



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 346

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 10731

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 27

**Andre medlemmer i gruppen:** 348

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

Relasjonens virkning: Bruk av terapeutisk relasjon i tvangsbehandling

The effect of the therapeutic relationship:  
Using the therapeutic relationship in  
involuntary treatment

**Kandidatnummer: 346 og 348**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet avd. Bergen

Innleveringsdato: 22.05.20

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

## **Abstract**

### **Introduction**

Many people will experience dealing with a psychiatric illness at some point throughout their lives, some will also experience coercive measures in their treatment. How can nurses create a good therapeutic relationship to those patients? And does it increase the chance of a better treatment outcome for the patient?

### **Theory**

Research on literature before the analysis suggests that the therapeutic relationship does not only affect the person itself, it can also have an impact on their treatment outcome. Communication is suggested as an important part on making a positive change.

### **Method**

This paper is a literature search and a bachelor thesis in nursing. The search for articles was performed with the help of a PICO-model on following databases: Cinahl, Medline, Psycinfo, and Svemed+. The analysis consists of 5 qualitative studies and 1 systematic literature search found through a citation search on Google Scholar.

### **Results**

Through the analysis there were found 4 underlying subjects; anatomy, trust and teamwork, the therapeutic relationships impact, perceptions and expectations of staff, and coercive measures evaluation.

### **Discussion**

Verbal and nonverbal communication skills seemed to be important in the treatment as well as listening to the patients for a positive therapeutic relationship. Safety and respect were both mentioned as a way of meeting the patients' needs in context of the therapeutic relationship and treatment. A common ground about coercive measures seemed to matter, and the therapeutic relationship was especially important to secure good treatment using these measures.

### **Conclusion**

Nurses can use their communication skills as a tool and the therapeutic relationship needs to be built on respect, safety, trust and a common ground to make a positive outcome in treatment with involuntary measures. Some areas discussed needs further research.

### **Keywords**

Coercion, involuntary treatment, mental disorders, psychiatric patient, psychiatric illness, nurse-patient relationship.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Presentasjon av tema .....	5
1.2 Presisering av problemstilling .....	6
1.3 Relevans for sykepleiere.....	7
1.4 Avgrensninger .....	7
1.5 Avklaring av begreper i problemstillingen .....	8
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>9</b>
2.1 Sykepleie .....	9
2.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee .....	9
2.3 Psykiske lidelser .....	10
2.4 Tvang .....	10
2.5 Relasjonsbygging.....	11
2.6 Kommunikasjon som verktøy i relasjonsbygging .....	13
2.7 Tidligere forskning .....	14
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>16</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	16
3.2 Søk etter faglitteratur .....	16
3.3 Formulering av problemstilling .....	16
PICO-modell.....	17
3.4 Gjennomføring av søk .....	17
3.5 Ethiske overveielser.....	18
3.6 Metodekritikk .....	18
3.7 Analyse .....	19
3.8 Kildekritikk.....	19
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>22</b>
4.1 Perspektiver .....	22
4.2 Autonomi, tillit og samarbeid.....	22
4.3 Påvirkninger av den terapeutiske relasjonen .....	23
4.4 Pasientens oppfatninger og forventninger av personalet.....	25
4.5 Tvang.....	25
<b>5.0 Diskusjon.....</b>	<b>27</b>
5.1 Styrkevurdering .....	27
5.2 Verbal og nonverbal kommunikasjon.....	28
5.3 Aktiv lytting.....	29
5.4 Trygghet som en del av relasjonsbyggingen .....	31
5.5 God relasjon mellom sykepleier og pasient under tvangsbehandling .....	33
5.6 God behandling.....	34
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>37</b>
6.1 Oppsummering .....	37
6.2 Videre forskning .....	37
<b>7.0 Litteraturliste .....</b>	<b>38</b>
<b>8.0 Vedlegg.....</b>	<b>41</b>

8.1 Søkeord i databaser (s. 1-2) .....	41
CHINAHL .....	41
PsychINFO .....	41
MEDLINE .....	42
Svemed+ .....	42
8.2 Flow-diagram (s. 3) .....	43
8.3 Litteratormatrise (s. 4-10) .....	44
8.4 Sjekklistor (s. 11-12).....	51
Sjekkliste for kvalitative studier .....	51
Sjekkliste for systematiske oversikter .....	52

Antall ord i oppgaven er ekskludert kilder i parentes, abstrakt, innholdsfortegnelse, litteraturliste, figurer og tabeller.

### Tabelloversikt

Tabell 1	PICO-modell
Tabell 2	CHINAHL
Tabell 3	PsychINFO
Tabell 4	MEDLINE
Tabell 5	Svemed+
Tabell 6	Flow-diagram
Tabell 7	Litteratormatrise
Tabell 8	Sjekkliste for kvalitative studier
Tabell 9	Sjekkliste for systematiske oversikter

«Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager» (Travelbee, 1999, s. 44-45).

## 1.0 INNLEDNING

I det innledende kapitlet gjøres det rede for bakgrunn for valg av tema, presisering av problemstilling og relevans for sykepleieutøvelse. Deretter presenteres aktuelle avgrensninger, og begreper fra problemstilling vil avklares for å gi leseren en mer helhetlig forståelse av oppgaven.

### 1.1 PRESENTASJON AV TEMA

I løpet av livet vil 30-50% av befolkningen oppleve en form for psykiske vansker. Dette tilsier at mange også vil være i behov for behandling. Tjenestetilbudet til personer med redusert psykisk helse er et felt som de siste 50 årene har vært mye i endring. Blant annet har antall døgnplasser blitt redusert, og på den andre siden har den polikliniske aktiviteten økt betraktelig. Tiltak som brukervedvirkning har blitt tatt i bruk for å gjøre behandlingene mer individualiserte, og dermed av bedre kvalitet (Helsedirektoratet, 2015, s. 8-9). En del personer med psykiske lidelser vil oppleve det å få et tvangsvedtak, eller å bli lagt inn på tvang i løpet av sykdomsperioden (Helsedirektoratet, 2019, s. 12).

I 2017 var det totalt 5500 personer i Norge som ble tvangsinnlagt (Bremnes, 2019, s. 12). I Norge har vi som nevnt lover og regler som er klare på hvilke situasjoner man kan benytte seg av tvangsvedtak. Det er strenge vilkår; det skal ha blitt forsøkt å danne frivillige tiltak først, og det må hele tiden revurderes om det er behov for å nytte seg av tvangsparagrafene (Psykisk helsevernloven, 1999, paragraf §3.3). Det samme året ble det vedtatt endringer i «Lov om psykisk helsevern»: Vilkårene for bruk av tvang ble strengere, og de nye endringene åpnet opp for at pasienter med samtykkekompetanse skulle få ta større del i bestemmelser knyttet til om de ønsker behandling. Det er viktig å presisere at endringene som er blitt gjort ikke er gjeldene i situasjoner der pasienter er til fare for andres liv og helse, eller til fare for eget liv. Endringer av antall tvangsinnleggelse i etterkant av lovendringen er ikke å se fra perioden før 2017 til 2018, ifølge helsedirektoratet sin rapport «Tvang i psykisk helsevern» (Bremnes & Skui, 2020, s. 2-4).

Under et tvangsvedtak kan pasienten for eksempel måtte delta ufrivillig i relasjon med pleier (Skau, 2013, s. 35). Mellom pasient og hjelper vil det alltid være tilstede en maktforskjell i relasjonen som dannes (Skau, 2013, s. 31). Hvordan sykepleier benytter seg av makten som ligger i yrkesrollen avhenger mye av personlige kompetanse (Skau, 2013, s. 143). Som



yrkesutøver er det viktig å være klar over ansvaret som ligger i makten, og den eventuelle påvirkningen den kan ha på relasjonen dersom man misbruker den (Skau, 2014, s. 32).

Innenfor psykisk helse betegnes den terapeutiske relasjonen som viktig og betydelig for behandlingsresultatet (Geirdal & Varvin, 2017, s. 36). Gjennom relasjoner i vårt sosiale nettverk kan vi søke støtte. Når noen vi har en relasjon til lytter og gir oss mulighet til å sette ord på våre følelser, kan dette føre til lindring av lidelse og redusere stress. Kvaliteten av den støtten som oppleves kommer av kvaliteten på relasjonene, ikke kvantiteten av dem. Tryggheten man kan oppnå av en god relasjon kan ha positive påvirkninger der en stressreaksjon vil ha negative påvirkninger på kroppen (Gustin, 2016, s. 191).

## 1.2 PRESISERING AV PROBLEMSTILLING

Vi har gjennom studiet hatt en praksisperiode og deltidsjobb på psykiatrisk avdeling. Det har gitt oss mye lærdom, vært interessant og noe vi har trivdes svært godt med. Viktigheten rundt gode relasjoner til pasienter er å erfare i sykepleieryrket, og for å bedre kunne hjelpe denne pasientgruppen ønsker vi mer kunnskap for å yte gode terapeutiske relasjoner. Samtidig undrer vi oss over om det har noe å si for effekten av behandlingsforløpet. Følgende spørsmål er dermed stilt: Hvordan kan vi som sykepleiere danne gode terapeutiske relasjoner? Fører en god relasjon til et mer effektivt behandlingsforløp? Hva mener pasienten trengs av oss som sykepleiere, for å danne en god relasjon? Hva er en god relasjon? Hvordan påvirker tvangstiltak den terapeutiske relasjonen? På bakgrunn av disse spørsmål har vi valgt problemstillingen:

***«Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med psykisk lidelse, som har et tvangsvedtak, for å fremme god behandling?»***

### 1.3 RELEVANS FOR SYKEPLEIERE

Phil Barker, en sykepleieteoretiker, omtaler psykiske lidelser slik: «...de oppstår når mennesker får problemer med selve det å leve, og dermed kommer ut av kurs. Det å bli frisk vil da handle om å finne kursen igjen, og ta tilbake kontrollen i livet». Ifølge han er det sykepleieren sin rolle å gi pasienten denne støtten (Gustin, 2016, s. 222-223). Resultater fra tidligere forskning viser at den terapeutiske relasjonen er det som skaper endring, og ikke behandlingen i seg selv (Snoek & Engedal, 2017, s. 24).

### 1.4 AVGRENSNINGER

Problemstillingen er ikke konkretisert til å omhandle en utvalgt psykisk lidelse, men relasjoner til pasienter med en psykisk lidelse generelt. Det av den grunn at diagnosen ikke skal være i hovedfokus, men mennesket i en helhet er det som blir undersøkt. Oppgaven er spesifisert til mennesker over 18 år, både menn og kvinner innlagt i en voksenpsykiatrisk avdeling som har et tvangsvedtak. Fokuset er på den terapeutiske relasjonen, og tiltak utenom det medisinske. Ifølge Thidemann (2015) finnes et hav av litteratur der ute, for å kunne avgrense mengden litteratur kan man ta i bruk inklusjon- og eksklusjonskriterier. Ved å benytte seg av inklusjon- og eksklusjonskriterier får man snevret inn litteraturen som finnes mer spesifikt inn mot problemstillingen, og det man ønsker å finne svar på (Thidemann, 2015, s. 84).

#### Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert i tidsrommet 2009-2020.
- Artikler skrevet på skandinaviske eller engelsk språk
- Personer over 18 år
- Begge kjønn
- Innlagt i psykisk helsevern med tvangsvedtak

#### Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2009
- Medisinske diagnoser og behandling
- Barn
- Pasienter som ikke har et tvangsvedtak

### 1.5 AVKLARING AV BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN

Psykiske lidelser- «Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser». Psykiske lidelser kan påvirke personen på flere ulike områder, og det fører ofte med seg at funksjonsevnen i dagliglivet blir nedsatt. Redusert livskvalitet kan være en av konsekvensen av det (Malt & Aslaksen, 2019). Under samlebegrepet psykiske lidelser finner vi blant annet lidelser som schizofreni, personlighetsforstyrrelse og bipolar lidelse (Folkehelseinstituttet, 2015).

Tvangstiltak- Når en gjennomfører et tvangstiltak utfører man en handling mot en person, mot deres vilje. «Bruken av tvang i det psykiske helsevern er nærmere regulert i psykisk helsevernloven og i forskrifter om adgang til bruk av tvangsmidler som er gitt med hjemmel i loven» (Molven, 2019).

Terapeutisk relasjon- Relasjonen som oppstår mellom sykepleier og pasient, der den ene hjelper den andre, er en terapeutisk relasjon. Den terapeutiske relasjonen består av tre deler: det reelle forholdet, arbeidsalliansen og motoverføring (Geirdal & Varvin, 2017, s. 36).

## 2.0 TEORI

I dette kapitlet vil det bli presentert teori knyttet til tema som kan gi gode forkunnskaper for resultat- og diskusjonskapitlet. Teorien er hentet fra relevant faglitteratur, lovverk og pensum fra faget «Fagforståelse for sykepleie i psykisk helsevern». Det er også blitt hentet ut teori knyttet til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, da hun var en psykiatrisk sykepleier, og er kjent for sine teorier rundt mellommenneskelige relasjoner og relasjonens betydning i sykepleie som hun skrev om i sin bok *Interpersonal Aspects in Nursing* (Travelbee, 1999, s. 5).

### 2.1 SYKEPLEIE

Omsorg er det ordet som ofte blir sett på som kjennetegn for en sykepleier (Hummelvoll, 2018, s. 23). Det å føle seg forstått og bli tatt på alvor er det pasienter ofte beskriver som egenskaper hos en god sykepleier (Gustin, 2016, s. 264). Det ligger et stort ansvar på yrkesrollen sykepleie. Sykepleiere har bygd seg opp en stor kunnskapsbase, som er viktig å benytte seg av i møte med pasienten (Hummelvoll, 2018, s. 122-123).

Som sykepleier har man en rekke ulike oppgaver, blant annet å dekke pasientens grunnleggende behov; nemlig de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov. Ifølge psykologen Abraham Maslow kan det å ikke få dekket sine grunnleggende behov, ha en sammenheng med psykiske lidelser (Gustin, 2016, s. 174).

### 2.2 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Viktigheten av sykepleierens oppgave, som går ut på å opparbeide et godt forhold til pasienten, ble presisert av Travelbee. Dette avhenger av at det oppstår et menneske-til-menneske-forhold. Når dette er oppnådd kan en forholde seg som menneske til menneske, i stedet for rollene «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 1999, s. 77). Noe som hun også nevner er det å bruke seg selv terapeutisk. Hun snakker om det å observere seg selv og sine interaksjoner, for så å kunne bruke seg selv målrettet og bevisst for å skape en relasjon til pasienten. Forandring hos

pasienten, som er hovedmålet med å bruke seg selv terapeutisk, betraktes som terapeutisk når den lindrer pasientens plager (Travelbee, 1999, s. 44-45).

