisert i: Journal of Forensic Nursing

Bakgrunnen for denne danske studien er tidligere funn om at hyppigheten og varigheten for bruk av mekaniske tvangsmidler er spesielt høy hos rettspsykiatriske pasienter. Likevel er det begrenset kunnskap om årsakene og karakteristikken tilknyttet forlenget bruk av mekaniske tvangsmidler hos pasientgruppen.

Studien tar sikte på å undersøke årsakene til, og karakteristikken kort tid før, under og etter forlengede mekaniske tvangsmiddelepisoder hos rettspsykiatriske pasienter.

Studiens metode er kvalitativ dokumentanalyse, der den tematiske analysen var basert på Herbert Blumers metodologiske tilnærming. 23 pasienter som hadde over mediantiden i mekaniske tvangsmidler, ble valgt ut via det danske elektroniske rapporteringssystemets database.

Resultatene viser at årsaksfaktorene kunne bli kategorisert i: «konfunderende faktorer» som atferd assosiert med psykiatriske forhold, rusmisbruk, mangel på samarbeid, osv. «Risiko» som voldsrisikoutrykt atferd. «Allianse parameter» som betegner kvaliteten på personell-pasient-relasjonen og pasientens åpenhet for dette. Pasientene opplever mekaniske tvangsmidler som straff, urettferdighet, et angrep på selvet, eller som tortur. En «mekanisk tvangsmiddelspiral» ble identifisert: Alle utsatte reagerte med frustrasjon pga. bevegelsesbegrensningene, som gjenspeiles i protestatferd, som sinne, vold, verbal aggresjon, m.m., som fra personalets perspektiv vurderes som voldsrisikoatferd, og tvangen forlenges. Tvangsbruken påvirket pasient-personell-relasjonen, negativt, men også positivt avhengig av situasjonen. Studien viser mangel på klinisk vurdering under episodene.

Det konkluderes med at det er behov for videre forskning for å kunne utvikle et vurderingsverktøy som tar høyde for de nevnte årsaksfaktorene for å redusere tiden i mekaniske tvangsmidler.

4.6. «Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care?»

Artikkel 5.

Forfattere: Olsson, H. & Schön, U-K.

År: 2016

Publisert i: Journal of Mental Health

Bakgrunnen for denne svenske studien er den recoveryorienterte behandlingsmetodens gode resultater innen psykiatrien, der fokuset er på relasjonen med pasienten, stimulering av personlig ansvar, brukermedvirkning, støtte til utvikling av motivasjon, selvkontroll og empowerment. Likevel er dette sjeldent fokus innen rettspsykiatrien, der tidligere studier har undersøkt verktøy for risikovurdering, voldsforebygging og redusering av tvang.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke ressurser rettspsykiatrisk helsepersonell bruker for å forhindre voldelige situasjoner, samt undersøke hvordan praksisen kan ligne på recoveryorientert omsorg, og med denne kunnskapen forberede etablering av recovery som behandlingsmetode på feltet.

Metoden er kvalitativ med en semistrukturert intervjuguide, der utvalget besto av 13 nøye utvalgt personell på høysikkerhetspsykiatrisk sykehus i Sverige som ble identifisert som viktige for pasienter som gikk fra høyvoldsrisikovurdert til redusert, og dermed opplevde bedring.

Resultatene viser at personalet bruker taus kunnskap, erfaring og et delt kollegialt ansvar med konsistent personale som ivaretar pasienter, og oppmuntrer til deltagelse. De følger konstant med på pasientens humør, potensielle triggere til frustrasjon og angst for å opprettholde fred og sikkerhet. Å være til stede når pasienten er stresset, nervøs, har angst, m.m., samt etablere en god relasjon mellom personell og pasient setter grunnlaget for en opplevelse av tillit og trygghet hos pasienten. Personalet påvirker atmosfæren i avdelingen, og stabilitet forutsetter godt arbeidsmiljø der personellet bryr seg, stoler på hverandre, og har mulighet for å trekke seg tilbake.

Det konkluderes med at det er nødvendig å etablere et recoveryperspektiv på behandlingen innen rettspsykiatrien, selv om det kan være nødvendig med restriksjoner på enkelte prinsipper hos de mest komplekse pasientene.

5. Diskusjon

I denne delen blir resultatene fra utvalgte forskningsartikler, samt annen litteratur og teori diskutert opp mot problemstillingen. Diskusjonen blir delt inn i 3 hovedtemaer etter hovedfunn fra forskningen (Se «vedlegg 2» under litteraturlisten). Temaene flyter ofte over i hverandre, men er forsøkt strukturert etter beste evne.

5.1.Holdninger, makt og krenkelser ved tvang

Resultatene fra en dansk studie viser at sykepleierens holdninger har en vesentlig betydning for kvaliteten på pleien og for om beltelegging blir nødvendig. Sykepleierens holdninger er i tillegg avgjørende for om opplevelsen med belteleggingen blir negativ, positiv, eller fører til traumatiske ettervirkninger (Tingleff, Hounsgaard, Bradley, & Gildberg, 2019). Under beltelegging har beroligende og oppmuntrende kommunikasjon, samt informasjon om forventet varighet av beltelegging, eventuelt tid for neste vurdering, vist seg å ha positiv innvirkning for pasienten (Tingleff, et al., 2019). En annen studie viser at pasienter opplever tvang som straff, tortur, et angrep på selvet, som urettferdig, og som personalets demonstrasjon på makt og grensesetting (Gildberg, et al., 2015). Negative opplevelser i forbindelse med tvang er dominerende, og traumatiske ettervirkninger er hyppig rapportert (Tingleff, et al., 2019). Likevel er det fortsatt bred enighet internasjonalt at et totalforbud for tvang ikke er realistisk (Gildberg, 2015). Enkelte pasienter forstår at tvang blir nødvendig, og kan i tillegg se på tvangen som omsorg dersom atferden kan relateres til blant annet sykdom, men dette forutsetter debrifing som i etterkant gir forståelse og innsikt i situasjonen (Tingleff, et al., 2019).

Disiplinerende makt som tvang går ut på teknikker og metoder for å oppnå ro, orden og forhindre at farlige situasjoner oppstår. Disse teknikkene utspringes fra personale og er tilknyttet deres egne normer for normal atferd (Karlsson, 2008, s.67). Som sykepleier må en være bevisst den makten en har overfor pasienten, og hvordan denne brukes gjenspeiler hvilke holdninger og verdier en har (Ingstad, 2014, s.154). Forekomsten for bruk av tvangsmidler