### 2.3 PSYKISKE LIDELSER

«Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer som påvirker både tanker og følelser» (Malt & Aslaksen, 2019). Det finnes en rekke ulike psykiske lidelser som blant annet angst, paranoid psykose, depresjon, spiseforstyrrelser og schizofreni (WHO, 1992). Psykiske lidelser oppstår ofte tidlig i livet, og dersom pasienten ikke kommer i gang med et effektivt behandlingsforløp kan den psykiske lidelsen utvikle seg til å bli en kronisk lidelse (Mykletun Knudsen & Mathiesen, 2008, s. 10). Om den psykiske lidelsen blir kronisk vil pasienten leve et liv der han opplever gjentatte episoder av forverring grunnet den psykiske helsen. Et eksempel på en psykisk lidelse som blir regnet å ha et kronisk forløp er Schizofreni. Den følger ofte et kronisk forløp med spontan bedring, etterfulgt av tilbakefall. Samtidig er det ikke tilfelle for alle som får denne diagnosen (FHI, 2018, s. 15).

Snoek og Engedal (2017) skriver i sin bok at: «Det er viktig å huske på at det er sykdommen vi diagnostiserer og klassifiserer, mens det er mennesket vi behandler» (s. 75). Mange mennesker synes det er vanskelig å ha en psykisk lidelse, og sier at det å få en psykiatrisk diagnose gir en følelse av å bli merket og at det lett kan bidra til at en blir utstøtt (Snoek & Engedal, 2017, s. 22). Som sykepleier må man være profesjonell og se menneske bak diagnosen (Snoek & Engedal, 2017, s. 75). «Vi må godta at grensen mellom det friske og syke, det avvikende og det normale er flytende og foranderlig, i tillegg til at den oppleves forskjellig av ulike personer» (Snoek & Engedal, 2017, s. 28).

### 2.4 TVANG

I Norge er det strenge lover og regler for hvilke situasjoner man kan benytte seg av et tvangsvedtak. Det er regulert gjennom lovverket: «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern». Denne loven skal sikre at etableringen og gjennomføringen av psykisk helsevern skjer forsvarlig og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999).

Under paragraf 3-3 står det beskrevet en rekke vilkår som må være oppfylt for å få gjennomført vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det står blant annet skrevet om at frivillig psykisk

helsevern skal ha blitt prøvd først uten å lykkes. Årsaker som at pasienten har en sinnslidelse, som kan utgjøre en fare for eget eller andres liv og helse, kan også gjøre det nødvendig med etablering av tvunget psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, paragraf §3.3).

Tvangsinngrep er en krenkelse der fysiske intervensjoner blir brukt med hensikt av å være til pasientens beste (Skau, 2013, s. 63). I en sosial situasjon vil alle opplevelser fra den enkelte være subjektiv. Dette fører til at opplevelser av krenkelse ikke alltid er ment som en krenkelse. Arbeidet må både ha vekt på regelverk og evidensbasert kunnskap, men også følelser, intuisjon, verdier og erfaring. Det kreves derfor alltid en pågående etisk diskusjon i forhold til retningslinje, samtidig som det ikke kan være en fastslått fasit, og sykepleiere i sin utøvelse av profesjonen må alltid være en del av denne utviklingen (Skau, 2013, s. 142-145).

Noe annet som tjenesteapparatet må forholde seg til er brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, som gir pasienten rett til å bli involvert i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Det gir også rett til medvirkning av disse. Brukermedvirkning er for å sikre et godt individuelt tilbud. Det gir også bruker av tjenester innen psykisk helsevern muligheten for å godta hjelp på egne premisser ved å bli sett og respektert (Helsedirektoratet, 2017).

## 2.5 RELASJONSBYGGING

Ifølge Hubble, Duncan og Miller referert i Snoek og Engedal (2017, s. 24) blir relasjonen som oppstår mellom pasient og terapeut sett på som den mest virksomme enkeltfaktoren i psykoterapeutisk behandling. Hos oss mennesker ligger det som oftest naturlig det å skape relasjoner, men det er samtidig viktig at omgivelsene også tillater det å skape tilknytninger (Gustin, 2016, s. 120).

Sykepleie- pasient- forholdet beskrives i Hummelvoll (2018) som:

«... det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (evt. å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand - støtte og utfordring» (s. 38).

Mennesker som gir håp og forventinger om at ting blir bedre når pasienten selv ser på alt som veldig mørkt, kan være til stor motivasjon. Samtidig som effekten av å ha noen som genuint bryr seg og viser interesse kan bidra til økt motivasjon og gi gode opplevelser (Hummelvoll, 2018, s. 23).

Det er viktig å huske på at pasienten av ulike årsaker normalt kan ha fravær av relasjoner, og at det kan være et faktum som påvirker helsen til personen. Relasjoner som dannes kan både virke positivt og negativt inn på en person. Dersom en relasjon er av god kvalitet kan det ha flere positive innvirkninger i form av at det både kan gi glede og støtte. Det er likevel viktig å ta med seg at når en relasjon er av negativ kvalitet kan det føre med seg en rekke negative følelser, som for eksempel utilstrekkelighet. Det å sette ord på følelser kan være lettere dersom en har noen som lytter og kan være til støtte (Gustin, 2016, s. 191).

Dersom man skal kunne danne en god relasjon er det viktig å huske på at det vil ta tid, og det å etablere en varig relasjon med pasienten kan også være et behandlingstiltak i seg selv (Borg & Topor, 2014, s. 100). Det å danne en relasjon med et menneske er også en dyptvirkende og omfattende prosess der sykepleiere blir en levende del av samspillet som danner en helhet i behandlingen. I dette samspillet vil terapeuten fungere som en trener og pasienten som utøveren i prosessen som utgjør behandlingen (Hummelvoll, 2018, s. 125).

Samspillet mellom sykepleier og pasient kan både sette et preg på hvordan pasienten har det her og nå, men også i etterkant. Sykepleieteoretikere har ofte nettopp samspillet med pasient i sentrum når de beskriver hva som kjennetegner god sykepleie (Gustin, 2016, s. 274). Relasjonsarbeid er sentralt for at pasienten skal føle seg trygg og i stand til å samarbeide om et felles mål. Kvaliteten på relasjonen er viktig i alle deler av psykisk helsevern, og er ofte bestemmende for resultatet av tiltakene som blir satt i gang (Geirdal & Varvin, 2017, s. 13).

Dersom det viser seg at behandlingen går i riktig retning kan det ofte føre til at relasjonen blir dypere over tid (Geirdal & Varvin, 2017, s. 37). Eide og Eide (2018) skriver: «Et forhold mellom helsepersonell og pasienter kan ofte bli personlig, men bør ikke bli privat». Sykepleiere er profesjonsutøvere som skal sette pasienten i sentrum, for å få det til er det viktig å ha et tydelig skille mellom det private og det profesjonelle (Eide & Eide, 2018, s. 246).

En nær relasjon trenger nødvendigvis ikke være en god relasjon (Aamodt, 2014, s. 189). Aamodt forteller at gjensidig forståelse, aksept eller bekreftelse, og respekt er tre begreper som viser seg å være grunnleggende for å skape en god relasjon. Hun velger å utelukke oppmuntring som grunnleggende da dette er en enveis handling. Det er snakk om kommunikasjon når en refererer til det gjensidige. Ved bruk av dialog kan en komme fram til en felles forståelse. En ideell samtalesituasjon forutsetter at begge parter har en felles forståelse av situasjonen og at begge tar ansvar for samtalens retning (Aamodt, 2014, s. 164).

## 2.6 KOMMUNIKASJON SOM VERKTØY I RELASJONSBYGGING

Det å kommunisere er noe vi har gjort helt fra vi var født, fra å bare lage lyder til å kunne prate med hele setninger (Grønseth & Markestad, 2017, s. 31). Kommunikasjon er en viktig del av hverdagen, og vi har både verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er en måte å tilnærme oss andre på, og for å bli kjent med, og danne relasjon med den psykiatriske pasienten (Hummelvoll, 2018, s. 420-421).

Det å utvikle en felles forståelse og fellesskap skjer i et samspill mellom mennesker. Et viktig virkemiddel i relasjonsbygging er dermed kommunikasjon (Hummelvoll, 2018, s. 420). Kommunikasjon refererer til noe gjensidig mellom mennesker (Aamodt, 2014, s. 164). Travelbee mente at kommunikasjon var et middel til å opprette menneske- til- menneskeforholdet, som igjen er et middel for å realisere formålet med sykepleien (Travelbee, 1999, s. 140). Kommunikasjon handler vell så mye om hvordan vi tar imot og responderer på det andre sier, som hva vi faktisk sier (Gustin, 2016, s. 287).

Som profesjonell yrkesutøver er det viktig at sykepleiere også i kommunikasjonen er profesjonelle og personsentrert (Eide & Eide, 2018, s. 16). Profesjonell kommunikasjon er nemlig basert på verdigrunnlaget for yrket. Dermed vil det for sykepleiere handle om «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelsen» (Eide & Eide, 2018, s. 32). Formålet er å motivere den andre til å for eksempel ta tak i egen situasjon, å få pasienten til å bruke egne ressurser og gjøre endringer der det er nødvendig som er mye av det som kreves i psykiatrien (Eide & Eide, 2018, s. 18). Sykepleieren har det overordnede ansvaret for pasienten, men pasienten har også et ansvar og er en viktig medspiller. Dette forutsetter en gjensidig samhandling som sikrer at hjelpen som blir gitt baseres på pasientens behov (Aamodt, 2014, s. 201).



Kunsten med kommunikasjonen, og det som er viktig å lære seg, er å lytte aktivt og oppfatte samspillet mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er slik man klarer å oppfatte det som er viktig for den andre (Eide & Eide, 2018, s. 22). Pasienten merker raskt om interessen vår er tilstede i samtalen gjennom vår kroppsholdning, ansiktsuttrykk, stemmeleiet og måten vi sitter på (Aamodt, 2014, s. 69). Det fins ulike metoder å gå fram på i kommunikasjonen med pasienten. Bruk av bekreftende kommunikasjon kan for mange skape trygghet og tillit, og være en viktig del av arbeidet med å etablere kontakt og styrke arbeidsrelasjonen (Eide & Eide, 2018, s. 213). Det å ha gode kommunikasjonsferdigheter hjelper en i mange situasjoner til å forstå pasienten som person, og til å forstå relasjonen. Dette er faktorer som er veldig viktig i psykisk helsearbeid (Eide & Eide, 2018, s. 39).

## 2.7 TIDLIGERE FORSKNING

Horvath lagde i 2006 en oppsummering av forskning på den terapeutiske alliansen i en historisk kontekst; 1932-2005 (s. 258). Han så et behov for å revurdere nåværende forskning, for å identifisere passende psykoterapeutisk praksis ved å vurdere i en bredere kontekst (fugleperspektiv). Følgende spørsmål ble stilt; Er alliansen en bevisst «ekte relasjon» eller overføringsbasert? Er effekten av behandlingsutfall direkte påvirket av kvaliteten på alliansen, eller gir alliansen en mulighet til å effektivisere virkningsfulle strategier som igjen fører til positive forandringer? (Horvath, 2006, s. 258-259).

Tidligere analytiske forfattere hadde en tendens til å se alliansen som hjelpende i stedet for en direkte årsak til forandring. De understrekte den ubevisste overføringskonseptualiseringen. Et annet perspektiv dannet seg på 1950-tallet; den terapeutiske relasjonen er ekte og basert primært på «her og nå» terapeut-pasient møtet. Innenfor dette konseptet ble det foreslått flere ulike ideer om de essensielle komponentene av en god terapeutisk relasjon og psykologiske mekanismer som relasjonen faktisk lindrer. Det gjentakende argumentet baserte seg på at kvaliteten av den terapeutiske relasjonen hadde direkte tilknytning til behandlingsutfall: relasjonen er kurativ i seg selv (Horvath, 2006, s. 259).

Oppdraget med å få en bedre forståelse av strukturen og rollene av alliansen løftet en relatert utfordring; å få en bedre forståelse på alliansen som en del av den terapeutiske relasjonen. Nylig hadde det blitt utført et systematisk søk på relasjoner i terapi, som resulterte i 11 elementer innenfor rammeverket av den terapeutiske relasjonen. Disse elementene var alliansen, samhold, empati, samarbeid, positivt hensyn, enighet, tilbakemeldinger, reparasjon av rupturer i

alliansen, eksponering, overføring av mot og pasientens tolkning av relasjonen. Det virket å være en overlapping av disse elementene og dannelse av et rammeverk basert på dette vil være vanskelig å utforme (Horvath, 2006, s. 260-261).

## 3.0 METODE

Dalland refererer til sosiologen Vilhelm Aubert som beskriver metode som: «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2013, s. 111). I dette kapitlet vil det gjøres det rede for litteraturstudie som metode og for fremgangsmåten som ledet til litteraturen brukt for å besvare problemstillingen.

### 3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie handler om å systematisere kunnskap man finner fra ulike skriftlige kilder. En samler inn litteratur og kritisk vurderer den før en til slutt lager en oversikt over resultatet man har innhentet. Hensikten er å gi leseren en forståelse av kunnskapen knyttet til det problemstillingen spør etter, og hvordan man har funnet fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-81). Søket er blitt gjennomført i databaser som vi har tilgjengelig gjennom Høgskulen på Vestlandet.

### 3.2 SØK ETTER FAGLITTERATUR

Arbeidet med å finne relevant faglitteratur startet med å se tilbake på tidligere pensumlister i relevante emner fra sykepleiestudiet. Samt å søke etter relevant litteratur i «Oria» som er biblioteket sin database. I tillegg ble det gjennomført søk etter relevant forskningslitteratur i databasene Cinahl, Medline, Psycinfo og Svemed+.

### 3.3 FORMULERING AV PROBLEMSTILLING

PICO-modellen er blitt benyttet som hjelpemiddel fra problemstilling til søk. En PICO- modell kan brukes for å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar. PICO står for «patient», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2015, s. 86).

Problemstillingen ble formulert ut ifra hva vi ønsket å finne svar på, og deretter satt inn i en PICO- modell. I problemstillingen ble «comparison» utelukket da hovedmålet ikke var å sammenligne ulike tiltak. Ved å dele opp problemstillingen blir det lettere å finne gode søkeord, noe man sammen med en god søkestrategi er avhengig av for å gjøre søkeprosessen lettere (Thidemann, 2015, s. 87). For å ha flere ord å kombinere med ble det funnet synonymer for de allerede eksisterende ordene i problemstillingen.

Mange databaser har egne emneordssystemer; MeSH er et eksempel på dette. Det står for «Medical Subject Headings». Emneordene fungerer slik at de beskriver innholdet i artikler og fungerer som søkeord i de utvalgte databasene. I *Bacheloroppgave for sykepleiestudenter* refereres det til en bok av Kilvik og Lamøy som anbefaler å bruke slike emneordssystemer der det er muligheter for det, og begrunner det med at man da har bedre kontroll over søket (Thidemann, 2015, s. 87).