som belter, samt varigheten av den er spesielt høy innen rettspsykiatrien (Gilderg, et al., 2015). Årsakene er sammensatte, og muligens vil tidligere utøvd vold fra pasienter skape en forventning fra personalets side om at verbal aggresjon lettere kan utvikle seg til fysisk vold innen rettspsykiatrien, og tvangsmidler blir brukt der samtale og forståelse ville vært et bedre og mer integritetsbevarende tiltak. Innen rettspsykiatrien har forskningen til nå primært vært opptatt av risikovurdering og voldsforebygging da det statistisk sett behandles mer utagerende pasienter der enn i allmennpsykiatrien (Olsson & Shön, 2016). Loven krever likevel at tvang bare skal benyttes når lempeligere metoder åpenbart er forgjeves (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8 første ledd). I en studie som belyser pasientenes syn på årsaker til tvangsbruken identifiseres konflikter med personalet angående blant annet regler og behandlingsbeslutninger, samt ignorerende, nedverdiggende og respektløs kommunikasjon som utløser av protestreaksjoner hos pasienten som følge av en følelse av å bli umyndiggjort. Protestreaksjonene kan bli vurdert som indikasjon på at tvang er nødvendig, og pasientene opplevde dette som maktmisbruk, straff og som letteste løsning for personalet (Tingleff, et al., 2019). Pasienter har etter erfaring stilt spørsmål ved om «å smelle med døren» virkelig kan karakteriseres som et raseriutbrudd med indikasjon for beltelegging. Samtidig vises en tydelig eskalering av konflikter som ender i tvang når personalet ikke tar seg tid til eller evner å se pasientens perspektiv (Tinglef, et al., 2019). En annen studie løfter frem behovet for at sykepleieren må kunne åpne opp for flere ulike perspektiver, da dette kan ha stor betydning for å kunne se pasientens og pårørendes perspektiv (Husum, Hem & Pedersen, 2018).

Krenkelser i forbindelse med tvang blir særlig tydelig når det fortelles om pasienter som har måttet urinere og defekere på seg selv under langvarige belteleggingsepisoder, og derav føler seg mindreverdige, nedverdiggende, krenket og sinte (Tinglef, et al., 2019). I etterkant av slike episoder ses tendenser til at pasienten trekker seg tilbake, før følelsene «eksploderer» i en atferd som igjen fører til tvang (Tinglef, et al., 2019). Lignende mønster ses i en annen studie som tok sikte på å undersøke årsakene til forlenging av beltelegging. I denne studien ble en «mekanisk tvangsmiddelspiral» identifisert; alle pasientene reagerte naturlig nok på bevegelsesinnskrenkninger i form av sinne, verbal aggresjon m.m. som fra personalets side vurderes som indikasjon for videre bruk av tvang (Gildberg, et al., 2015). En kommer da inn i en «ond spiral» der det ikke er rom for å tåle pasientens naturlige reaksjoner utløst av følelser tilknyttet krenkelsene tvang medfører. Enkelte rettspsykiatriske pasienter kan ha vokst opp i et miljø der vold er utbredt og er blitt en tillært metode for å uttrykke hvor ens personlige

grenser går. Pasienten kan mangle essensielle ressurser for å kunne utrykke seg på andre måter enn ved aggresjon spesielt innenfor rammer med begrensede alternativer. En rettspsykiatrisk pasient innlagt på en sikkerhetsavdeling opplever å ha redusert handlefrihet, redusert tilgang på ressurser og alternativer som gir en følelse av avmakt (Ingstad, 2014, s.169). Som nevnt i teoridelen er dette faktorer som kan føre til voldelige handlinger (Thorgaard, 2007, s.322). Det kan være avgjørende at sykepleiere har kunnskap om slike forhold, samt hvordan lære bort hensiktsmessige strategier for å uttrykke seg.

Rettspsykiatriske pasienter er alvorlig syke, og har derfor nedsatt evne til tålmodighet, og håndtering av følelser og frustrasjon på en konstruktiv måte. De er derfor avhengig av et personal som har disse ressursene og klarer å støtte opp under utviklingen av dem (Olsson, H. & Schön, 2016). Det har vist seg å gi gode resultater ved «å begynne på nytt»; våge å se forbi pasientbeskrivelser og tidligere atferd, og behandle pasienten med mindre grad av kontroll, uredd og tilstedeværende til tross for utagering. I denne behandlingstilnærmingen ble behandlerne nøye utvalgt, samværet med pasienten økte betraktelig, grad av frihet ble økt og pasienten ble inkludert i alle samtaler angående pasienten, som ga rom for pasientens perspektiv, tanker og følelser angående blant annet utageringsepisoder. Samtidig som pasienten ble sett, anerkjent og respektert, fikk han en større innsikt i årsak til egne voldshandlinger og ble ansvarliggjort. Dette førte til mindre utagering og pasienten ble aldri lagt i belter som er oppsiktsvekkende da tidligere behandling besto i stor grad av tvang som beltelegging (Jacobsen & Karlsson, 2018). Mennesker som opplever avmakt føler typisk at en ikke har kontroll over situasjonen og er ute av stand til å påvirke den, som kan ha opphav i blant annet alvorlig sykdom og/eller mangel på medbestemmelse (Ingstad, 2014, s.169-170). Samtidig påpeker helse- og omsorgsdepartementet at brukermidvirkning innen sikkerhetspsykiatrien vil heve kvaliteten på tjenestene, men dette krever en omstilling der det blir nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer, praktiske tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte, samt en kultur- og holdningsendring (Jacobsen & Karlsson, 2018). Økt brukermidvirkning vil gi mer makt til den rettspsykiatriske pasienten, men samtidig kan en se utfordringer tilknyttet dette i praksis da pasientens syn kan ses på som upålitelig og/eller antisosial (Olsson, H. & Schön, 2016).

Menneskerettighetsjuristen Gro Hillestad Thune har opp gjennom årene fått mange henvendelser fra pasienter og pårørende som forteller om krenkende opplevelser, og forteller

at uten å kjenne alle sider av saken er det vanskelig å vurdere. Likevel har hun undret seg over den faglig medisinske begrunnelsen for, eller den terapeutiske virkningen av at pasienter utsettes for behandlingstiltak som kan ses på som alvorlige overgrep (Thune, 2008. s.10). Krenkelser og overgrep er vanskelig å fange opp og overprøve for advokater og dommere når det skjer innenfor medisinsk behandling forankret i faglig skjønn (Thune, 2008. s.11). Samtidig viser en studie at majoriteten av personal som benytter tvang i praksis anerkjenner at tvang er krenkende, og at det reiser utfordrende etiske problemstillinger. Studien konkluderer med at funnene bekrefter utfordringene pasienter i årevis har lagt frem, som for eksempel uheldig eller overdreven bruk av tvang, mangel på egnet personale, uheldig institusjonskultur og maktmisbruk (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Studien viser dessuten at tvang kan bli brukt som følge av sykepleierens egen usikkerhet, mangel på formell utdanning, lav bemanning, eller i verste fall på grunn av uegnet personale som fremprovoserer tvang bevisst, eller ubevisst (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Funnene fra studien er ikke unike, men i den anonyme spørreundersøkelsen kommer det i tillegg frem bekymringer for uegnet personale med sadistiske tendenser som bevisst misbruker sin makt for å oppnå egen tilfredsstillelse, eller hevde seg på bekostning av pasientens psykiske og fysiske helse. Dette er bekymringsverdige funn som viser at det arbeider mennesker med svært dårlige holdninger som utgjør en reell fare for pasienter som sårt trenger å bli hørt og forstått, ikke bli utsatt for flere krenkelser og overgrep (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Under slike forhold er det nærliggende å tro at bedring av pasientens psykiske helse neppe kan skje. Studier har vist at tvang kan fremkalle minner om tidligere overgrep, som retraumatiserer pasienten (Gildberg, et al., 2015). Behandlingen skader da mer enn den hjelper. Majoriteten av sykepleiere som arbeider innen tvungent psykisk helsevern misbruker ikke pasienter, uegnet personale finnes i alle yrker. Til tross for dette kommer det frem i flere studier at pasienter mener at tvang kan bli brukt som letteste løsning for personale, men årsakene kan være en konsekvens av organisatoriske forhold, som lav bemanning, mangel på formell utdanning eller personlig egnethet, eller et dårlig arbeidsmiljø (Husum, Hem & Pedersen, 2018, Jacobsen & Karlsson, 2018, Gildberg, et al., 2015, Olsson, H. & Schön, 2016).

5.2.Sykepleier-pasient-relasjonen & empati

En god sykepleier-pasient-relasjon bygger på tillit, og har vist seg å skape trygghet og gi en følelse av tilhørighet eller en teamfølelse som oppleves meningsfullt, og der «alt er mulig» (Olsson, H. & Schön, 2016). Det er i relasjon til andre mennesker vi blir til, forstår oss selv, viser hvem vi er fra ulike sider og utvikles (Jensen & Ulleberg, 2011, s.28). Innen sykepleie betraktes etablering av en profesjonell relasjon til pasienten som en grunnleggende faktor for god omsorg, og en må oppnå tillit der det i utgangspunktet ikke er tillit (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91). Flere studier har vist oss at tvang påvirker relasjonen i negativ retning, og pasientens relasjon til sykepleieren kan bli preget av mistillit og sinne etter tvangsepisoder (Tingleff, et al., 2019, Gildberg, et al., 2015). Dette kan uttrykkes i form av en stille protestreaksjon der pasienten trekker seg tilbake og unngår sykepleieren for å skåne seg selv, og sykepleier. Å holde sinne inni seg som en mestringsstrategi kan ende i en «eksplosjon» av følelser som kan komme til uttrykk i form av en atferd som ut fra sykepleieres vurdering karakteriseres som utagering med indikasjon for bruk av tvang (Tingleff, et al., 2019). Dette er også identifisert i en annen studie som viste at relasjonen påvirkes ved bruk av tvang og ble betegnet som «allianseparametere». Parametere som «kontaktkvalitet» preget relasjonen etter tvang og kunne innebære humørsvingninger, uforutsigbarhet, mistillit og generell negativ kontakt. «Overkompenserende reaksjoner» etter tvang som å boikotte, avvise eller redusere kontakten med sykepleieren som utførte tvangen, resulterte ofte i aggresjon som førte til ny tvang ble også funnet i forskningen til Gildberg et al. (2015). Samtidig er det gjort funn som tydet på at tvang kunne styrke relasjonen ved å gi mulighet til en pause under beltelegging for å kunne gå på toalettet (Gildberg, et al., 2015). På den ene siden er det mulig at et slikt samarbeid forutsetter en allerede etablert relasjon, der tillit gjør at pasienten kommer tilbake til beltesengen i etterkant. På den andre siden kan det gi mulighet for starten på etablering av en relasjon da pasienten inderlig ikke ønsker å bryte avtalen om å komme tilbake for å slippe nedverdighelsen av å urinere og defekere på seg selv foran andre. Å måtte gjøre dette foran personalet kan oppleves svært nedverdiggende og traumatisk, og kan sette dype negative psykologiske spor i pasienten. Følelsene tilknyttet hendelsen kan være vanskelige å håndtere for pasienten og kan resultere i uønsket atferd i fremtiden som fører til tvang på nytt (Tingleff, et al., 2019). Studier viser et behov for å lytte til pasienten, og anstrenge seg for å innta pasientens perspektiv for å kunne gi god integritetsbevarende omsorg, spesielt i forbindelse med tvang da dette fører med seg mange etiske problemstillinger (Husum, Hem & Pedersen, 2018). En må anerkjenne pasienter som mennesker på lik linje med seg selv, som betyr å

tenke tanken; «*Hvordan ville dette livet ha vært hvis det var meg – hvordan ville dette ha innvirket på meg, mitt forhold til meg selv og mitt forhold til andre mennesker*» (Jacobsen & Karlsson, 2018).

Å etablere en god sykepleier-pasient-relasjon har vist seg å ha god effekt i forbindelse med reduksjon i bruken av tvang (Jacobsen & Karlsson, 2018). Kommunikasjonsteoretikeren Gregory Bates påpeker at relasjonsperspektivet er grunnleggende innen kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2011, s.21). Travelbee hevder dessuten at kommunikasjonsprosessen gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold ved å bruke en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, i kombinasjon med å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2011, s.135-136). En casestudie på en sikkerhetsavdeling oppnådde gode resultater innen voldsforebygging og reduksjon av tvang med behandlingstilnærmingen «åpen dialog i nettverksmøter» der brukermedvirkning og relasjonsbehandling sto sentralt. Pasienten ble aldri lagt i belter og pårørende nevnte at en mulig suksessfaktor kunne ha vært at pasienten følte han hadde fått seg venner, begynte å stole på, og kanskje respektere personalet. Det ble uttalt at «*det er vanskeligere å slå venner enn voktere*» (Jacobsen & Karlsson, 2018). Samtidig vet en at mennesker med psykiske lidelser og voldshistorie kan ha problemer med å etablere, ivareta og opprettholde relasjoner (Jacobsen & Karlsson, 2018). På veien mot bedring er «*øvelse*» i å stå i en relasjon essensielt både på kort sikt, og lang sikt. En god relasjon har vist seg å generelt redusere problemer for pasienten, samt sykepleieren under behandling (Gildberg, et al., 2015). Ved og etter utskriving kan det å ha gode relasjoner på utsiden av avdelingen virke betryggende; pasienten i casestudien uttrykte bekymring for ensomhet i forbindelse med utskrivelse og å bo alene (Jacobsen & Karlsson, 2018).

Kommunikasjonsferdigheter betraktes som relasjonsskapende ferdigheter (Kristoffersen, 2016, s.375). For å kunne oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som ifølge Travelbee er å hjelpe pasienten og dens familie å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, eventuelt finne mening i disse, må sykepleieren forstå hva pasienten kommuniserer og bruke informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2011, s.135). Gode kommunikasjonsferdigheter forutsetter å være til stede i samtalen, lytte aktivt, empatisere med pasienten og anstrenge seg for å forstå pasientens lidelse og perspektiver. Aktiv lytting kan oppleves som vanskelig da det er forpliktende, og krever at en er til stede med hele seg.