### PICO-MODELL

P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Person with psychiatric illnesses or diseases with involuntary treatment/coercion</li> <li>- Psychiatric patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication</li> <li>- Reliance on a person</li> <li>- Measure to improve nurse-patients- relationship</li> <li>- Nursing care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No comparison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trust</li> <li>- Therapeutic alliance</li> <li>- Relationships</li> <li>- Better treatment</li> </ul>

P	I	C	O
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykiatriske pasienter</li> <li>- Personer med psykisk lidelse</li> <li>- Person med tvangsvedtak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikasjon</li> <li>- Mål for å forbedre sykepleie-pasienten forhold</li> <li>- Relasjon</li> <li>- Sykepleie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen sammenligning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbedre behandlingsforløpet</li> <li>- Terapeutisk allianse</li> <li>- Opparbeide en terapeutisk relasjon</li> <li>- Tillit</li> </ul>

### 3.4 GJENNOMFØRING AV SØK

Arbeidet fra PICO- modellen ble overført, og både MeSH- og nøkkelord ble brukt for å oppnå best resultat. Ulike kombinasjoner av «AND» og «OR» ble utprøvd for å utvide og innsnevre søkene. «AND» sin funksjon er å få opp treff der begge søkeordene er brukt i resultatet. Dette gjøres ved å bruke «AND» mellom to søkeord. Ved å bruke «OR» får man treff på søkeord 1, søkeord 2 eller begge (Thidemann, 2015, s. 88). Søkeordene som er brukt, og resultatet det ga i denne oppgaven er presentert nederst i vedlegg 7.1 *Søkeord i databaser*.

Etter å ha jobbet med søk på egenhånd en periode fikk vi hjelp av bibliotekar, for å kontrollere og eventuelt supplere eget søk. Arbeidet som ble gjort sammen med bibliotekaren ga mye av

de samme resultatene som fra tidligere søk, og det ble bekreftet at PICO- skjemaet bestod av gode søkeord som var relevante for problemstillingen.

Blant treffene fra søket ønsket vi i hovedsak kvalitative studier. Det var mest relevant for vår problemstilling ettersom kvalitative studier har som formål å få tak i personers mening og opplevelser knyttet til et tema som ikke kan måles eller tallfestes (Thidemann, 2015, s. 78).

Søket i Cinahl, Psychinfo, Svemed+ og Medline gav oss et resultat på 169 artikler. Etter å ha lest fulltekst på utvalgte artikler fra Svemed+ endte vi opp med å ikke inkludere noen artikler fra den databasen. Etter at titler, sammendrag og en del artikler i fulltekst var lest stod vi tilslutt igjen med 5 artikler som ble med oss videre i oppgaven.

Deretter ble det gjennomført siteringssøk av de utvalgte artiklene i Google Scholar for å finne flere artikler med relevant forskning. Et siteringssøk kan gi informasjon om artikkelen er blitt sitert til i andre forskningsartikler. Ved å gjennomføre et slik søk kan man finne fram til sentrale artikler innenfor temaet (HVL, UiB, UiO & Nasjonalbiblioteket, 2019). Etter gjennomført siteringssøk av de 5 artiklene ble en ny artikkel inkludert i oppgaven. Den ble valgt ut fra 268 siteringer, der mange kunne ekskluderes fra overskriftene alene. Resterende artikler ble lest i fulltekst og 5 av 6 artikler ble ekskludert.

### 3.5 ETISKE OVERVEIELSER

Denne bacheloroppgaven skal skrives av kandidatene. De faglige diskusjoner og refleksjoner som er å finne i oppgaven skal komme fra kandidatenes egne refleksjoner, og tanker om den forskning som er funnet ved hjelp av eget søk i tidligere nevnte databaser. Bruk av sitater og litteratur skal refereres til etter referansestil APA 6th, slik at kandidatenes egne ord ikke blir forvekslet med litteratur. Utvalgt litteratur er heller ikke omformulert på en måte som gjør at forfatterens budskap kan tolkes på feil måte.

### 3.6 METODEKRITIKK

Som studenter er det første gang vi skriver en slik stor og krevende oppgave. Det gjør oss lite erfarne og kan ha påvirket gjennomføringen av søket på en negativ måte, og dermed også resultatet i oppgaven. Til tross for det, kan det være teknikker man lærer seg etter å ha jobbet mye med forskningsartikler, i forhold til å finne artikler av høyere kvalitet og nyere utgaver som vi ikke kjenner til enda. De utvalgte artiklene er publisert i kjente databaser som vi har

tilgang på gjennom Høgskulen på Vestlandet. Artikkene er også vurdert opp mot Helsebiblioteket sine reviderte sjekklister. En bacheloroppgave handler om å skrive akademisk. Man skal ha en objektiv tilnærming til problemstilling, og utfra det undersøke den grundig. Dette innebærer å ha en forsiktig tolkning av resultatene (Thidemann, 2015, s. 27). Det faktumet at søket kun er gjennomført i 4 databaser kan være kritikkverdigg, da det kan føre til at gode artikler, som mulig finnes i andre databaser, ikke blir funnet.

Alle artiklene inkludert i oppgaven er skrevet på engelsk skriftspråk. Vi behersker det engelske språket ganske bra, men det oppstår likevel en språkbarriere som gir mulig feiltolkning av resultatene som forskeren(e) egentlig ønsket å få frem. Artikkene er lest grundig, flere ganger, og gjengitt etter beste evne for å få best mulig oversettelse.

### 3.7 ANALYSE

Thidemann (2015, s. 91) beskriver analyse som et steg i oppgaven der man gransker hva teksten forteller, og tolker teksten i et forsøk på å få en forståelse av den. I denne oppgaven er det blitt brukt en litteratormatrise. Ifølge Thidemann (2015, s. 94) kan en litteratormatrise brukes som et hjelpemiddel for å lage en helhetlig oversikt som synliggjør likheter og forskjeller. Litteratormatrise blir også sett på som et godt hjelpemiddel i arbeidet med å sammenfatte artiklene (Thidemann, 2015, s. 89). På den måten ble gjentakende temaer oppdaget og ga utgangspunktet for den tematiske oversikten presentert i resultatkapitlet. Litteratormatrisen er delt inn i flere kolonner med oversikt over studiedesign, utvalg, intervensjon, funn, konklusjon og overføringsverdi, land og årstall for hver enkelt artikkel.

### 3.8 KILDEKRITIKK

I arbeidet med å besvare problemstillingen har det blitt foretatt en kritisk vurdering av kildene til faglitteratur og forskningsartikkene som ble funnet. Dalland (2013) forklarer arbeidet med kildekritikk slik: «Kildekritikk skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen» (s. 72).

Artikkene er vurdert opp mot *sjekklister for kvalitative studier* eller *sjekklister for systematisk oversikt* hentet fra *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* (Nylenna, 2015, Vedlegg 2- Sjekklister), og den fulle formateringen er å finne i kapittel 7.5 *Sjekklister*. Alle artiklene, utenom en artikkel, er oppbygd ved hjelp av IMRaD- modellen, som er strukturen

vitenskapelige artikler er bygd opp på (Thidemann, 2015, s. 68). I tillegg følger artiklene forhåndsbestemte inklusjon- og eksklusjonskriterier, omhandlende publikasjon av forskningen i løpet av de 10 siste årene. Dette for å sørge for å inkludere den nyeste forskningen i feltet. Fagfellevurdering av artiklene er også blitt gjennomført. Alle disse kriteriene samlet, i tillegg til samsvar med problemstillingen førte til at artiklene ble vurdert som sterke, som førte til de 6 utvalgte artiklene.

Det er verdt å nevne at artikkel 6, Gardner (2010), ikke følger IMRaD- modellen. I artikkelen er funnene lagt inn som en del av diskusjonskapitlet, i motsetning til de andre artiklene der funnene er lagt inn i et eget resultatkapittel. Vi tar utgangspunkt i at det er grunnet egen forfatterveileder i tidsskriftet *Contemporary Nurse* eller at det er valgfritt å slå resultat og diskusjon sammen til et kapittel, slik som også våre egne retningslinjer tilsier (HVL, 2017). Det som skal inkluderes er med, men det blir uansett vurdert som en svakhet i styrkeskjema (se vedlegg: 7.4 *Styrkeskjema*). På sjekklisten var det spørsmål om relasjonen mellom forfatterens ståsted og studiets design/resultater var diskutert. Det er noe uklart og vanskelig å finne noe utenom at forskningen er en del av en doktorgrad. Til tross for dette har vi vurdert den til å fylle kravene nok for inkludering i denne oppgaven. Dette grunnet at den inkluderer innledning, metode, resultater og diskusjon, bare ikke etter IMRaD-modellen. Den har også stor overføringsverdi grunnet sykepleiers perspektiv.

Wyder, Bland, Blythe, Matarasso og Crompton (2015) er en av de 48 studiene som er inkludert i den systematiske oversikten (Bolsinger, Jaeger, Hoff og Theodoridou, 2020, Tabell 1). Det ble vurdert at førstnevnte studie hadde for mange gode spesifikke funn relevante for problemstillingen i oppgaven til å ekskluderes. Samtidig ble den systematiske oversikten vurdert som nyttig for besvarelse av problemstillingen utenfor de funnene som er å finne i den ene studien. I tillegg til dette er den meget omfattende i forhold til de andre enkeltstudiene som er inkludert, og er den senest publiserte forskningsartikkelen fra vårt søk. Det ble derfor valgt å også inkludere denne i oppgavens analyse. Førstnevnte har bidratt med så mange gode og konkrete funn som er av fordel i en oppgave som krever en kvalitativ styrke. Samtidig har den systematiske oversikten gitt oppgavens argumenter mer styrke grunnet omfanget.

I hovedsak har vi forholdt oss til primærlitteratur, men det er også brukt sekundærlitteratur for å bygge bedre opp under problemstillingen. Svakheten ved en sekundærlitteratur kan være eventuelle mistolkninger fra primærlitteratur som følge av at noen har lest og mulig tolket

arbeidet før du leser det (Dalland, 2013, s. 73). Samtidig gir en sekundærstudie ofte en kunnskapsoppsummering og vurdering over tidligere arbeid (Dalland, 2013, s. 79). Det har vært en utfordring å få tak i litteratur, da også primærlitteratur, grunnet stengt bibliotek under koronakrisen.



## 4.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil ulike funn fra de 6 inkluderte artiklene presenteres tematisk. Artiklene er satt opp systematisk i egen tabell 7.3.1 *Oversikt*, som et vedlegg for en bedre oversikt over de ulike titlene, forfatterne og nummerering brukt i oppgaven. Alle artiklene inkludert i analysen utenom Bolsinger et al (2020) sin artikkel, som er en systematisk oversikt/litteratursøk, er kvalitative studier funnet ved hjelp av søket som ble presentert i metodekapitlet.

### 4.1 PERSPEKTIVER

Resultatene dekker synspunkt kun fra pasient, kun sykepleier eller begge perspektiver samtidig. Den mest omfattende studien inkludert er Bolsinger et al (2020, Tabell 1) som omfatter 48 ulike studier, der også et fåtall av dem er kvantitative studier. Wyder et al (2015, s. 182), og Valenti, Giacco, Katasakou og Priebe (2014, s. 833) tar for seg pasientsyn alene. Valenti et al er en mer omfattende studie da det er 59 pasienter intervjuet fra flere sykehus, mens Wyder et al kun omfatter 1 sykehus og 25 pasienter.

Larsen og Terkelsen (2014, s. 428), og Lorem, Hem og Molewijk (2015, s. 232) bruker både pasienten og sykepleiers perspektiver i forskningen. Førstnevnte observerte og intervjuet både pasienter og ansatte i en periode på 4 måneder (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 428), mens Lorem et al (2015, s. 232) observerte i en periode på 7 måneder. Det var kun pasienter som ble intervjuet alene, mens sykepleierne deltok i et fokusgruppeintervju.

Gardner (2010, s. 141) valgte å bruke psykiatriske sykepleiere for å finne svar på problemstillingen. Her blir det utført semistrukturerte intervjuer av 15 psykiatriske sykepleiere i team fra kommunal rehabilitering. Deres pasientgruppe er da vanligvis pasienter utskrevet fra en akuttpsykiatrisk avdeling (Gardner, 2010, s. 141).

### 4.2 AUTONOMI, TILLIT OG SAMARBEID

Ulike artikler nevner ulike aspekter i forhold til samarbeid mellom sykepleier og pasient. Wyder et al forteller at samarbeid mellom pasient og ansatte er viktig også ved tvangstiltak (2015, s. 187). I følge Gardner dannes terapeutisk engasjement før den terapeutiske relasjonen og er nødvendig for å utføre terapeutisk arbeid. Det terapeutiske arbeidet kan ikke starte før det er en ekte tilknytning mellom sykepleier og pasient. Prosessen for å skape terapeutisk engasjement

begynner med at sykepleier og pasient blir kjent med hverandre, legger grunnlag for en felles forståelse og tillitt etableres (Gardner, 2010, s. 144).

Tillit ble beskrevet i flere artikler som en viktig faktor for å skape samarbeid og bygge eller vedlikeholde relasjonen (Wyder et al, 2015, s. 185; Lorem et al, 2015, s. 234; Gardner, 2010, s. 142). Når tillit var tilstede var pasientene mer samarbeidsvillig, også ved tvangstiltak (Lorem, 2015, s. 234). Wyder et al (2015, s. 186) forteller at relasjonen vil være viktig i forbedringsprosessen og at den må være basert på samarbeid. Det var også viktig for pasientene at relasjonen fokuserte på medmenneskelighet. Samtidig ble det også vist at stabilitet og god kvalitet av den terapeutiske relasjonen gjør pasienten mer samarbeidsvillig (Bolsinger et al, 2020, s. 967).

I følge Lorem et al (2015, s. 235) skaper tap av autonomi en utfordring i forhold til samarbeidet. Noen pasienter følte seg så krenket at de ble passive, og poengterte at dette ikke indikerte aksept av tiltakene (Lorem et al, 2015, s. 235). Flere artikler nevner autonomi som begrep; Her blir det nevnt begrensning og tap av autonomi som følge av tiltak og måten de blir utført av ansatte, mangel på informasjon og det fysiske miljøet på avdelingen (Wyder et al, 2015, s. 186; Valenti et al, 2014, s. 834; Lorem et al, 2015, s. 235; Bolsinger et al, 2020, s. 965). I følge Lorem et al (2015, s. 235) førte dette også til en opplevelse av trussel som gjorde at noen pasienter responderte med motstand.