Sykepleieren må ha mot til å åpne opp for det som blir sagt og skjer i situasjonen, samt ta inn over seg det faktum at pasienten lider (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.204). Likevel kan enkelte sykepleiere oppleve at det er vanskelig å møte pasienter med empati da dette utløser egne personlige følelser og reaksjoner. I en svensk studie understrekes det at en medføleende holdning til pasienter og kollegaer kan øke engasjementet hos både pasienter og ansatte, som stimulerer til empati, håp, realisme og styrker resilience. For å kunne oppnå dette understrekes det i flere studier at personlige egenskaper hos sykepleiere, som toleranse for usikkerhet, og evne til å håndtere og reflektere rundt ubehagelige følelser, spiller en stor rolle (Olsson, H. & Schön, 2016). Noen sykepleiere kan ubevisst forsøke å beskytte seg selv ved å unnlate å ta inn over seg pasientens lidelse. Fenomenet kalles «sykesengsmanerer» og kan omfatte en depersonalisering der pasienten ikke får nødvendig omsorg og hjelp (Kristoffersen, 2016, s.282). Pasientene kan oppleve signaler fra sykepleiere og/eller pårørende at de bør oppføre seg på en bestemt måte som beskytter andre enn pasienten mot lidelse og bekymring (Kristoffersen, 2016, s.283). Dette skaper distanse og pasientene blir forhindret fra å reflektere over, uttrykke, utvikle og leve ut fra erfaringer tilknyttet lidelsen, som øker opplevelsen av lidelse; pasienten opplever da en «dobbel lidelse». De forsøker da å opprettholde en fasade av hensyn til andre (Kristoffersen, 2016, s.283). «Sykesengsmanerer» kan betraktes som sykepleierens forsøk på å håndtere eller mestre egen angst som gjør det mulig å utføre egne oppgaver uten å bli berørt av pasientens situasjon. En slipper å kjenne på egne følelser av utilstrekkelighet, usikkerhet eller medlidenhet, og kan forholde seg upersonlig uten å engasjere seg i pasientens situasjon. Samtidig som at pasienten ikke får nødvendig hjelp til å håndtere egne følelser og reaksjoner, vil sykepleierens atferd medføre at sykepleieren selv blir fremmedgjort for egne følelser og reaksjoner. Dette gir også konsekvenser for sykepleierens egen helse i form av følelsesmessig utmattethet og utbrenthet (Kristoffersen, 2016, s.285). En studie løftet frem viktigheten av å bruke mye tid med pasientene, der et delt ansvar med kollegaer står sentralt for å kunne kontinuerlig ta hensyn til pasientens humør, og triggere til frustrasjon, angst og uro (Olsson & Shön, 2016). Pasientene har behov for en rekke støttende og forutsigbare faktorer fra sykepleieren, som validering av positiv atferd, å holde løfter, klargjøring av forventninger angående beltelegging og streben etter gjenoppretting av relasjonen etter tvang (Gildberg, et al., 2015). En norsk studie hevder at empatisk innlevelse er grunnleggende i alt psykisk helsearbeid, og dersom en har et rigid bilde av «sannheten» er det umulig å leve seg inn i det fremmede (Jacobsen & Karlsson, 2018). I relasjonsbehandling må sykepleieren først starte med seg selv, der sykepleieren

mentaliserer og empatiserer med pasienten, som i seg selv kan føre til nye spørsmål, svar og handlinger i relasjonen, både verbalt og nonverbalt (Thorgaard, 2007, s.48).

5.3.Recovery & behovet for etisk refleksjon

Flere av de rettspsykiatriske pasientene har i tillegg til en alvorlig psykisk lidelse, begått kriminalitet av ulik karakter som skaper et behov for å forene sykdom, skyld, forsoning og ansvarliggjøring (Olsson & Shön, 2016). Pasientene trenger hjelp til å oppdage en ny identitet som inkluderer «det tapte jeget» og å ta personlig ansvar for sine handlinger som fikk katastrofal innvirkning for deres og andres liv (Olsson & Shön, 2016). Ansatte beskriver at behovene tilknyttet sykdommen og kriminaliteten pasienten har begått kan være til hinder for å gjenopprette identiteten og dermed også for recovery, som f.eks. sikkerhetstiltak for å forhindre voldelige situasjoner (Olsson & Shön, 2016). De peker i tillegg på at standardiserte vurderingsverktøy kan gi økt sikkerhet, men er likevel begrensende da det kan være til hinder for en individuell tilnærming (Olsson & Shön, 2016). Samtidig viser en norsk studie innen sikkerhetspsykiatrien at det er mulig å ivareta sikkerheten og samtidig arbeide recoveryorientert med en individuelt tilpasset tilnærming. Dette forutsatte stor grad av brukermedvirkning i behandlingen og inkluderte systematisk bruk av etisk refleksjon med pasienten og berørte parter (Jacobsen & Karlsson, 2018). Etter voldsepisoder snakket den som var utsatt for pasientens voldshandlinger direkte til pasienten om hvordan han eller hun hadde opplevd hendelsen; «*Det stikker litt dypere enn om overlegen skulle ta over samtalen*» (Jacobsen & Karlsson, 2018). I starten opplevdes dette ubehagelig for pasienten; han ble sint, frustrert, snakket usammenhengende og gikk inn på rommet sitt. Teamet vurderte dette som en unngåelsesmekanisme, og samtalene ble konsekvent utført enten samme dag, eller dagen etter. Pasienten i studien var involvert i alle deler av behandlingen, inkludert diskusjon angående konsekvenser, og måtte dermed forholde seg til egne voldshandlinger der han ble ansvarliggjort (Jacobsen & Karlsson, 2018). Innen recoveryorientert praksis står begrepet empowerment sentralt, der en *makter på tross av*, og maktesløshet og avmakt erstattes med *å begynne å få makt over* eget liv, samt mestrer symptomer og dens konsekvenser (Thorgaard, 2007, s.42-43). W. A. Anthony beskriver bedringsprosessen innen recovery som en dypt

personlig og unik endringsprosess av pasientens verdier, holdninger, følelser, mål og/eller roller (Thorgaard, 2007, s.43). Denne endringsprosessen starter i relasjoner, der en har fått sine opprinnelige indre kilder fra relasjoner, eller at en ny relasjon skapes som kan stimulere til vekst av tidligere ubrukte ressurser en ikke var klar over at en hadde. Relasjonsarbeid har derfor en sentral rolle innen recoveryorientert praksis (Thorgaard, 2007, s.43).

I en studie forteller pasienter at de opplever at personalet unngår debrifing med dem etter tvangsepisoder. Dette er uheldig da debrifing ser ut til å være nødvendig for å gjenopprette den terapeutiske relasjonen, og for pasientens recovery (Tingleff, et al., 2019). Likevel forteller pasienter at debrifing ikke alltid blir unnlatt, men enkelte ganger blir gjennomført på en uheldig måte der de blir fortalt hvordan de må oppføre seg for å unngå tvang i fremtiden, at de blir politianmeldt, og blir informert til deres rett til å klage, men at klagen som regel ikke får virkninger i deres favør (Tingleff, et al., 2019). I disse uttalelsene virker debrifingen å bære preg av en monolog der beskjeder kan oppfattes som trusler, med en manglende etisk refleksjonsprosess der pasientens stemme og perspektiver ikke blir hørt og forstått. Samspillet virker til å bære preg av en linær årsaksforklaring, der fokuset ligger på egenskaper hos pasienten og en leter etter årsak for hvem som har skylden for hendelsen istedenfor å forstå samspillet sirkulært et med spørsmål om interaksjon og relasjon (Jensen & Ulleberg, 2019, s.25). Innsikt er ikke noe er kan påføre andre uten videre. Dette utvikles i samtaler, møter og samarbeid med andre der alle stemmer blir hørt (Jacobsen & Karlsson, 2018). Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet dras dessuten frem som et av målene i stortingsmelding nr. 7 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.55). En annen studie påpeker at mangelfull eller manglende debrifing får konsekvenser for pasientens recovery (Tingleff, et al., 2019). Uten debrifing med etisk refleksjon i etterkant får ikke pasienten innsikt i årsaken til tvangen, eller hvordan unngå tvangsepisoder i fremtiden. Mangel på dette viste seg å være en opprettholdende faktor for sinne, forvirring og en følelse av å ha blitt urettferdig behandlet (Tingleff, et al., 2019). Samme studie viste dessuten at pasienter som fikk debrifing i etterkant og som hadde sykdomsrelatert atferd som årsak til tvangsepisoden, fikk innsikt i situasjonen og dermed så tvangen som omsorg. Disse pasientene fikk det som ble karakterisert som en «rolig atferd» i etterkant, uten å føle på sinne, forvirring og urettferdighet (Tingleff, et al., 2019). Flere studier har likevel vist at tvang som beltelegging kan forverre aggresjon og øke sannsynligheten for vold og skader i fremtiden (Gildberg, et al., 2015).