Involvering av pasienten i behandlingen ved bruk av informasjon og mulighet til deltakelse, sikrer pasientens autonomi (Valenti et al, 2014, s. 834). Dette sier også Lorem et al noe om: Her ble tvangstiltakene vurdert som gode av pasienten om han eller hun hadde innflytelse på behandlingen, deres rettigheter ble opprettholdt og det ble gitt valgmuligheter som samsvarte med pasientens verdier i den grad det var mulig (Lorem, 2015, s. 235-236). Mellommenneskelig rettferdighet ble vist å forbedre den terapeutiske relasjonen og etterlevelse (Bolsinger et al, 2020, s. 968).

#### 4.3 PÅVIRKNINGER AV DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN

Bolsinger et al (2020, s. 967) nevner verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter som viktige for å bygge og vedlikeholde den terapeutiske relasjonen. En annen studie nevner også aktiv lytting som et viktig moment (Valenti et al, 2014, s. 835). Terapeuter burde derfor få trening i verbal og non-verbal kommunikasjon (Bolsinger et al, 2020, s. 968). Gode

kommunikasjonsferdigheter kreves for å opprettholde en god terapeutiske relasjon i situasjoner som utfordrer dem (Bolsinger et al, 2020, s. 967).

To av artiklene viser til hvordan tidligere erfaringer med psykiatrien påvirker relasjonen: Førsteganserfaring med akuttpsykiatri vil forme syn på psykiatrien og påvirke fremtidige relasjoner (Bolsinger et al, 2020, s. 967). Gardner (2010, s. 142-143) forteller i sin artikkel at en vennlig og hjelpende tilnærming er viktig for å skape en relasjon ved første møtet, da mange pasienter har vært i møte med psykiatrien over flere år og kan være kritiske til helsepersonell. Det er negative assosiasjoner å finne mellom tvang og kvaliteten på den terapeutiske relasjonen i flere artikler (Bolsinger et al, 2020, s. 967; Gardner, 2010, s. 146-147). I motsetning til dette fortelles det også at en god terapeutisk relasjon kan etableres til tross for tvangsinnleggelse, om pasientens behov forstås og møtes (Wyder et al, 2015, s. 188; Bolsinger et al, s. 967). Viktigheten av å opprettholde relasjonen til tross for tvang markeres også (Gardner, 2010, s. 147). Flere artikler viser til at å møte pasientenes behov, som trygghet og likeverd, vil ha en fordel i behandlingen (Valenti et al, 2014, s.835; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433). I Wyder et al (2015, s. 185) blir trygghet omtalt i sammenheng med å føle seg tilknyttet personer på avdelingen. Det var kun 27% av pasientene i et av studiene som opplevde å føle seg trygge på avdelingen (Valenti et al, 2014, s. 834). I forhold til egen og andres sikkerhet vil tiltak som sikrer pasient, personell eller en tredjepart prioriteres over den terapeutiske relasjonen i situasjoner som krever det, og kvaliteten på den terapeutiske relasjonen kan dermed svekkes (Bolsinger et al, 2020, s. 968). Akuttpsykiatriske team kan også utfordre den terapeutiske relasjonen om det oppstår konflikter i teamet eller om pasienten synes det er vanskelig at teamet skal diskutere pasientens uttalelser dem imellom (Bolsinger et al, 2020, s. 968).

Wyder et al (2015, s. 185) bemerket at det var betydelig for relasjonen at de ansatte var omsorgsfulle, snille, hjelpsomme, imøtekommende, glade, morsomme og hadde en sans for humor. Respekt ble også (gjentatte ganger) i en annen forskning linket til kvaliteten på relasjonen mellom pasient og personale. Det å få respekt av de ansatte hadde positiv betydning for behandlingen. Samtidig opplevde nesten halvparten av pasientene i samme studie at de ansatte var respektløse og nesten en fjerdedel av dem følte seg misbrukt av personalet (Valenti et al, 2014, s. 834). Noen pasienter rapporterte også at de ønsket respekt for deres kulturelle normer og seksuelle orientering (Valenti et al, 2014, s. 835).

#### 4.4 PASIENTENS OPPFATNINGER OG FORVENTNINGER AV PERSONALET

I Wyder et al sitt studie (2015, s. 184) var det enighet om at de ansattes væremåte, holdninger og den relasjonen pasienten hadde til ulike ansatte virket inn på om erfaringen av innleggelsen ble opplevd på en positiv eller negativ måte. Det var de ansattes paternalistiske holdning, som gjorde at kun en fjerdedel av pasientene som var deltakere i et av studiene, forsøkte å ta en delaktig rolle i behandlingen (Valenti et al, 2014, s. 834). For pasientene var det også viktig at de ansatte kunne lytte aktivt og hjelpe pasienten å finne mening i sine opplevelser (Wyder et al, 2015, s. 185). Dette ble også ansett som viktig av pasienten i en annen studie (Valenti et al, 2014, s. 835).

Utover aktiv lytting som en del av dialogen mellom sykepleier og pasient, var det i Wyder et al (2015, s. 185) også bemerket at dagligdagse samtaler også var noe pasientene uttrykte å ha behov for. Når sykepleierne så forbi lidelse og diagnose, opplevde pasientene at det var lettere å dele sine erfaringer med dem (Wyder et al, 2015, s. 186). Mange fra den samme studien opplevde også en travel avdeling og utilgjengelige sykepleiere, som førte til en følelse av avvising når de da søkte hjelp. Sykepleiere som tok seg tid til pasientene til tross for mangel på tid, var dem som ble mest verdsatt av pasientene (Wyder et al, 2015, s. 185).

Sykepleierens rolle å gi omsorg og utføre en tjeneste er sentrale i relasjonen. Det kreves noe sosial interaksjon for å bygge relasjonen, men interaksjoner utenfor den terapeutiske relasjonen er ikke passende (Gardner, 2010, s. 144). Det ble oppdaget to «koder» for hvordan sykepleierne kan holde seg innenfor profesjonelle grenser i arbeidet. Den første var det å kontrollere egne følelser. Den andre «koden» handlet om å takle emosjonell intimitet (Gardner, 2010, s. 146).

#### 4.5 TVANG

Wyder et al (2015, s. 184) presenterte tre ulike grupper i forhold til erfaringen med tvangsinnleggelse:

1. Positiv gruppe
2. Negativ gruppe
3. Mikset gruppe

I den positive gruppen var det ti pasienter som beskrev innleggelsen som beskyttende mot skade og hadde effekt av behandlingen. I gruppe nummer 2, som var den negative gruppen, opplevde 12 pasienter tap av autonomi og ingen effekt av behandlingen. Den siste gruppen var en såkalt «mikset gruppe», der to pasienter opplevde effekt av behandlingen, men en negativ opplevelse

av tvangsinnleggelsen. Det var også en pasient som ikke opplevde bedring av behandlingen, men var ikke brydd av tvangstiltakene (Wyder et al, 2015, s. 184). Uavhengig av positiv eller negativ opplevelse, ble de ansattes holdninger og oppførsel beskrevet som en stor påvirkning (Wyder et al, 2015, s. 187). 83% av pasientene i en studie rapporterte effekt av tvangsbehandlingen. Samtidig erkjente 86% av pasientene at de hadde behov for behandlingen, og over halvparten så seg som en risiko for seg selv og andre (Valenti et al, 2014, s. 834). I Lorentzen et al sin studie (2015, s. 234) så også pasientene på tvang som et tiltak for å beskytte seg selv mot egne impulser. For at pasienten skal bli frisk etter en episode som krever tvangsinnleggelse, forutsetter dette at behandlingen involverer det å gjenoppdage seg selv (Wyder et al, 2015, s. 187).

Larsen og Terkelsen (2014, s. 430) presenterer også et funn som viser til at noen pasienter syntes at noen tvangsvedtak var nødvendig. De ansatte var også enig at tvangstiltak noen ganger var nødvendig. Negative assosiasjoner til tvangstiltakene og bruken av dem ble registrert av både pasientene og de ansatte. Her var det også to av pasientene som hadde blandende opplevelser: De erkjente at de hadde behov for tvangstiltak, men var ikke komfortable med metodene. Tidligere pasienthistorikk ble nevnt av ansatte som en grunn for bruk av skjerming, og noen anså skjerming som en del av behandlingen, ikke et tvangstiltak (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 430-431). Ansatte i psykiatrien er også vist å under- og overvurdere hvilke tiltak som oppfattes som tvang for pasienten (Bolsinger et al, 2020, s. 967). Eksempler på de spesifikke tiltakene det er snakk om er å finne i litteratormatrisen.

## 5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet skal resultatene diskuteres i forhold til problemstillingen i denne oppgaven. Resultatene som er funnet vil også settes opp mot teorikapitlet og andre informasjonskilder som et tilskudd eller informasjon som ikke teorien dekker. Detaljer om de ulike artiklene som er inkludert i analysen er å finne systematisert i 7.3 *Litteraturmatrise*, og de ulike artiklers styrker og svakheter er oppført i 7.4 *Styrkeskjema*. Styrkevurdering er foretatt i kapittel 5.1 for å understreke ulik vektlegging av funn fra artiklene i analysen.

### 5.1 STYRKEVURDERING

Wyder et al (2015) og Valeni et al (2014) tar begge for seg pasientsyn alene. Det er av fordel for de aspekter av vår problemstilling, der pasientens behov og meninger er sentrale. Da Wyder et al (2015, s. 182) tar for seg pasienter fra kun et sykehus, kan de funn som er fra denne artikkelen diskuteres å være mer relevante enn funn fra Valenti et al (2014, s. 833) som har flere deltakere, men de er ikke på samme sykehus. Når det gjelder artiklene som tar for seg sykepleieren og pasientens perspektiv, som er det mest optimale, kan vi se at Lorem et al (2015, s. 232) observerte avdelingen i en lengre periode enn Larsen og Terkelsen (2014, s. 428). Dette kan være av betydning for hvor omfattende funnene i artiklene er. Gardner (2010, s. 141) var den ene forfatteren som kun brukte sykepleierens perspektiv i forskningen. Det faktum at han brukte psykiatriske sykepleiere fra kommunal rehabilitering for å svare på problemstillingen gjør at dataene er noe sterkere enn de andre artiklene når det gjelder det å bygge relasjonen. Disse sykepleierne får tid til å etablere en god terapeutisk relasjon, og den akutte fasen vil heller ikke forstyrre etableringen. Tvangsvedtak er her like relevant og resultatene fra denne forskningen er derfor relevant for denne oppgaven.

To av de seks studiene som er inkludert i oppgaven er norske studier (Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al, 2015). Dette innebærer at de vil ha en god overføringsverdi da de tar i bruk norsk lovverk og data er innhentet under omgivelser som er relativt lik det som vil bli møtt av sykepleiere på andre psykiatriske avdelinger. Slik som Valenti et al tar for seg pasienter i engelske sykehus lagt inn på seksjon 2-4 av Mental Health Act (2014, s. 833). Da dette er en bacheloroppgave ble det vurdert som overflødig å sette seg inn i dette lovverket. Artikkelen gir uttrykk for at den er lignende norsk lov, men at det er også er forskjeller som vil utgjøre en signifikant forskjell for relevansen. Det samme argumentet gjelder for Wyder et al (2015, s. 182) og Gardner (2010, s. 141) som har utført sine studier i Australia.

## 5.2 VERBAL OG NONVERBAL KOMMUNIKASJON

Resultatene fra Bolsinger et al (2020, s. 967) viser til viktigheten av kommunikasjonsferdigheter, både verbale og nonverbale, for å bygge og opprettholde en god terapeutisk relasjon. Forfatterne av artikkelen nevner også i diskusjonen at profesjoner, slik som sykepleiere, burde få spesifikk trening i verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter (Bolsinger et, 2020, s. 968). Når det da etterspørres trening i verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan det tyde på at opplæringen sykepleiere får som studenter sammen med den opplæringen som blir gitt på det aktuelle arbeidsstedet, ikke er utfyllende nok for hva som kreves av sykepleieren i en slik praksis. Ifølge Eide & Eide (2018, s. 22) er det slik man kan oppfatte hva som er viktig for pasienten. Hummelvoll (2018, s. 420) støtter også betydningen av gode kommunikasjonsmetoder og forteller om de verbale og non-verbale kommunikasjonsmåter som vi er avhengige av for å komme nær hverandre. Han går videre med å fortelle om slike kommunikasjonsmåter som gir mulighet for sykepleiere til å danne relasjon med pasienten (Hummelvoll, 2018, s. 420-421). I følge Bolsinger et al (2020, s. 967) vil også disse gode kommunikasjonsferdighetene sikre en god terapeutisk relasjon ved situasjoner som utfordrer dem. Flere funn peker mot at tvang er en slik utfordring (Bolsinger et al, 2020, s. 967; Gardner, 2010, s. 146-147). Verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter vil da fungere som et verktøy når sykepleier står ovenfor situasjoner der pasienten har et tvangsvedtak. Wyder et al innleder med egen tidligere forskning og andre underbyggende teorier som viser til at mangel på kommunikasjonsferdigheter hos de ansatte hindrer bedring av pasientens lidelser (Wyder et al, 2015, s. 181). Store deler av ferdighetene innenfor kommunikasjon vil nok komme av mengdetrening og relevant erfaring, men om disse kommunikasjonsferdighetene er så betydelige som forskningen tilsier burde det fokuseres på å forberede nyutdannede sykepleiere så mye som mulig før de kommer i møte med det praktiske arbeidet. Samlet viser dette til hvor viktig kommunikasjonsferdighetene er for den terapeutiske relasjonen og behandlingen, og at sykepleier derfor må trene på dem, være bevisst dem og bruke dem aktivt.

Geirdal og Varvin forteller om begrepet nonverbal synkronitet. Det menes da de «koder» som strukturerer samhandlingen (2017, s. 132). Tidligere har det vært mindre fokus på det nonverbale i forhold til alliansen, men en studie av Ramseyer og Tschacher som boken viser til, fant en sammenheng mellom nonverbal synkronitet og pasientens opplevelse av relasjonen. Nonverbal synkronitet kan være en indikator på progresjon og resultat (Geirdal & Varvin, 2017, s. 135). Her blir det påpekt lite forskning angående nonverbal kommunikasjons påvirkning av

den terapeutiske relasjonen, men at den har en betydning for dannelse av et relasjonelt «bånd» (Geirdal & Varvin, 2017, s. 136). Dette samsvarer noe med tidligere nevnt funn fra Bolsinger et al (2020, s. 967), der nonverbal kommunikasjon er av betydning for den terapeutiske relasjonen. Sykepleiers fokus på den nonverbale delen av dialogen vil da, fra begge sider, kanskje være enda viktigere å være bevisst enn den verbale.