En studie løfter frem et behov for etisk refleksjon innad i avdelingen for å forebygge uetisk praksis i forbindelse med tvang da det har blitt observert kritikkverdige handlinger fra ansatte (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Å kritisere kollegaer ansikt til ansikt oppleves krevende, og kan påvirke arbeidsmiljøet negativt i varierende grad og terskelen for å si ifra blir for stor. Samtidig kan det å unnlate å nøste opp i uenigheter, og svare med motreaksjoner få konsekvenser for kvaliteten på tjenestene (Husum, Hem & Pedersen, 2018). En annen studie påpeker at en må våge å konfrontere hverandre når kritikkverdige forhold oppstår, blant annet når feil beslutning er tatt i forbindelse med tvang (Olsson & Schön, 2016). Studien undersøkte ansatte som hadde vist seg å spille en stor rolle for pasienters recovery og fortalte at et godt arbeidsmiljø var avgjørende. Kollegaene i studien hadde en ydmyk holdning overfor at tvang er etisk utfordrende. De løftet frem suksessfaktorer som å ta vare på og stole på hverandre, å føle seg trygge før de fikk ansvar, samt å i liten grad ha utskiftning av personale (Olsson & Schön, 2016). Ved å systematisk reflektere over etiske dilemmaer og utfordringer på arbeidsplassen, kan en stimulere moralsk sensitivitet istedenfor å utvikle nummenhet, og kan i tillegg identifisere bedringspotensialer, mulige løsninger og alternativer (Husum, Hem & Pedersen, 2018). Samtidig kan dette gjøre det mulig å oppdage uegnet personale, der ledelsen er forpliktet til å følge opp med tiltak (Husum, Hem & Pedersen, 2018).

6. Avslutning

Tvang er og vil alltid være etisk utfordrende og bringer dermed med seg en rekke etiske problemstillinger. Det er derfor nødvendig å undersøke effekten av ulike tilnæringsmetoder for å ivareta pasienten best mulig. Innen strukturert voldsrisikoarbeid har brukervedvirkning generelt blitt ignorert innen sikkerhets- og rettspsykiatrien (Jacobsen & Karlsson, 2018). Økt brukervedvirkning og brukertilfredshet beskrives som et mål i stortingsmelding nr.7 (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2019, s.55) og nyere studier viser nå at det er mulig å redusere bruken ved å ta i bruk andre behandlingstilnæringer der relasjonsarbeid og brukermedvirkning får større plass (Jacobsen & Karlsson, 2018). Samtidig viser studier at et godt arbeidsmiljø, personlig egnet personale, god ledelse og tilstrekkelig bemanning stimulerer til engasjement, håp, empati, resilience og realisme hos pasienter og personal, som har betydning for voldsförebygging, reduksjon av tvang samt for pasientens recovery (Olsson & Shön, 2016). Resultater fra forskningen i litteraturstudien viser gjennomgående et behov for å lytte til, og snakke *med* pasienten for å kunne redusere bruken av tvang (Tingleff, et al., 2019, Husum, Hem & Pedersen, 2018, Jacobsen & Karlsson, 2018, Gildberg, et al., 2015, Olsson & Shön, 2016). En god relasjon mellom sykepleier og pasient virker å ha en terapeutisk effekt da dette oppleves trygt og meningsfullt for pasienten og ses på som starten på en recoveryprosess (Olsson & Shön, 2016). Samtidig kommer det frem at tvang påvirker relasjonen i negativ retning som får konsekvenser for kvaliteten på sykepleien, blant annet for risikovurdering og evaluering tilknyttet indikasjon for tvang og på hvilket tidspunkt den bør avsluttes (Gildberg, et al., 2015). Denne litteraturstudien konkluderer med at relasjonen har vesentlig betydning for om tvang blir nødvendig hos rettspsykiatriske pasienter og gjentar her et illustrerende sitat fra en av studiene på sikkerhetsavdeling; «*Det er vanskeligere å slå venner enn voktere*» (Jacobsen & Karlsson, 2018). Da det finnes begrenset med studier som spesifikt undersøker relasjonens betydning for bruk av tvang, anbefales et større fokus på dette som inkluderer økt brukermedvirkning i fremtiden.

Litteraturliste

- Aubert, K. E. (2019). Relasjon. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/relasjon>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D. & Bradley S. K. (2015). As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry. *Journal of Forensic Nursing*, 2015(Heftenr.11). s.41-50. Hentet fra: <https://insights-ovid-com.galanga.hvl.no/article/01263942-201501000-00007>
- Helsedirektoratet (u.å.). *Riktig bruk av tvang*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppf%C3%B8lgning/rettslig-grunnlag-for/riktig-bruk-av-tvang>
- Helsedirektoratet. (u.å.). §5-2a. *Nasjonal koordineringsenhet*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/dom-pa-overforing-til-tvungent-psykisk-helsevern/5-2a-nasjonal-koordineringsenhet>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. Nr. 7 (2019-2020)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=5>
- Husum, T.,L., Hem, M., H., & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykiske helsearbeid*, 2018. (Heftenr.15) s. 98-111. DOI:

<https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e12> / Hentet fra:

<https://www.idunn.no/tph/2018/02->

[03/en studie av synet paa etiske utfordringer relatert til arbe](#)

- Ingstad, K. (2014). Makt, avmakt og motmakt. *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1.utg., s.150-181). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jacobsen, R. K. & Karlsson, B.E. (2018). Fra tvang til dialog- en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling. *Scandinavian Psychologist*, 2018. (Heftenr.12). Hentet fra: <https://psykologisk.no/sp/2018/12/e12/>
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Karlsson, B. (Red.). (2008). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (1 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, I.N.J. (2016). Stress og mestring. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3. (3. Utg. s.237-294)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, I.N.J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3. (3. Utg. s.295-348)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, I.N.J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3. (3. Utg. s. 349-406)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, I.N.J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3. (3. Utg. s. 187-235)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, I.N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener, samfunn og mestring, Bind 3. (3. Utg., s.15-80)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, I.N.J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. Kristoffersen, I.N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grimsbø, G., H. (red). *Grunnleggende sykepleie – sykepleie – fag og funksjon, Bind 1*. (3. Utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk psykiatrisk forening – Den norske legeforening. (2018). Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/12e1db020a0e4d46ba5d03894d9d9992/sstrategidokument-12-nov-2018.pdf>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Gravelholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert! – En arbeidsbok*. (2.Utg.) Oslo: Cappelen Damm
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Olsson, H. & Schön, U-K. (2016). Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of Mental Health*, 2016(Heftenr.25:6), s.506-5011. DOI: <http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.3109/09638237.2016.1139075> / Hentet fra: <https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.3109/09638237.2016.1139075>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker -innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Snoek & Engedal. (2017). Psykotiske tilstander. *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg., s.81-95). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Snoek & Engedal. (2017). Psykiatrien i samfunnet. *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg., s.287-315). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Straffeloven. (2005). Lov om straff. (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>