### 5.3 AKTIV LYTTING

Både Wyder et al (2015, s. 185) og Valenti et al (2014, s. 835) omtaler viktigheten av sykepleiers evne til å lytte. Det ble det lagt vekt på ansattes evne til å lytte og å hjelpe pasientene med å finne mening i sine erfaringer (Wyder et al, 2015, s. 185). I tillegg ble det å lytte til pasienten ansett som en del av passende behandling (Valenti et al, 2014, s. 835). I begge studiene er det pasienten som uttrykker dette behovet. Tidligere i teoridelen ble det presentert fra Gustin (2016, s. 191) at stress og lidelse kan reduseres om noen vi har en relasjon med lytter til det vi har å dele om våre følelser. Det sammen med forskningen som er blitt presentert viser, til at om sykepleieren virkelig lytter til pasienten, og fremmer dialog fremfor monolog, kan det føre til reduksjon av de negative følger som en psykisk lidelse kan gi.

Aktiv lytting er av Sidsel Tveiten (2016, s. 101) forklart ved å stille spørsmål til pasienten som bidrar til videre utdypning av det som fortelles. Ved å stille slike spørsmål, og bruke egen kompetanse, kan man bidra til en bevisstgjøring hos pasienten ved at han eller hun da blir oppmerksom på områder som er av betydning, og som pasienten ikke har tenkt på tidligere. En kan dermed skaffe kunnskap om pasientens problemer, behov og bekymringer; dette skaper samarbeid (Tveiten, 2016, s. 101). Det innebærer at sykepleiere kan bruke aktiv lytting som et gunstig verktøy i behandlingen. Vi har erfart fra egen praksis at sykepleiere gjennom samtaler, der aktiv lytting blir brukt bevisst, klarer å fange opp mer av det pasienten har vansker med å få frem ved bruk av egne ord.

Tveiten nevner felles forståelse som et resultat av en veiledningsprosess som tar i bruk aktiv lytting i alle tre stadier av veiledningsprosessen, for å oppnå en forandring hos pasienten (Tveiten, 2016, s. 102). Om vi ser på Larsen og Terkelsen sin forskning (2014, s. 433) viser den til at det å bli behandlet ut ifra grunnleggende behov hadde en lindrende effekt. Det samsvarer med Maslows teori, referert i Gustin (2016, s. 172), om sammenheng mellom grunnleggende behov og psykiske lidelser. Dette inngår også som en av sykepleiernes oppgaver. Sykepleieren blir en del av pasienten sin dag på en naturlig måte, ved å ta del i hverdagslige gjøremål som



stell, medisinhandling og måltider mm. Fokus på de grunnleggende behovene vil da være spesielt viktig, og det vil da være gunstig å bruke aktiv lytting for å kartlegge behov for hjelp til å dekke disse hos den enkelte pasient. Fra vår egen praksiserfaring har vi erfart at sykepleieren har mye kontakt med pasienten og vil være den som i mange situasjoner utfører tvangsvedtaket. Medisinhandling er et av de hverdagslige gjøremålene som vi ofte har erfart blir et tvangsvedtak, og som ofte er et vanskelig vedtak å utføre. Ved bruk av aktiv lytting er det mulig for sykepleier å finne ut hvorfor pasienten eventuelt ikke ønsker å ta medisinen, og mulig ved hjelp av dialog som tar i bruk aktiv lytting kommer fram til en enighet, for eksempel rundt utførelsen av tiltaket. Det er mulig at pasienten har problemer med hvordan eller hvor medisinen blir inntatt. Om problemet ligger her kan sykepleier legge til rette ved å endre rutinen. Tvang kan dermed reduseres og etterlevelse opprettholdes.

I veiledningsprosessen kan sykepleier bidra til at pasienten selv identifiserer og prioritere sine behov, problemer, bekymringer og ressurser (Tveiten, 2016, s. 102). Da kan sykepleier gjennom aktiv lytting hjelpe pasienten til å finne en måte å dekke egne behov, som vil føre til lindring av lidelse. Noe annet som det ble uttrykt behov for var dagligdagse samtaler med sykepleierne (Wyder et al, 2015, s. 185). Dette kan bidra til stabilitet hos pasienten, da det under behandling kan bli veldig mye fokus på lidelsen og dens konsekvenser. Vi kan trekke dette tilbake til de grunnleggende behovene, som presenteres i Maslows pyramide. 2 av trinnene er trygghetsbehov og sosiale behov. Behov for dagligdagse samtaler kan ha sammenheng med våre sosiale behov, og videre kan stabiliteten som oppstår utfylle trygghetsbehovet.

Prosessen for å skape en terapeutisk allianse starter med at sykepleier og pasienten blir kjent. Sykepleier introduserer seg som person og profesjonell, og dette skaper en felles forståelse (Gardner, 2010, s. 144). Dette tilsier at aktiv lytting vil bidra til å sikre en felles forståelse ved å hindre at det oppstår misforståelser. På veien dit vil en terapeutisk relasjon dannes (Gardner, 2010, s. 144). Den gjensidige forståelsen er et av de tre begrepene Aamodt (2014, s. 189) tar for seg som skal være grunnleggende for å få til den gode relasjonen i et hjelpeforhold. Det betyr at felles forståelse fører til en god terapeutisk relasjon. Sykepleieren kan gjennom aktiv lytting danne en felles forståelse med pasienten gjennom ulike deler av behandlingen. Dette forutsetter at pasienten forstår den informasjonen som blir gitt, og dette kan sikres ved hjelp av aktiv lytting. Den felles forståelsen vil være grunnleggende for å skape en god terapeutisk relasjon i det hjelpeforholdet som eksisterer mellom sykepleier og pasient.

#### 5.4 TRYGGHET SOM EN DEL AV RELASJONSBYGGINGEN

Det er mulig å se en sammenheng med at både trygghet og respekt er knyttet til utfall av behandling. Trygghet og respekt er begge følelser som pasienten sitter med, som kan bli påvirket av sykepleiere og andre ansatte. Noe som pasientene har et behov for ved tvangsinnleggelse er trygghet; «I needed a place of safety» (Valenti et al, 2014, s. 834). En god terapeutisk relasjon kan etableres til tross for tvangsinnleggelse, om pasientens behov forstås og møtes (Wyder et al, 2015, s. 188; Bolsinger et al, s. 967). Å møte pasientens behov er til fordel for behandlingen (Valenti et al, 2014, s. 835; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433). Da kan sykepleier ved å møte pasientens behov både skape en god relasjon og fremme god behandling.

Respekt ble gjentatte ganger linket til kvaliteten på relasjonen mellom pasient og personale, og det å få respekt av de ansatte var av positiv betydning for behandlingen (Valenti et al, 2014, s. 834). Dette er også målet med brukermedvirkning, som er en lovfestet rettighet, gjennom pasient- og brukerrettighetsloven. Brukermedvirkning gir pasienten muligheten til å godta hjelp på egne premisser ved å bli sett og respektert (Helsedirektoratet, 2017). Respekt er altså av betydning for begge parter, og er et behov som kan føre til etablering av tillit, relasjon og god behandling, til tross for tvangsvedtaket. En har da en gjensidig respekt og tillit til en person som kan føre til en følelse av trygghet. Det blir da gjeldende for personen pasienten har tillit til og sikrer dermed ikke trygghet på avdelingen generelt. Sykepleieren som har mye kontakt med pasienten burde ha denne tilliten og sørge for en gjensidig respekt med pasienten.

Ifølge Valenti et al (2014, s. 835) er opplevelse av trygghet på sykehuset relatert som gunstig for behandling og risikohåndtering. Samtidig vil tiltak som sikrer pasient, personell eller en tredjepart, prioriteres over den terapeutiske relasjonen når det kreves (Bolsinger et al, 2020, s. 968), og det var også få av deltakerne i Valenti et al (2014, s. 834) som faktisk oppga å føle på denne tryggheten. Så i form av erfart trygghet fra pasienten sin side virker det til å oppleves lite. Noe som da burde fokuseres mer på av sykepleier er å sikre en trygghetsfølelse hos pasienten. Et tiltak her vil være å utføre en praksis der en gir pasienten respekt, som videre kan føre til gjensidig respekt og dermed tillitt. Noe som kan bidra til at pasienten føler seg respektert vil være å presentere for pasienten de rettigheter han eller hun har under innleggelse.

Fra tidligere i dette kapitlet ser vi at Wyder et al (2015, s. 185) viser til at pasientene synes det var viktig å få hjelp til å finne mening i sine lidelser. Det ble også vist til at pasientene syntes

det var viktig å føle seg tilknyttet til personer på avdelingen. En av pasientene nevner dette i sammenheng med å føle seg trygg. Travelbee forteller om det å finne mening i sykdom og lidelse. Blant annet er dette en viktig del av sykepleiefunksjonen (Travelbee, 1999, s. 29). Spørsmålet: «Men hva mer kreves av den profesjonelle sykepleieren?» besvares med at sykepleiere ikke bare må hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse, men også finne mening i erfaringene. Dette omtaler hun som en vanskelig oppgave. Sykdommen kan ha en selvaktualiserende betydning om pasienten får hjelp til å finne mening i sykdomserfaringen (Travelbee, 1999, s. 37). «Alle kan de hjelpes til å finne mening i sykdommen, selv om de ikke kan ha håp om å bli helbredet» (Travelbee, 1999, s. 38). Her snakker Travelbee primært om kroniske, somatiske lidelser, men da psykiske lidelser i likhet med de somatiske lidelsene ikke alltid gir håp om total frigjøring, kan det å finne mening i sykdommen skape trygghet hos pasienter som har en usikker fremtid. Det handler også om å se mennesket. Når sykepleierne så forbi lidelse og diagnose opplevde pasientene at det var lettere å dele sine erfaringer med dem (Wyder et al, 2015, s. 186). Det er en del av det å være profesjonell at sykepleiere ser pasienten bak diagnosen (Snoek & Engedal, 2017, s. 75). Her ser vi at beskrivelsen av sykepleierens arbeid samsvarer med forskningen. Om sykepleieren ser forbi den psykiske lidelsen blir det lettere å hjelpe pasientene med sin lidelse. Pasienten deler da lettere sine erfaringer og sykepleieren kan bruke de delte erfaringene, for å hjelpe individet mot en bedre helse.

Et annet verktøy er bekreftende kommunikasjon som vil skape tillit hos pasienten og etablere eller eventuelt styrke en allerede eksisterende relasjon (Eide & Eide, 2018, s. 213). Dette samsvarer med flere av funnene i resultatkapitlet; Gardner forteller at oppbygningen av den terapeutiske relasjonen starter med en felles forståelse og tillit som et grunnleggende prinsipp. Dette forutsetter at en er villig til å fortsette samarbeidet til tross for at relasjonen er på et overfladisk nivå til å starte med. En har da et nivå av tillit som forutsetter at relasjonen kan bygges videre og dermed styrkes (Gardner, 2010, s. 144). Ut ifra dette ser vi at tillit er nødvendig for at det skal kunne skapes en terapeutisk relasjon. Tillit kan sykepleieren skape med bekreftende kommunikasjon, gjerne i samråd med aktiv lytting og gjensidig respekt som er tidligere nevnt. Gardner omtaler den terapeutiske relasjonen som et nivå i en prosess mot en terapeutisk allianse og utbytte (Gardner, 2010, s. 143-144). Wyder et al (2015, s. 188) belyser tillit som et hovedelement i den hjelpende relasjonen som fører til forandring hos pasienten. Forfatterne forteller også at å etablere tillit er tidskrevende og spesielt vanskelig i starten av innleggelsen (Wyder et al, 2015, s. 188). Lorem et al (2015, s. 234) fant ut at tillit gjør pasienten mer samarbeidsvillig og fører til stabile relasjoner mellom pasient og sykepleier. Her ser vi at

flere av artiklene er samstemte, noe som styrker betydningen av tillit for å sikre et godt og effektivt behandlingsforløp. Ved å etablere tillit får du lettere samarbeidet med pasienten i behandlingen og gi økt trygghet, som igjen vil etablere eller styrke den terapeutiske relasjonen.

#### 5.5 GOD RELASJON MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT UNDER TVANGSBEHANDLING

Tilbake til den felles forståelsen som må være tilstede for å bygge den terapeutiske relasjonen; For å ha en felles forståelse i tvangsbehandling må en se på hvordan pasienten og sykepleieren ser på tvangstiltakene. Ifølge Bolsinger et al (2020, s. 967) under- og overvurderer ansatte i psykiatrien hvilke tiltak som oppfattes som tvangstiltak av pasienten. Her er det da ikke en felles forståelse mellom sykepleier og pasienten på hvilken del av behandlingen som er tvang. Uten en felles forståelse her vil sykepleier utføre mange tiltak uten forståelse for at dette oppleves som tvang fra pasienten sin side, som vi tidligere har skrevet kan påvirke relasjonen negativt. For å forhindre dette vil det være gunstig at sykepleieren tar i bruk aktiv lytting, for å sikre en felles forståelse med pasienten slik at den terapeutiske relasjonen ikke hindres.

Flere studier viste til at en stor andel av pasientene forstår hvorfor de blir tvangsinnlagt. Valenti et al (2014, s. 834) viser til at over halvparten av pasientene var enige i å være en risiko for seg selv og andre. Videre ser vi at pasientene i Lorem et al (2015, s. 234) så på tvang som et tiltak for å beskytte seg mot egne impulser. I Larsen og Terkelsen (2014, s. 430) presenteres det også et funn som viser til at pasientene syntes noen tvangsvedtak var nødvendig. Wyder et al (2015, s. 184) sin «positive gruppe» beskrev innleggelsen som beskyttende mot skade. Her peker mange av studiene mot at pasientene har den samme forståelsen for innleggelsen som lovverket tilsier, og lovverket skal være av den forståelse som sykepleier sitter med i utgangspunkt for alle pasienter. Det kan diskuteres om hvorvidt det er sykepleier sitt ansvar å informere om lovverket, på en måte som gjør det forståelig hvordan det påvirker pasienten sin situasjonen under innleggelse. «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (1999) beskriver de vilkår som kreves for å få gjennomført vedtak om tvungent psykisk helsevern i Norge. Dette er blant annet at pasienten har en sinnslidelse som kan utgjøre fare for eget og andres liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999, paragraf §3.3). Dette er den forståelsen sykepleieren skal ha i sitt arbeid, og hvis pasienten da sitter med den samme forståelsen har de en felles forståelse, som gir et godt utgangspunkt for behandlingen og relasjonen. Den felles forståelsen må derfor sikres ved at sykepleieren kartlegger pasientens opplevelse av de ulike tvangstiltakene. Dette kan utføres ved at sykepleier bruker sine kommunikasjonsferdigheter.

Selv om denne loven overgår brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017), er det viktig at vi ikke glemmer å ta den i bruk til den grad det er mulig. Slik som Skau (2013) omtaler, må arbeidet både ha vekt på regelverk og evidensbasert kunnskap. Det kreves av sykepleiere å være en del av utviklingen (Skau, 2013, s. 142-145). Sykepleiere må derfor ta i bruk regelverket, men holde seg oppdatert på forskning innenfor fagfeltet. Lorem et al (2015, s. 235-236) forteller også at pasienten burde ha innflytelse på behandlingen i den grad det er mulig, med bakgrunn i tvangstiltakene. Loven skal også sikre at psykisk helsevern skjer forsvarlig og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Der formålet er å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999). Lorem et al (2015, s. 232) brukte sin studie på å finne svaret på hva «god» tvang er og begrenset bruk av tvang var et mål med dette. Ifølge dem oppnår en god bruk av tvang ved å gi pasienten valgmuligheter, og mulighet til innflytelse, og sørge for å vedlikeholde pasientens rettigheter (Lorem et al, 2014, s. 233-236). Her ser vi at ved å gi pasienten brukermedvirkning, også under tvangsvedtak, begrenses bruken av tvang i behandlingen. De nevner også at prosessen med å finne ut hva som er god bruk av tvang kan være god pleie i seg selv (Lorem et al, 2014, s. 238). Sykepleiere kan bruke dialog for å finne ut hva pasienten anser som god bruk av tvang, som da vil kunne resultere i positive påvirkninger på behandlingen. Dette vil også sikre pasientens autonomi, som er forbundet med effekt av behandlingen (Wyder et al, 2015, s. 184).

## 5.6 GOD BEHANDLING

Det var visse karaktertrekk hos de ansatte, som pasientene med tvangstiltak mente påvirket relasjonen på en positiv måte. Humor, omsorg, å være imøtekommende og ha godt humør var det som ble nevnt å ha en positiv effekt på erfaringen (Wyder et al, 2015, s. 184). Allerede innledende viser teorien til forskningen at ansatte som er fraværende og ikke viser omsorg hindrer helbredelsesprosessen (Wyder et al, 2015, s. 181). Det nevnes også at paternalistisk holdning fra ansatte gjorde pasientene mindre delaktige i behandlingen (Valenti et al, 2014, s. 834). Vi vet at samarbeidet er viktig for relasjonen og behandlingen, og ser derfor at sykepleierens holdning vil ha positiv effekt på pasientens erfaring og være gunstig for behandlingsutfall.

I følge Geirdal og Varvin (2017, s. 43) vil det være av betydning at terapeuter i psykisk helsearbeid er bevisst hvordan den terapeutiske relasjonens tre elementer avhenger av hverandre i spillet mellom terapeut og pasient. Disse tre elementene er den reelle relasjonen, arbeidsalliansen og motoverføring (Geirdal & Varvin, 2017, s. 43). Horvath beskriver 11

elementer av betydning for den terapeutiske relasjonen, to av dem er motoverføring og alliansen (Horvath, 2006, s. 260). Motoverføring og alliansen blir da her en fellesnevner, noe som tyder på at de begge er viktige elementer i forhold til den terapeutiske relasjonen. Samtidig er prosessen beskrevet annerledes av Gardner (2016, s. 143-144); essensen av den terapeutiske relasjonen er å etablere tillit og forståelse, skape en forbindelse og møte pasienten som et eget individ. Tillit, forståelse og det å knytte seg til en person er noe vi har sett på tidligere i diskusjonen. Det å møte pasienten som et eget individ, kan sykepleier sikre ved å blant annet lage en individuell plan, som også ivaretar brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning gir pasienten rett til å bli involvert og ha medvirkning i behandlingen og tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2017). Involvering av pasienten i behandlingen ved bruk av informasjon og mulighet til deltakelse sikrer pasientens autonomi (Valenti et al, 2014, s. 834). Som tidligere sett i kapittel 5.5 vil dette føre til god bruk av tvang (Lorem et al, 2015, s. 235-236). En måte sykepleier kan sikre dette på er ved bruk av en kriseplan, som er et verktøy for brukermedvirkning. Kriseplanen inneholder informasjon om tidlige tegn hos pasienten, og hvem en skal kontakte ved forverring. Bruk av kriseplan vil også føre til reduksjon av tvangsinnleggelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 120). Dette vil også være noe som gjør at vi møter pasientens behov, som igjen er til fordel for behandlingen (Valenti et al, 2014, s. 835; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433). Ved bruk av verktøy som kriseplan, vil sykepleier aktivt gjøre et tiltak som kan føre til bedring eller eventuelt forebygge en forverring hos pasienten.

Et spørsmål som er vanskelig å finne et konkret svar på, er om den terapeutiske relasjonen fremmer et positivt behandlingsutfall, eller om den kun er en del av «prosessen». Gardner (2010, s. 143-144) mener den terapeutiske relasjonen kun er et nivå i prosessen av terapeutisk allianse. Det i seg selv kan diskuteres om han kun har vinklet den terapeutiske relasjonen fra et annet perspektiv, da Geirdal og Varvin (2017, s. 36) mener en terapeutisk relasjon oppnås ved involvering av tre komponenter: Det reelle forholdet, arbeidsalliansen og motoverføring. Her ser vi at alliansen både er ment å være en komponent på veien til å danne en terapeutisk relasjon og som et mål i seg selv der den terapeutiske relasjonen oppnås underveis. Den terapeutiske alliansen vil være den samme alliansen en får i en arbeidsallianse mellom sykepleier og pasient. Det kan med sikkerhet sies at det fins en sammenheng mellom alliansen og relasjonen, men er det riktig at den terapeutiske relasjonen er målet og ikke bare et eget nivå? Ifølge Horvath (2006, s. 259) er svaret ja; den terapeutiske relasjonen er kurativ i seg selv. Annen tidligere forskning, Lambert (1992) og Rønnestad (2000), viser til og gjør at vi vet relasjonen er mer avgjørende

for behandlingsresultatet enn selve teknikken og metoden (Aamodt, 2014, s. 178). Her har vi flere argumenter som tyder på at det er den terapeutiske relasjonen som er med på å fremme et godt behandlingsutfall, og ikke er tilstedeværende fordi behandlingsutfallet var positivt. Gardner (2010, s. 147) markerer betydningen av å opprettholde relasjonen til tross for tvang. Det blir også fortalt av Gustin (2016, s. 191) at emosjonell støtte reduserer stress, og tryggheten fra gode relasjoner kompenserer for noe av den negative innvirkningen stress utgjør. Dette peker igjen mot at den terapeutiske relasjonen dermed kan være et viktig tiltak i behandlingen av en psykisk lidelse. Behandlingsutfallet vil også være avhengig av de grunnleggende behovene og hvordan de blir ivaretatt. Med en god relasjon vil det kunne være lettere å opprette et samarbeid for å ivareta behovene som igjen bedrer utfall av behandlingen. Den terapeutiske relasjonen vil da påvirke behandlingsutfall, og ikke være et resultat av det utfallet. Sykepleieren burde ha et spesielt fokus på den terapeutiske relasjonen i arbeidet mot et godt behandlingsutfall i behandling der det er bruk av tvang. For at pasienten skal bli frisk etter en tvangsinnleggelse forutsetter det en behandling som involverer å gjenoppdage seg selv (Wyder et al, 2015, s. 187). Dette kan også da være noe sykepleier kan fokusere på i behandlingen.

## 6.0 KONKLUSJON

I dette avsluttende kapitlet oppsummeres arbeidet, det vises til behov for videre forskning og problemstillingen besvares; *Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter med psykisk lidelse, som har et tvangsvedtak, for å fremme god behandling?*

### 6.1 OPPSUMMERING

Vi ser at det som er betydelig for både den terapeutiske relasjonen og behandlingen er tilstedeværelse av kommunikasjonsferdigheter (aktiv lytting/verbale og nonverbale), respekt, trygghet, tillit, samarbeid og en felles forståelse. Sykepleier må lære seg å bruke aktiv lytting og verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter som et verktøy i sitt arbeid. Det må sørges for at relasjonen baserer seg på både respekt, trygghet, tillit og en felles forståelse for å bidra til en effektiv behandling, som lindrer pasientens lidelse der det kreves bruk av tvangstiltak. De ulike elementene kan knyttes til hverandre, men det er vist at relasjonen i seg selv fører til et godt behandlingsutfall, også ved tvangsvedtak. Betydningen av de ulike elementene hver for seg i sammenheng med den terapeutiske relasjonen og behandlingen er noe som burde forskes mer på. Spesielt i sammenheng med tvangsbehandling.

### 6.2 VIDERE FORSKNING

Betydningen av kun den nonverbale kommunikasjonen er også noe som burde forskes mer på i betydningen av den terapeutiske relasjonen og behandlingsutfall. Spesielt med tanke på det første møtet, og hvor viktig det viser seg å være for relasjonen og dermed behandlingen, spesielt ved bruk av tvang. Noe som kan vinkles inn på her, er den mulige påvirkningen av den eventuelle forskjellen på det verbale og nonverbale sykepleier uttrykker. Hvor stor rolle vil kroppsholdning, stemmeleie og ansiktsuttrykk påvirke relasjonen om det ikke samsvarer med det verbale.

Det kan også være gunstig å se videre på effekten av samtaler og andre aktiviteter som ikke omhandler behandlingen. Om dette kan være noe som fører til stabilitet hos pasienten ved å få en annen struktur eller opprette en struktur av hverdagen som ikke var tilstede. Bidrar dette til reduksjon av pasientens lidelse?



## 7.0 LITTERATURLISTE

1. Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
2. Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P. & Theodoridou, A. (2020). Challenges and opportunities in building and maintaining a good therapeutic relationship in acute psychiatric settings: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 965-970. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00965>
3. Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosessen ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
4. Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern*. (IS-2812). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>
5. Bremnes, R. & Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern* (IS-2888). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang i psykisk helsevern - Status etter lovendringene i 2017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern--Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf)
6. Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal.
7. Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Oslo: Gyldendal.
8. Folkehelseinstituttet. (2015, 10. juni). Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelse. Hentet 03.03.20 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>
9. Folkehelseinstituttet. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
10. Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse*, 34(2), 140-148. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.140>
11. Geirdal, A. Ø. & Varvin, S. (Red.). (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
12. Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
13. Gustin, L. G. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.

14. Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Hentet fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/11.samhandling-og-ansvarsdeling/kriseplan>
15. Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (IS-2314). Hentet 14.02.20 fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/>
16. Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). Brukermedvirkning. Hentet 14.02.20 fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
17. Høgskulen på Vestlandet. (2017). *Supplerande retningslinjer for bacheloroppgåva*. Hentet fra: <https://www.hvl.no/supplerande-retningslinjer-for-bacheloroppgava-nynorsk.pdf>
18. Høgskulen på Vestlandet., Universitetet i Bergen., Universitetet i Oslo. & Nasjonalbiblioteket. (2019, 1.Juli). Søketeknikker. Hentet fra:  
<https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker/>
19. Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
20. Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
21. Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436.  
<http://doi.org/10.1177/0969733013503601>
22. Lorem, G. F., Hem, M.H. & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 231-240. <http://doi.org/10.1111/inm.12106>
23. Malt, U. & Aslaksen, P. (2019). Psykiske lidelser. I E. Bolstad (Red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra: [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)
24. Molven, O. (2019). Tvangstiltak. I E. Bolstad (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/tvangstiltak>
25. Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2008). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Hentet fra:  
<https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>

26. Nylenna, M. (Red.). (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* (4.utg.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
27. 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>
28. Skau, G. (2013). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
29. Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Bergen: Cappelen Damm.
30. Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
31. Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
32. Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 832-836.  
<https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>
33. World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: World Health Organization.
34. Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12121>

## 8.0 VEDLEGG

### 8.1 SØKEORD I DATABASER (S. 1-2)

#### CHINAHL

CINAHL	Søkeord	Antall treff	Leste fulltekster	Inkluderte artikler	Ekskluderte artikler
S1	(MH «coercion») OR «coercion»	2841			
S2	(MH «Mental Disorders»)	52 209			
S3	(MH «Psychiatric Patients») OR «Psychiatric patient*»	13 179			
S4	(MH “Involuntary treatment”) OR “Involuntary treatment*”	151			
S5	“Psychiatric illness*”	2154			
S6	S1 OR S4	2973			
S7	S2 OR S3 OR S5	63 901			
S8	S6 AND S7	341			
S9	(MH “Nurse- Patient Relations”) OR “Nurse- patient relation*”	25 046			
S10	“nurs*”	800 436			
S11	S9 OR S10	800 436			
S12	S8 AND S11	63			
S13	Kriterier: 2009- 2020	34	11	4	30

#### PSYCHINFO

PsychINFO	Søkeord	Antall treff	Leste fulltekster	Inkluderte artikler	Ekskluderte artikler
S1	Coercion.mp. or exp coercion/	5960			
S2	Exp Mental Disorders/	737 098			
S3	Exp Psychiatric Patients/ OR Psychiatric patient*.mp.	22 546			
S4	Exp Involuntary Treatment/ OR involuntary treatment*.mp.	1566			
S5	Psychiatric Illness*.mp.	7094			
S6	S1 OR S4	7208			
S7	S2 OR S3 Or S5	751 332			
S8	S6 AND S7	1863			
S9	Nurse- patient relation*.mp.	4277			
S10	Nurs*.mp.	95 620			
S11	S9 OR S10	95 620			
S12	8 AND 11	101			
S13	Limit 12 to last 10 years	47	10	2	45