Teigen, K. H. (2019). Holisme. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/holisme>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorgaard, L. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien bind IV – Individuell mestring og mestring i relation* (2.utg.). Stavanger: Hertervig forlag

Thorgaard, L. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien bind II – Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien* (2.utg.). Stavanger: Hertervig forlag

Thune, H. G. (2008). *Overgrep – Søkelys på psykiatrien*. Oslo: abstrakt forlag

Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A. (2019). Sådan opfatter retspsykiatriske patienter bæltefikseringer. *Sygepleiersken Fag og forskning*, 2019(Heftenr. 4) s.36-47. Hentet fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-4/saadan-opfatter-retspsykiatriske-patienter-baeltefikseringer>

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* (utg.1). Oslo: Gyldendal akademisk

UIO – Det samfunnsvitenskapelige fakultetet. (2010). Hva er makt? Hentet fra:

<https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-HVA.html>

Vedlegg 1. Resultattabell

Forfatter	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
e Publiseringsår							

Tidsskri ft Land							
Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A. 2019 Sygepleiersken Fag og forskning Danmark	Sådan oppfatter retspsykiatriske pasienter bøltefikseringer	undersøke pasienters oppfatning av situasjoner før, under og etter intervensjonen, hvordan de tilskriver situasjonene mening, samt hvordan pasientene mener en kan påvirke og redusere antall og varighet for belteleggingen	kvalitativ m/semistrukturert intervjuguide m/1-1 intervju, m/åpne spørsmål, delt inn i 2 - del 1: egen hendelse og oppfattelse, -del 2: empirisk teste resultat fra litteratur. F.eks. interaksjon, og kommunikasjon	20 informanter av rettspsykiatriske pasienter som oppfylte kravene om å minst ha blitt lagt i belter 1 gang, behersker språket godt og er over 18 år.	«tydelige protestreaksjoner», «stille protestreaksjoner», «sykdomsrelatert atferd» og «rolig atferd» karakteriserer opplevelser av, og måte å agere og reagere på under beltelegging. Årsaker: bla. sykdomsrelatert, konflikt m/personale, eskalerte når personalet: avviste/ignorerte pasientenes initiativ til dialog, nektet å sette seg inn i pasientens situasjon/ perspektiv, snakket nedlatende/respektløst -mangelfull debriefing → mangelnde forståelse hos pasientene for bruken av tvang → sinne/frustrasjon +blir ikke ansvarliggjort -enkelte forsto hvorfor og så det som nødvendig (forutsetter debriefing)	-«Peer reviewed » Se vedlegg «sjekklister»	-Godkjent av lokal ledelse og datatilsynet Vitenskapetiske komitéer for Region Syddanmark krevde ikke ytterligere etisk godkjenning informanter:s kriftlig samtykke, garantert fortrolighet
Husum, T.,L., Hem, M.,	En studie av synet på etiske	undersøke ansattes meninger og	Kvalitativ anonym nettbasert	493 deltagere med ulike profesjoner	Etiske utfordringer: Tvil og usikkerhet v/	-«Peer reviewed »	-Studien er anonym, håndterer

H., & Pedersen, R. 2018 Tidsskrift for psykiske helsearbeid Norge	utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester	erfaringer tilknyttet tvang, etikk og krenkelser for å på sikt kunne endre praksis	Quest-back spørreundersøkelse	m/erfaring m/tvang som jobber innen psykiatrisk helsetjeneste rekruttert gjennom fagforeninger	bruk av formell tvang, Andre former for restriksjoner, Tvangsmedisinering, Uenighet mellom berørte parter, Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak, Organisatoriske faktorer og mangelfulle ressurser, Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale. -Anerkjenner pasientenes erfaringer/opplevelser/traumer	Se vedlegg «sjekkliste»	ikke personopplysninger → ikke meldepliktig til NSD og REK
Jacobsen, R. K. & Karlsson, B.E. 2018 Scandinavian Psychology Norge	Fra tvang til dialog - kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling	undersøke om endret behandlingstilnærming med mindre grad av kontroll og tvangstiltak gav andre resultater	Kvalitativ casestudie m/ deskriptivt og eksplorativt design, forankret i fenomenologisk-hermeneutisk metode	1 pasientforløp, m/ 13 fagpersoner m/ ulike profesjoner	Nye holdninger (menneskesyn) - se forbi «mosterforestillinger», behandle ham som andre Nye praksiser (sammen med, ikke alene) -gi mer frihet og økt sosialt samvær, nok bemanning og kompetanse → mindre utagering (ble aldri lagt i belter) Ansvarliggjøring, arbeid med vold, og reflekterende team: -involverte i voldsepisoder reflekterte i ettertid → måtte forholde seg til	-«Peer reviewed » Se vedlegg «sjekkliste»	-Søkt og godkjent av personvernombudet - muntlig og skriftlig informasjon og samtykke - Anonymiserte personopplysninger

					egne handlinger, ble ansvarliggjort		
					Nye (sam)arbeidsformer -Behandling, fremtid, m.m ble diskutert m/ pasient → øvelse i selvstendighet, samvær og samarbeid → etablerte relasjon, respekt og tillit → mindre utagering		
Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D. & Bradley S. K. 2015 Journal of Forensic Nursing Danmark	As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry	undersøke årsakene til, og karakteristikkene kort tid før, under og etter forlengede mekaniske tvangsmiddelepisodes hos rettspsykiatriske pasienter	kvalitativ dokumentanalyse m/tematiske analysen var basert på Herbert Blumers metodologiske tilnærming	23 pasienter m/over mediantiden i mekaniske tvangsmidler, valgt ut via det danske elektroniske rapporteringssystemets database	Beltelegging oppleves som straff, urettferdighet, et angrep på deres selv, eller tortur Årsaksfaktorer: «konfunderende faktorer» atferd assosiert m/ psykiatriske forhold, rusmisbruk, mangel på samarbeid, osv. «Risiko» = voldsrisikouttrykt atferd. «Allianseparameter» = kvaliteten på personell-pasient relasjon + åpenhet for dette (påvirkes av tvang) «mekanisk tvangsmiddelspiral»: -Alle reagerte med	-«Peer reviewed » Se vedlegg «sjekklister»	-Full godkjenning på alle organisatoriske nivå: Dansk datatilsyn, regional forskningsetisk komité, tilgang til database ble gitt av dansk helse og medisinske myndigheter Anonymiserte data