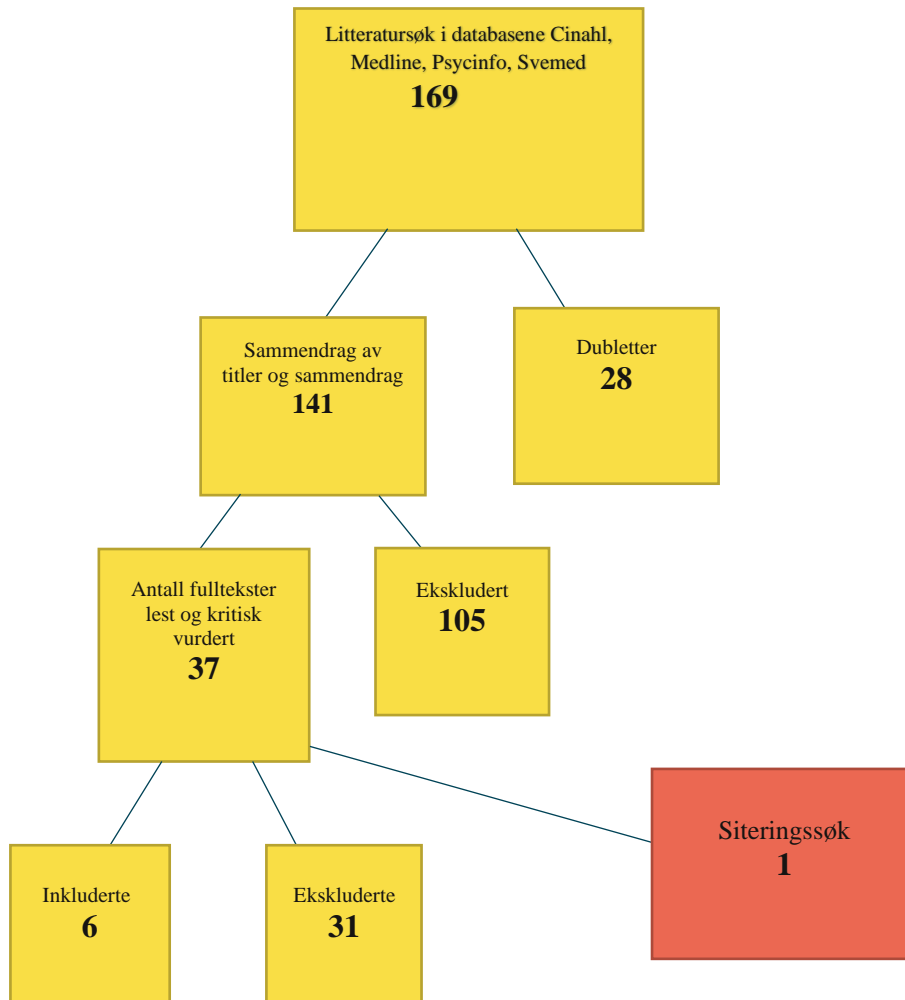
## MEDLINE

MEDLINE	Søkeord	Antall treff	Leste fulltekster	Inkluderte artikler	Ekskluderte artikler
S1	Coercion/	4530			
S2	Mental Disorders/	159 592			
S3	Involuntary treatment*.mp.	472			
S4	Psychiatric patient*.mp.	13 620			
S5	Psychiatric illness*.mp.	8595			
S6	1 or 3	4936			
S7	2 or 4 or 5	172 288			
S8	6 and 7	753			
S9	Nurse- Patient Relations/	35 065			
S10	Nurs*.mp.	721 842			
S11	9 or 10	721 842			
S12	8 and 11	88			
S13	Limit 12 to last 10 years	42	13	1	41

## SVEMED+

Svemed+	Søkeord	Antall treff	Leste fulltekster	Inkluderte artikler	Ekskluderte artikler
S1	Coercion	249			
S2	Involuntary treatment	76			
S3	#1 OR #2	305			
S4	Mental disorder	13 878			
S5	Psychiatric illness	339			
S6	Psychiatric patient	1138			
S7	#4 or #5 or #6	14 310			
S8	#3 and #7	192			
S9	Nurs	43			
S10	Nurse	10 607			
S11	Nursing	10 708			
S12	Nurs*	10 632			
S13	Nurse- patient relationship	30			
S14	Nurse- patient relationships	30			
S15	S9 or S10 or S11 or S12 or S13 or S14	10 754			
S16	S8 AND S15	46	9	0	46

## 8.2 FLOW-DIAGRAM (S. 3)



## 8.3 LITTERATURMATRISE (s. 4-10)

## 8.3.1 Oversikt

Artikkel	Tittel	Forfatter(e)
1	Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users` interactions with health-care professionals on the ward	Marianne Wyder, Robert Bland, Andrew Blythe, Beth Matarasso & David Crompton
2	Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients	Emanuele Valenti, Domenico Giacco, Christina Kataskou & Stefan Priebe
3	Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff	Inger B Larsen & Toril B Terkelsen
4	Good coercion: Patients moral evaluation of coercion in mental health care	Geir F. Lorem, Marit H. Hem & Bert Molewijk
5	Challenges and opportunities in building and maintaining a good therapeutic relationship in acute psychiatric settings: A narrative review	Julia Bolsinger, Matthias Jaeger, Paul Hoff & Anastasia Theodoridou
6	Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings	Andrew Gardner

## 8.3.2 Metode

<b>Metode</b>					
<b>Artikkel nr.</b>	<b>Årstall</b>	<b>Studiedesign</b>	<b>Utvalg/størrelse</b>	<b>Intervensjon</b>	<b>Land</b>
1	2015	Kvalitativ studie	25 pasienter	Semistrukturert intervju	Australia
2	2013	Kvalitativ studie	59 pasienter	Semistrukturert intervju	England
3	2013	Kvalitativ studie	12 pasienter og 22 ansatte	Deltakende observasjon, spontane samtaler og strukturerte/formelle intervju	Norge
4	2014	Kvalitativ studie	5 pasienter og 6 sykepleiere	Deltakende observasjon, åpent intervju og fokusgruppe	Norge
5	2020	Systematisk oversikt	48 studier	Litteratursøk i PubMed, Science direct, PsychINFO, Google Scholar	Flere
6	2010	Kvalitativ studie	15 psykiatriske sykepleiere	Semistrukturert intervju	Australia



## 8.3.3 Resultater

		Resultater	
Artikkel nr.	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1	<p>Det blir presentert tre ulike grupper i forhold til erfaringen med tvangsinnleggelse:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positiv gruppe: 10 pasienter beskrev at innleggelsen hadde beskyttet dem fra skade og fått utbytte av erfaringen.</li> <li>2. Negativ gruppe: 12 pasienter opplevde innleggelsen som en invadering av frihet og fysisk integritet, og hadde ikke fått utbytte av erfaringen.</li> <li>3. Mikset gruppe: 3 pasienter hadde blandet erfaringer.</li> </ol> <p>Alle pasientene snakket om ansattes væremåte og holdninger som viktige påvirkninger på opplevelsen av behandlingen. Tillit må etableres før pasientene klarer å åpne opp om sine erfaringer. Alle pasientene diskuterte den positive eller negative forskjellen på deres erfaring det utgjorde med relasjonen til ulike ansatte. Karaktertrekk som ble nevnt å ha en positiv effekt på relasjonen: omsorgsfull, humor, morsom, hjelpsom, snill, glad og imøtekommende. Pasientene snakket om viktigheten av de ansattes evne til å lytte og hjelpe pasienten å finne mening i deres opplevelser. Det var også viktig for pasientene å føle seg tilknyttet personer på avdelingen. De fleste pasientene snakket om at avdelingen var travel. Mange pasienter opplevde å føle seg avvist når sykepleierne ikke hadde tid til dem. Andre pasienter opplevde at sykepleierne ikke var tilgjengelig når de trengte hjelp. Det ble uttrykt behov for vanlige samtaler og en takknemlighet ovenfor de sykepleierne som tok seg tid til det til tross for å ha mye å gjøre. Mange av pasientene opplevde mangel på informasjon som førte til forvirring, følelse av maktløshet og beskrev informasjon som viktig for å føle seg respektert og for å bli engasjert i behandlingen. Det ble etterspurt informasjon om regler/rutiner på avdelingen og detaljer om tvangsbehandlingen. Pasientene verdsatt relasjoner med de ansatte som baserte seg på medmenneskelighet. Når fokuset lå forbi lidelse og diagnose opplevde pasientene at det var lettere å dele sine erfaringer. Majoriteten av pasientene mente at til tross for tvangstiltakene var samarbeid med de ansatte viktig.</p>	<p>Forfatterne valgte å ikke lage en konklusjon av deres forskning da analysen deres var mer beskrivende enn vanlig, men oppsummerer funnene slik:</p> <p>Pasientene beskrev tvangsinnleggelsen som en skremmende opplevelse og verdsatt ansatte som ga dem et sted de kunne prate om sine erfaringer, kunne veilede dem og gi dem informasjon om regler på avdelingen, og selve tvangsbehandlingen. De verdsatt relasjoner med ansatte som fokuserte på medmenneskelighet og samarbeid. Recovery fra en episode som resulterte i tvangsinnleggelse forutsetter at behandlingen involverer å gjenoppdage seg selv. Uavhengig av positiv eller negativ opplevelse ble de ansattes holdning og oppførsel beskrevet som en kritisk rolle i denne prosessen.</p> <p>Konkluderende utsagt i diskusjonen: Relasjonen (den hjelpende) mellom sykepleier og pasient er viktig i forbedringsprosessen og må være basert på samarbeid. For at relasjonen skal føre til endring må den være pasientbasert og sykepleier må være genuin, og vise hensyn og empati. Tillit er sentralt i denne relasjonen. Det er viktig å balansere målet om recovery og personsentrert tilnærming med risikovurdering. Tvangsbehandling trenger ikke å begrense evnen til å etablere en positiv relasjon.</p>	<p>Både litteraturen og funn fra forskningen viser til at en god relasjon med sykepleiere identifiseres som en av de viktigste aspektene i pasientbehandlingen. For å danne en god relasjon kreves det samarbeid mellom sykepleier og pasient, og sykepleier må fokusere på pasientens individuelle erfaringer med sin lidelse. Sykepleiere må finne måter pasientene kan få mest mulig valg og implementere personsentrerte prinsipper i arbeidet. Tvangsinnleggelsen trenger ikke å begrense evnen til å etablere en positiv relasjon.</p>
2	<p>92% av de intervjuede pasientene rapporterte å ikke være involvert i beslutninger knyttet til behandling og følte at deres rettigheter ble krenket. 42% av pasientene opplevde å være overmannet av personalet. Bare 25% av pasientene bekreftet at de forsøkte å oppnå selvbestemmelse under innleggelsen på grunn av personalets holdninger. 54% av pasientene opplevde begrensning av frihet på grunn av begrensede valg av aktiviteter.</p>	<p>Moralske diskusjoner kan være et nyttig verktøy for å takle konflikter mellom personalet og pasienter innlagt på tvang. Pasientenes verdier som skapte konflikter omhandlet frihet, trygghet og respekt. Personalets verdier var liv og helse. Den beste måten å takle en konflikt ved tvangsinnleggelse vil være å respektere både pasientens og personalets verdier. Pasientens verdier burde tas i betraktning i etiske</p>	<p>Implementering av hensyn til verdier fra pasienten og sykepleiers side når en skal løse konflikter. Om konflikten ligger i liv og frihet vil den beste løsningen være å respektere sykepleierens oppgave og pasientens behov for autonomi. Elementer som vil spille en rolle i sykepleierens plikter:</p>

	<p>63% av pasientene oppga å ha vært noe involvert i beslutninger og fulgte at deres frihet ble respektert. 56% av pasientene opplevde mangel på informasjon om tvangsinnleggelse og behandling. 17% av pasientene rapporterte å bli tillatt av personalet å delta i planlegging av pleie. 86% av pasientene anerkjente at de var dårlige før innleggelsen. 83% rapporterte å ha hatt effekt av tvangsbehandlingen. 27% av pasientene opplevde å være trygge på avdelingen. 68% av pasientene erklærte at de var en risiko for seg selv og andre. Respekt ble gjentatte ganger linket til kvaliteten på relasjonen mellom pasient og personalet. 44% opplevde at de ansatte var respektløse ovenfor dem. 22% av pasientene følte seg misbrukt av personalet. 36% av pasientene følte på en restriksjon av frihet som følge av merkende holdning og stigma fra ansatte. 91% av pasientene betraktet det å bli behandlet med respekt av de ansatte som et hjelpsomt element av pleien. Noen pasienter rapporterte også et ønske om å få respekt for kulturelle normer og seksuell orientering. Ved å involvere pasienten i behandlingen med informasjon og mulighet til deltakelse vil en sikre pasientens autonomi. Opplevelse av trygghet under innleggelse er relatert til fordeler for behandling og risikostyring. Pasientene betraktet respekt som en fundamental ingrediens i passende behandling. Respektfull holdning ble ansett som å ta pasientens syn i betraktning, aktiv lytting og å ha en god relasjon.</p>	<p>diskusjoner og i den utfordrende sammenhengen ved tvangsinnleggelse.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasientens kliniske omstendigheter</li> <li>2. Lovverk</li> <li>3. Spesielle omstendigheter i avdelingen som reduserer kvalitet av pleie</li> </ol>
3	<p>Fire temaer ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restriksjoner og husregler</li> <li>2. Tvang som en nødvendighet</li> <li>3. Signifikans i materielle omstendigheter</li> <li>4. Å bli behandlet som et menneske (ikke som en diagnose)</li> </ol> <p>Restriksjoner og husregler ble opplevd som ydmykende og vanskelige å forstå. Noen pasienter synes at tvangsvedtak som medikamenter og skjerming var nødvendig. Nesten alle de ansatte var enige om at tvang noen ganger var en nødvendighet, i disse tilfellene ble det nevnt at vold og mangel på kontroll over situasjonen var en forklaring. Andre grunner som ble nevnt var bruk av tvang med fordel for pasienten. Det ble også nevnt bruk av skjerming som en del av behandlingen og på grunn av tidligere pasienthistorikk. En pasient nevnte også at skjerming ble ansett som straff, og noen ansatte var kritiske til bruk av tvang. Bruk av tvang ble også karakterisert som byrde for mange av de ansatte. Det ble ikke observert vold under forskningen. Flere av pasienter nevnte at skjerming var nødvendig for en kort periode, men at den varte for lenge. 2 av pasientene nevnte at de trengte tvangstiltak, men at de ikke var komfortable med metodene som ble brukt. Mangel på fysiske ting i miljøet ble ansett som en påminnelse av pasientenes lidelse og mange</p>	<p>De ansatte hadde ulike meninger rundt tvang. Profesjonelle som har en fysisk og emosjonell nærhet til pasienten har mer sannsynlighet for å forstå de individuelle behovene pasienten har. Om det oppstår et fravær av nærhet mellom pasient og ansatte vil det føre til at de går fra å være individer til en gruppe med felles behov og restriksjoner. Etnisk sensitivitet er et rammeverk som definerer den «riktige» måten å behandle denne kategorien av pasienter på samme måte for å beskytte samfunnet. Denne måten å tenke på utelukker vurderingen av pasientene som likeverdige mennesker og deres erfaringer.</p>	<p>Denne forskningen er meget relevant for praksis i sykepleie siden den er anvendt i Norge. Pasientens opplevelse av tvang kan tas i bruk for å forbedre behandlingstilbudet. Det er ikke kun en riktig måte å utføre tvang på. Det må kontinuerlig vurderes av sykepleier.</p>