					frustrasjon pga. bevegelsesbegrensningene, gjenspeiles i protestatferd, som personalet vurderer som voldsrisikoatferd → tvangen forlenges. -Mangelfull klinisk vurdering under beltelegging		
Olsson, H. & Schön, U-K. 2016 Journal of Mental Health Sverige	Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care?	å undersøke hvilke ressurser rettspsykiatrisk helsepersonell bruker for å forhindre voldelige situasjoner, samt undersøke hvordan praksisen kan ligne på recovery orientert omsorg	kvalitativ m/ semistrukturert intervjuguideder m/ åpne spørsmål -lydopptak og transkribert, analysert av begge forfattere	13 nøye utvalgt personell på høysikkerhetspsykiatrisk sykehus (v/5 ulike avdelinger) som ble identifisert som viktige for pasienter som gikk fra høyvoldsrisiko vurdert til redusert, og bedring	Personalet: -bruker taus kunnskap, erfaring, delt kollegialt ansvar m/ konsistent personale, etablerer relasjon, tillit og trygghet, → ivaretar pasienter, oppmuntrer til deltagelse, følger med på humør, potensielle triggere til frustrasjon, angst → opprettholder fred og sikkerhet. -Personalet påvirker atmosfæren, stabilitet forutsetter godt arbeidsmiljø -Nødvendig m/recovery-perspektiv	-«Peer reviewed » Se vedlegg «sjekkliste»	-Etisk godkjent av Regional etisk komité i Umea, Sverige -Skriftlig innhentet samtykke

Vedlegg 2. Tema og resultater

Tema	Artikkel 1.	Artikkel 2.	Artikkel 3.	Artikkel 4.	Artikkel 5.
Holdninger, makt og krenkelser	<p>-Personalets holdning og pleiekvalitet = vesentlig betydningsfull for om beltelegging ble nødvendig, ble en positiv eller negativ opplevelse, eller fikk traumatiske ettervirkninger</p> <p>- konflikter ang. regler, personalets atferd, kommunikasjonsmåte (nedverdiggende/respektløs/ignorering) → forverring av protestreaksjon/tvang/forlempelse av tvang → pasient følte seg umyndiggjort, opplevde det som straff og maktmisbruk</p> <p>- Tvang som letteste løsning for personalet</p> <p>-Sint og krenket etter å måtte urinere/defekere under beltelegging foran personalet</p>	<p>-Bekymring for uegnet personale, fremprovosering av tvang maktmisbruk, sadistiske tendenser</p> <p>- Anerkjente at tvang er krenkende</p> <p>-bekymring for tvang etter egne preferanser/vane (u/juridisk hold, eller hensyn til pasientens beste)</p> <p>-Tvang pga. personalets usikkerhet/frykt/mangel på formell utdanning, eller lav bemanning</p>	<p>-menneskesyn & holdning der en så bort fra «monsterforestilling», økt samvær til tross for utagering+ så potensialet i pasienten → aldri lagt i belter (tidligere stor del av behandlingen)</p> <p>-Avgjørende for resultat: God bemanning, grundig rekruttering (personlig egnet, forberedt utagering/vold), funksjonelt og samkjørt team, hospitering og samarbeid m/forrige behandlingssted, involvering av alle ansatte</p>	<p>-Opplevde tvang som straff, urettferdighet, et angrep på selvet, tortur</p> <p>- Resultatene er preget av inkonsekvent bruk av elementer som beskriver risikoatferd og rangering etter alvorlighetsgrad som går ut over en helhetlig vurdering og relasjonen til pasienten</p> <p>-Enkelte så belteleggingen som en demonstrasjon på personalets makt og grensesetting</p>	<p>-Delt kollegialt ansvar preget av kollektivt ansvar m/medfølelse holdning til kollega → økt engasjement for pasienter og kollegaer → håp, medfølelse, realisme og resilience</p> <p>-viktige m/personlig egnethet enn profesjon</p> <p>*egenskaper som toleranse for usikkerhet, refleksjon og håndtere ubehagelige følelser</p> <p>*ikke spesifikke sykepleieoppgaver/alle hjelper hverandre</p> <p>-Alle bidrar til et godt arbeidsmiljø:</p> <p>*lav «turnover» i bemanning, felles strategi i opplæring, ingen tar ansvar der de ikke er trygg</p>
Empati og tvang	<p>-følte seg ydmyket under tvang, ble forverret m/manglende empati hos personal</p> <p>-Konflikter eskalerte når personale nektet å se pasientens perspektiv</p> <p>-Ønsket større toleranse for «utagering» Å smelle m/døren er ikke raserianfall</p> <p>-Beroligende og oppmuntrende kommunikasjon under og etter minsket behov or «åpenbare protestreaksjoner»</p>	<p>- Bekymring for at pasienter blir skadet/traumatisert</p> <p>-etisk utfordrende v/ uenighet mellom personal/profesjon /pårørende, spesielt der en er mer enig m/ pasient</p> <p>-usikkerhet om pasientens perspektiv kan avskrives som vrangforestilling</p>	<p>-Ble ført til rom v/snakking m/stemmer; pasient ønsket annen behandling her → «som å bli holdt nede når jeg hører stemmer»</p> <p>-Viktig å sette seg inn i pasientens situasjon/anerkjenne som et menneske som en selv og innvirkningene situasjonene kan ha på forhold til en selv og andre</p> <p>-Empatisk innlevelse: grunnleggende i alt psykisk helsearbeid</p>	<p>-Alle pasienter reagerer m/frustrasjon pga. innskrenket bevegelsesmuligheter, som reflekteres i protestreaksjoner som sinne, vold, verbal aggresjon, m.m., som personell kategoriserer som risikoatferd → tvang fortsetter</p> <p>- Støttende faktorer fra personal: validering av positiv atferd, holde løfter, klargjøring av forventninger tilknyttet beltelegging, forsøk på</p>	<p>-Vurderinger og behandling etter mal → økt sikkerhet, men begrensende/til hinder for individuell tilnærming (personal ønsker mulighet for dette → positive effekter)</p> <p>*ikke alle har begått kriminalitet</p> <p>-Bruker mye tid m/pasienter (deler ansvar m/kollega) tar kontinuerlig hensyn til pasientens humør, triggerer til frustrasjon, angst → trygghet og ro → start på en recoveryprosess</p>

	-Hjelpende, beroligende når personalet informerte om forventet varighet på beltelegging, samt tid for neste vurdering		-Sikker på «sannheten»→umulig å leve seg inn i det fremmede	gjenoppretting av relasjonen	
Etisk refleksjon	-Mangelfull eller ingen ettersamtale→visste ikke årsaken, eller hvordan unngå ny tvang, opprettholdt sinne og forvirring, følte seg urettferdig behandlet -Opplevde at debrifing ble unngått av personale: er nødvendig for gjenoppretting av den terapeutiske relasjonen, og gir «rolig atferd» som kan fjerne sinne, forvirring og urettferdighetsfølelse -Personalet fortalte: hvordan oppføre seg for å unngå tvang, at de ble politianmeldt, retten til å klage -Debrifing når årsak var relatert til sykdom → pasient forsto årsak og varighet, fikk en «rolig atferd» u/behov for protest m/sinne, forvirring da pasienten så det som omsorg	-«Uformell tvang» blir utført av enkeltpersoner. Ulike oppfatninger for hva som er respektabelt. Skjer «skjult»→ kommer ikke opp som etisk problemstilling i personalgruppen→ikke diskutert/reflektert →ingen oppfølging -Oppfordrer til etikk-refleksjonsgrupper m/fokus på etiske utfordringer, uenighet og tvil→åpner opp for flere perspektiv (pasientens/pårørende) + fange opp etisk praksis, uegnet personell, bedringspotensial og stimulere til moralsk sensitivitet	-Reflekterende team etter voldsepisoder: *pasient, behandler og involverte (berørte) snakket om hendelsen *ble konfrontert med handlingene sine fra den berørte; stikker litt dypere * I begynnelsen: unngåelsesmekanisme, fikk ikke slippe, ble deltagende tom. -Ble involvert i alle samtaler om behandling, fremtid, planer →selvstendig og ansvarlig for eget liv og handlinger -Paradigmeskifte i hans liv: taklet ansvar	-beslutningsprosessen består av flere faktorer: pasientrelaterte, personalrelaterte og organisasjonsrelaterte inkludert tidligere erfaring og preferanser →subjektiv tolkning i risikovurdering og mangel på klinisk verktøy gir dårlig forutsigbarhet og gyldighet for når beltelegging skal seponeres -Studien viser mangel på konsistent klinisk vurdering av risikoatferd og allianseparametere→flere studier bør gjennomføres for å utvikle vurderingsverktøy for å redusere tid i belter som tar høyde for konfunderende faktorer, risiko og allianseparameter.	-Alle bidrar til et godt arbeidsmiljø: *lav «turnover» i bemanning, felles strategi i opplæring, ingen tar ansvar der de ikke er trygg -Tar vare på kollega: *stoler på hverandre, muligheter for å trekke seg vekk *våger å bli personlig og konfrontere/spørre hverandre (og pasienter) om nåværende tilstand/situasjon, tidligere episoder m/trusler/vold, evt. feil beslutning
Sykepleier-pasient-relasjon	-endret holdning, relasjon og mistillit til personale etter tvang (→«stille protestreaksjon»: unngikk personal→«eksploberte» → ny tvang) -Debrifing gjenopprettet terapeutisk relasjon	-behov for å åpne for pasientens syn/perspektiv/erfaringer tilknyttet tvang (ansatte anerkjenner bekymringene/de etiske utfordringene pasientene/pårørende rapporterer) →behov for dialog m/pasienten	-God relasjon → snakket kameratslig til pasienten: Oppførte seg dårlig: « <i>Nå oppfører du deg som en idiot</i> » -Pårørende: suksessfaktor m/venner som han stoler litt på og kanskje respekterer -mindre utagering: Vanskeligere å slå venner enn voktere	-Tvang påvirker relasjonen og dermed også kvalitet på evaluering og risikovurdering (bla. når avslutte beltelegging) - Beltelegging ga mulighet til å styrke relasjonen; beskytte og berolige pasienten underveis, gi en pause for å lytte, bearbeide følelser og hendelsen «Allianseparameter»	-God relasjon med pasienten→trygghet, tillit, og teamfølelse→oppleves som meningsfullt

				<p>(relasjonen påvirkes av tvang):</p> <p>-«kontaktkvalitet» preget av humørsvingninger, uforutsigbarhet, pasientdominert, negativ kontakt, mistillit</p> <p>-«overkompenserende reaksjoner» etter: v/å avvise/reducere/boikotte kontakt m/personell</p> <p>*tendens til bli aggressiv etter en stund → ny tvangsepisode</p> <p>-«innsikt»: i situasjonen/årsakene til beltelegging/psykiske problemer/distansering tilknyttet ansvar</p> <p>-«Samarbeid» angående avtaler om frihet/aktiviteter under beltelegging (gå på do og komme tilbake)</p> <p>-Gode relasjoner reduserer problemer hos pasient og personell</p>	
Recovery	<p>-«stille protestreaksjon» for å bli løslatt skader relasjonen som er avgjørende for recovery</p> <p>- manglende debriefing/etisk refleksjon er til hinder for recovery</p>	<p>- Etterlyser evidens på at tvang har bedringseffekt</p> <p>-Mangel på brukermedvirkning</p> <p>- Bekymring for alvorlige/svært plagsomme bivirkninger (antipsykotika)→hindre deltagelse i aktiviteter og sosialisering, bearbeide problemer terapeutisk, nedsatt levealder</p>	<p>- sosialisering i fellesareal m/medpasienter (utvidet frihet i kontrast m/tidligere behandling: stor grad av isolasjon)</p> <p>→relasjonsbygging, god erfaring (tidligere hatt få relasjoner)</p> <p>-samvær m/ personalet store deler av døgnet→ble møtt og sett</p> <p>-Brukermedvirkning og relasjonsarbeid: stor del av behandlingstilnærming (Ansvarliggjøring)</p> <p>-Aleneutgang nær utskrivelsesdato i pasient og pårørendes tempo (ønsket personale i</p>	<p>-Noen pasienter følte beltelegging var helt unødvendig, finnes ikke evidens for terapeutisk effekt, fatale konsekvenser har blitt rapportert</p> <p>* fortsatt bred enighet internasjonalt at totalforbud ikke er realistisk</p> <p>-Flere studier: beltelegging har vist seg å forverre aggresjon/øke sannsynlighet for vold/skader</p>	<p>-Vanskelig å kommunisere fordeler v/deltagelse og mulighet for personlig beslutningstaking innen rettspsykiatri</p> <p>*viktig å genuint føle seg involvert i framtidig planlegging</p> <p>*Autonomi er begrenset, kan likevel oppmuntre til deltagelse, gi tid, bygg videre på interessene deres</p> <p>-Vektla personlige egenskaper hos personal som fremmer recovery</p> <p>-Standardisert verktøy for risikovurdering ifm. beslutning om kortvarig/langvarig perm viste i retrospekt om omsorg/behandling hadde</p>

			starten)→selvstendigjøring		<p>effekt på voldsrisiko og bidrag til recovery</p> <p>-Fremming av recovery krever organisatoriske tilretteleggelser: tilgang til meningsfulle aktiviteter + som fremmer sosiale relasjoner</p> <p>-Behov for forsoning m/skyld og personlig ansvar for begått kriminalitet og/eller sykdom → oppdage ny identitet og erkjenne innvirkning de har på sitt og andres liv</p> <p>* personalets antagelse av behov, og bilde av pasienten basert på sykdom/kriminalitet →hinder for gjenoppretting av identitet</p> <p>Recovery utfordrer hierarkiet mellom pasient og fagperson (pasienten er «eksperten»/brukermedvirkning)→problematisk i rettspsykiatrien: Pasientens syn kan forstås som upålitelig og antisosial</p>
--	--	--	----------------------------	--	--

Vedlegg 3. Kvalitativ sjekkliste

Spørsmål	Artikkel 1.	Artikkel 2.	Artikkel 3.	Artikkel 4.	Artikkel 5.
Er formålet med studien klart formulert?	JA	JA	JA	JA	JA
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for	JA	JA	JA	JA	JA

å svare på problemstillingen?					
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	JA	JA	JA	JA
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	JA	JA	JA	JA
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	JA	JA	JA	JA	JA
Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ikke identifisert	Ikke identifisert	Ikke identifisert	JA -ingen interessekonflikter	JA -Ingen interessekonflikter
Er etiske forhold vurdert?	JA	JA	JA	JA	JA
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	JA	JA	JA	JA	JA