	<p>pasienter opplevde det fornærmende. Ifølge de ansatte forhindrer omgivelsene bruk av tvang men er også en del av tvangshandlingen. Å bli behandlet likeverdig med utgangspunkt i grunnleggende behov virket å hjelpe i behandlingen.</p>		
4	<p>Følgende temaer ble oppdaget i funnene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enighet og akseptering</li> <li>2. Motstand</li> <li>3. Resignasjon</li> </ol> <p>Pasientene så på tvang som et tiltak for å beskytte seg selv fra egne impulser. Tillit ble beskrevet som en del av samarbeidet og stabile relasjoner. Det opplevdes lettere å «ta imot» tvang av noen som pasienten stolte på og i slike situasjoner ble det da mindre behov for bruk av tvang. Tap av autonomi og kontroll var nevnt temaer. Dette førte med opplevelsen av tvang som en trussel og respons av motstand. God bruk av tvang blir ansett ved at pasienten har noe innflytelse. God bruk av tvang sørger for at pasientens rettigheter opprettholdes. Flere pasienter nevnte opplevelsen av å bli marginalisert til en grad som førte til passivitet, uten at dette betydde aksept. Flere pasienter opplevde mangel på informasjon, som førte til usikkerhet. God bruk av tvang er å gi pasienten valgmuligheter som samsvarer med pasientens verdier i den grad det er mulig.</p>	<p>God bruk av tvang er en omfattende evaluering som går ut på at elementer ut ifra en moralsk evaluering blir møtt. Rettferdiggjørelse av tvang må ikke kun ta utgangspunkt i lovverk, men også inkludere kommunikasjon/informasjon og en empatisk relasjon. Ved bruk av tvang påvirkes pasientens autonomi og livssituasjon, pasientens syn på tvang vil derfor være mer moralsk begrunnet enn av sykepleiere. Tvang vurderes som god ut ifra et objektivt synspunkt. Det er en pågående intersubjektiv prosess og krever en åpen dialog mellom de involverte for å vurdere hva som er god bruk av tvang. Prosessen med å finne ut hva som er god bruk av tvang er kan være god pleie i seg selv. God bruk av tvang vil derfor være et relativt og kontekstpreget konsept.</p>	<p>Ved å ta utgangspunkt i og finne ut hva som er «god tvang» vil sykepleier ifølge denne artikkelen gi god pleie.</p>
5	<p>En negativ sammenheng mellom tvangsinnleggelse og kvaliteten på den terapeutiske relasjonen ble funnet i flere studier. * Akuttpsykiatriske situasjoner håndteres bedre og det er behov for mindre bruk av tvang om det er en stabilt terapeutisk relasjon tilstede. Verbal og nonverbale kommunikasjonsferdigheter har en avgjørende effekt på å bygge og opprettholde en terapeutisk relasjon. Førstegangserfaring med akuttpsykiatri vil forme syn på psykiatrien og påvirke fremtidige relasjoner. En god terapeutisk relasjon kan etableres til tross for tvangsinnleggelse om pasienten behov forstås og møtes. ** God kvalitet på den terapeutiske relasjonen har også vist å redusere symptomomfangets alvorlighet. Uavhengig av frivillig eller tvangsinnleggelse, hadde akuttpsykiatriske avdelinger funksjoner som begrenset pasientens autonomi. Negative assosiasjoner mellom tvang og kvalitet på den terapeutiske relasjonen ble funnet. En god terapeutisk relasjon forutsetter medikamentell etterlevelse hos schizofrene pasienter. Ansatte i psykiatrien er blitt vist å under- og overvurdere hvilke tiltak som oppfattes som tvangstiltak hos pasienten. Sikkerhet prioriteres over den terapeutiske relasjonen i spesifikke situasjoner.</p>	<p>Forsøke å fremme bevissthet av potensielle «feller» å falle i når en bygger og opprettholdelse av god terapeutisk relasjon i akutte tilfeller, mer spesifikk forskning i dette området, inkludere pasienten i behandlingen, definering av standardverktøy og mer tilrettelagte prosedyrer, og utvikle treningsmuligheter for terapeuter basert på funn i artikkelen vil sannsynlig øke mulighetene for å forbedre kvaliteten på terapeutiske relasjoner i akuttpsykiatriske avdelinger. Implementering av disse tiltakene vil sannsynlig ha positiv påvirkning på klinisk utfall, lengde på innleggelse, antall reinnleggelser, og pasienttilfredshet, men også erfaringen og syn på psykiatri, tilrettelegge for et bedre sykdomsforløp og behandling av kronisk lidelse, samt redusere stigma.</p>	<p>Det blir nevnt i diskusjonen at profesjoner som sykepleiere burde få spesifikk trening(kommunikasjon) og at bevissthet rundt vanskelige situasjoner og omstendigheter burde økes. Anbefalinger om å minimere den oppfattede tvangen og innføre rettferdighet som en del av prosedyrene for å forbedre etterlevelse vil ha et positivt utfall på den terapeutiske relasjonen. Familie og andre sosiale kontakter burde få mer mulighet til å delta i den terapeutiske prosessen.</p>

	<p>For å sikre pasienten, terapeuten eller en tredje parts sikkerhet kan det også innebære å utføre tiltak som reduserer den terapeutiske relasjonen. Mellommenneskelig rettferdighet forbedrer den terapeutiske relasjonen og etterlevelse. Gode kommunikasjonsferdigheter kreves for å opprettholde en god terapeutisk relasjon i situasjoner som utfordrer den. Akuttpsykiatriske team kan utfordre den terapeutiske relasjonen om det oppstår konflikter i teamet eller om pasienten syns det er vanskelig at teamet skal diskutere pasientens uttalelser dem imellom.</p> <p>*funn fra artikkel 1 og 4 andre **funn fra artikkel 1</p>		
6	<p>Vennlig og hjelpende tilnærming er viktig for å skape en forbindelse ved første møte, da mange av pasientene har vært i møte med psykiatrien over flere år og kan være kritiske til helsepersonell. Prosessen for å skape terapeutisk engasjement begynner med at sykepleier og pasient blir kjent med hverandre ved at sykepleier introduserer seg selv også som person, i tillegg til den profesjonelle rollen og forventninger. Dette legger grunnlag for en felles forståelse og tillitt etableres. Det terapeutiske arbeidet kan ikke starte før det er en ekte tilknytning mellom sykepleier og pasient er opprettet. Sykepleierens rolle å gi omsorg og utføre en tjeneste er sentrale i relasjonen. Det kreves noe sosial interaksjon for å bygge relasjonen, men interaksjoner utenfor den terapeutiske relasjonen er ikke passende. Terapeutisk engasjement dannes før den terapeutiske relasjonen. Det er da en overfladisk relasjon, men pasienten er villig til å fortsette samarbeidet om det foreligger tillit, og det er da tillit som bygger relasjonen videre mot en terapeutisk relasjon. Den terapeutiske relasjonen er nødvendig for å utføre terapeutisk arbeid og de variable interaksjonene mellom pasient og sykepleier. Essensen av den terapeutiske relasjonen er å etablere tillitt og forståelse, skape en tilknytning og møte pasienten som et eget individ. To «koder» ble oppdaget i forhold til hvordan sykepleierne skal holde seg innenfor profesjonelle grenser: 1. Kontroll av egne følelser. 2. Takle emosjonell/intellektuell intimitet. Bruk av tvangstiltak utfordrer den terapeutiske relasjonen. Det er viktig å opprettholde den terapeutiske relasjonen selv om sykepleier er pliktig å følge retningslinjer for tvang.</p>	<p>En vennlig tilnærming skaper terapeutisk engasjement, der en felles forståelse utvikles og det bygges tillit. Videre er å engasjere pasienten i den terapeutiske relasjonen og deretter etablere en allianse mellom pasient og de psykiatriske sykepleierne. Når dette er oppnådd, vil sykepleierne ha innflytelse om det kreves å hjelpe pasienten i å ta gode avgjørelser angående sin mentale helse. Sykepleierne må forsikre seg at alliansen er oppnådd og sterk nok før det forsøkes å ha en innflytelse slik at relasjonen ikke ødelegges.</p>	<p>Forfatteren nevner selv at dette resultatet kan være en forenkling av prosessen, men at en uansett må være bevisst hvilket stadium av den terapeutiske relasjonen man er i for å ikke gjøre forsøk på innflytelse som kan ødelegge den terapeutiske alliansen. Den terapeutiske relasjonen blir delt inn fire trinn i «prosessen»:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapeutic Friendliness</li> <li>2. Therapeutic Engagement</li> <li>3. Therapeutic Relationship</li> <li>4. Therapeutic Alliance/ Therapeutic Leverage</li> </ol>

## 8.3.4 Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter
1	Det er et godt samsvar mellom forkunnskaper og funn i forskningen. Pasientene som ble valgt ut hadde variasjon på diagnoser, erfaringer og kjønnsfordelingen var omtrentlig likt fordelt (56%/44%).	Kun 13 av pasientene gikk med på å ha opptak under intervjuet. De resterende intervjuene ble det kun notert underveis, som kan føre til at noe informasjon ble utelatt. Artikkelen nevner at hendelser ikke ble dobbeltsjekket med personalet eller deres filer. Artikkelen har ingen konklusjonsdel. Det blir diskutert om informasjon ikke ble gitt på en tydelig måte eller at budskapet ikke ble mottatt hos pasienten som ble gitt i en dårlig periode. Studiet bruker kun pasientens perspektiv.
2	Studiet hadde stort fokus på kriterier (ulikheter i kliniske og sosialdemokratiske karakterer) av deltakere og at alle temaer skulle dekkes, og gjorde derfor en grundig undersøkelse. Studiet er en sekundær analyse.	Det engelske lovverket og helsesystemet er ikke likt som i Norge, og ulikheter kan påvirke resultatenes overføringsverdi. Her får vi kun pasientens perspektiv.
3	Dette er en norsk studie som gjør resultatene veldig relevante for praksis. Studiet tar for seg perspektiver fra både pasienter og ansatte. De spontane samtaler med både ansatte og pasientene kan ha fått fram viktige datasamlinger som ellers ikke ville dukket opp i et planlagt intervju. Ulike diagnoser hos pasientene slik at fokuset var kun på tvangsbehandlingen i seg selv. Artiklene diskuterer rundt det etiske med å få samtykke til å delta i studien av pasientene som også er lagt inn uten samtykke.	Husregler og restriksjoner ble ansett som tvang etter ansatte og pasientens egen formening, og ikke etter lovverk. Forskningen ble gjort på kun en avdeling. Det ble utført planlagte intervju med ansatte, men ikke med pasientene på grunn av deres ustabile tilstand. Det var 3 ganger så mange menn med i studiet enn kvinner. Det nevnes at Terkelsen valgte situasjoner og personer å intervju som et bias. Oversettelsen fra Norsk til Engelsk som ikke er deres morsmål nevnes også som en svakhet.
4	Forskningen er utført på et norsk psykiatrisk sykehus, som gjør resultatene relevante for praksis. Forfatterne diskuterte at til tross for få deltakere er de erfaringene som er delt detaljerte og fyldige, samtidig som de vil kunne reflektere andre pasienter i samme situasjon. I dette studiet inkluderes det perspektiver fra både sykepleier og pasient.	Intensjonen med intervjuene var ikke å sammenligne erfaringene med moralske vurderinger av de erfaringene og resultatet kunne vært annerledes om dette var spesifisert. En av deltakerne ble intervjuet etter innleggelse som var til forskjell fra de andre deltakerne.
5	Ulikt med de andre artiklene er dette en systematisk oversikt der flere artikler har blitt valgt ut med bakgrunn av tema. Flere kvalitative studier som utgir et argument i denne artikkelen er et sterkere argument enn av enkeltstudier.	Artikkelen påpeker at bias ikke er undersøkt grundigere utover den informasjonen som er gitt i de ulike studiene. Det nevnes ikke i artikkelen hvilke land de ulike studiene er blitt gjort.
6	Forfatteren er en masterstudent, og oppgaven er en del av masteren, som krever at han har blitt vurdert av en veileder gjennom hele forskningsprosessen og det vurderes som sterkt nok. Konkluderer med å vurdere forskningens overføringsverdi. Pasientene i denne studien er ikke i en akutt fase.	Artikkelen peker selv ut at dette er en analyse som krever mer forskning. Artikkelen har ingen funn/resultatdel, funnene er kun en del av diskusjonen (som er en strukturell svakhet, men kan spille en rolle i hvordan resultatet blir tolket). Det er ikke diskutert mye rundt forfatterens rolle/bias til studiet. Det australske helsevesenet kan ha ulikheter som har betydning for forskningens resultater i samsvar med bruk i praksis. Her får vi kun de ansattes perspektiv.

## 8.4 SJEKKLISTER (s. 11-12)

**SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER****Ja/Uklart/Nei**

1. Var spørsmålet/formålet godt beskrevet? <i>Kommentar:</i>	Ja
2. Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign? <i>Kommentar:</i>	Ja Kvalitativ metode
3. Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar? <i>Kommentar:</i>	Ja
4. Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag? <i>Kommentar:</i>	Ja
5. Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet? <i>Kommentar:</i>	Ja
6. Er datasamlingen klart beskrevet og systematisk? <i>Kommentar:</i>	Ja
7. Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk? <i>Kommentar:</i>	Ja
8. Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder? <i>Kommentar:</i>	Ja
9. Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater? <i>Kommentar:</i>	Ja Se funn og konklusjon i litteratormatrisen (8.3.3 Resultater)
10. Er relasjonene/rollen mellom forskers ståsted og studiets design og resultater diskutert? <i>Kommentar:</i>	Ja Artikkel 6 ble vurdert som uklar på dette punktet, men vurdert som god nok for høy kvalitet.

**Samlet kvalitetsvurdering av studiene: Høy kvalitet**

**SJEKKLISTE FOR SYSTEMATISKE OVERSIKTER****Ja/Uklart/Nei**

1. Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene? <i>Kommentar:</i>	Ja Beskrives i deres Flow-diagram og metodedel.
2. Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? <i>Kommentar:</i>	Ja 1. Rapportering av keywords, databaser, 12/2017-11/2018, begrensninger av studiedesign, ingen spesifikk tidsramme på databasene, andre begrensninger (engelsk, full tekst mm.). 2. Databaser: PubMed, science direct, PsychINFO, Google Scholar. 3. Søkestrategi fulgte PRISMA-P retningslinjer.
3. Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)? <i>Kommentar:</i>	Ja Utvalgte studiedesign som inklusjon-/eksklusjonskriterier, Engelsk fulltekst, andre settinger eller pasienter, systemer.
4. Ble det sikret mot systematiske skjevheter(bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)? <i>Kommentar:</i>	Ja Risiko for bias ble kontrollert av studiene ved å kritisk vurdering av tilgjengelig informasjon og diskusjon.
5. Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet? <i>Kommentar:</i>	Ja
6. Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier? <i>Kommentar:</i>	Ja
7. Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet? <i>Kommentar:</i>	Ja PRISMA-P retningslinjer og oversikt i deres eget vedlegg.
8. Ble studiene sammenfattet på forsvarlig måte? <i>Kommentar:</i>	Ja
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten? <i>Kommentar:</i>	Ja
10. Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten? <i>Kommentar:</i>	<b>Høy kvalitet</b>