



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	02-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	413
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7692
----------------------	------

Egenerklæring \*:  Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Mekaniske tvangsmiddel – Erfaringar  
frå eit pasientperspektiv

Mechanical restraints – Experiences from  
a patient perspective

**Kandidatnummer: 413**

Bachelor i Vernepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 16. mai 2022

**Antal ord: 7692**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

There are several coercive methods in mental health care. In this paper my focus is on mechanical restraint, which can be seen as one of the most intrusive coercion methods. My issue was the following «What experiences does patients have with mechanical restraints» and «How can health personnel influence the patients experience of mechanical restraints». To answer this issue, I have used literature review as method.

The findings from the literature review shows that patients have a largely negative experience with mechanical restraints, and that health personnel influence their experience. I have discussed these findings against theory of power and care, found in several literature books. In mental health care staff has access to power, whilst the patients are almost powerlessness. The main findings show that there is a lack of care from the staff during mechanical restraints. The patients have a need for the staff to be present and that they communicate during the coercive method. In the end I will give a conclusion and a summary.

# Innhold

1.0 Innleiing .....	4
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	5
1.1.2 Nytt lovforslag .....	5
1.2.4 Grunnlag for oppgåva .....	6
2.0 Problemstilling .....	7
3.0 Teoretisk rammeverk .....	7
3.1 Psykisk sjukdom .....	7
3.2 Psykisk helsevernlova .....	8
3.3 Mekaniske tvangsmidlar .....	8
3.4 Makt .....	9
3.4.1 Kvifor makt .....	9
3.4.2 Makt i sosiologien .....	10
3.4.3 Michel Foucault .....	10
3.4.4 Skjult motstand .....	11
3.4.5 Avmakt .....	11
3.5 Kva er omsorg ? .....	12
3.4.1 Vernepleiarane si omsorgsrolle .....	12
4.0 Metode .....	14
4.1 Litteraturstudie .....	14
4.2 Litteratursøk .....	15
4.3 Styrkar og svakheiter ved litteraturstudie .....	16
4.4 Søketablell .....	18
5.0 Resultat .....	21
5.1 Før beltelegging .....	21
5.2 Under beltelegging .....	21
5.3 Etter beltelegging .....	22
6.0 Drøfting .....	24
6.1 Helsepersonell si makt og pasientane sin motstand .....	24

6.2 Manglende omsorg og behovet for kommunikasjon .....	26
6.3 Omsorg under tvang.....	27
6.4 Ei kjensle av tryggleik .....	28
6.5 Behovet for å snakke om tvangshendinga .....	29
7.0 Konklusjon .....	30
8.0 Avslutning.....	31
Referanseliste.....	32
Vedlegg.....	36
Vedlegg 1: PICO – skjema	
Vedlegg 2: Artikkelmatrise	
Vedlegg 3: Skjema for kritisk vurdering av kvalitativ forskning	
Vedlegg 4: Skjema for kritisk vurdering av oversiktsartikkel	
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriteriar	
Tabell 2: Søketabell	

## 1.0 Innleiing

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

Dette er ein tidlegare pasient sine beskrivingar av mekaniske tvangsmiddel, også kalla beltelegging. Arnhild Lauveng har i seinare tid blitt ein anerkjent forfattar, samt utdanna seg til psykolog. Lauveng har også sete i tvangslovutvalet, som leverte det nye forslaget til tvangsavgrensingslova (Arnhild Lauveng, 2022). Det nye lovforslaget som blir lagt fram i NOU 2019:14 (s. 31) innhald eit nærast forbod mot bruk av mekaniske tvangsmiddel.

Mekaniske tvangsmidlar er ein svært inngripande måte for tvang, og kan påføre alvorlege fysiske og psykiske skader (Sivilombudsmannen, 2017, s. 28). Det er psykisk helsevernlova har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på ein forsvarleg måte. Samstundes skal den sikre at det skjer i samsvar med menneskerettane og grunnleggjande rett. Lova har som formål å førebyggje og avgrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1). § 4-8 regulerer bruken av mekaniske tvangsmiddel ovanfor pasientar som er i ferd med å skade seg sjølv eller andre, det skal berre bli brukt når lempeligare middel er forsøkt (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8). Med mekaniske tvangsmidlar meinast det innretningar som avgrensar pasienten sine moglegheiter til å bevege armar og/eller bein. Dette kan dreie seg om belte, remmer og skadebyggjande spesialklede (Helsedirektoratet, 2017).

I denne oppgåva skal eg ikkje ta stilling til om det er riktig å bruke mekaniske tvangsmidlar i psykisk helsevern. Eg er ute etter å belyse pasientane sine opplevingar, samt korleis helsepersonell påverkar opplevingane til pasienten.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom studietida har eg fått kjennskap til psykisk helsevern og lovverket rundt det. Det har vore ein del saker i media som omhandlar tvangen i psykiatrien. Eg syns det er viktig at ein som vernepleiar har kjennskap om pasientar sine opplevingar med tvang, da ein har som oppgåve å utføre tvangstiltaka. Grunnen til at eg valde å fokusere på mekaniske tvangsmidlar, er at den politiske vilja er at ein vil fase ut mekaniske tvangsmidlar i psykisk helsevern, gjennom den nye tvangsavgrensingslova (NOU 2019:14). Difor er det interessant å sjå kva erfaringar pasientar har med nettopp mekaniske tvangsmidlar og korleis vernepleiarar kan påverke opplevinga deira.

### 1.1.2 Nytt lovforslag

NOU 2019:14 kjem med forslag til felles reglar om tvang og inngrep utan samtykke i helse- og omsorgstenesta. Utgreiinga inneheld ein forslag til ny lov, tvangsavgrensingsloven. Her ynskjer dei nærast eit forbod mot mekaniske innretningar i behandling i psykisk helsevern, unntatt i samband med tvungen ernæring (NOU 2019: 14, s. 31). Det er framleis heimel for bruk av mekaniske innretningar i 3 år frå når lova trer i kraft. Det nye lovforslaget understreke at det berre kan brukast når det er akutt fare for liv eller vesentleg helseskade (NOU 2019: 14, s. 756).

Det er ein rekke reaksjonar på det nye lovforslaget. I ein artikkel frå Bergens Tidende meina klinikkdirektør på Sandviken Sjukehus, Brede Aasen, at det er urealistisk å innføre ein forbod mot mekaniske tvangsmiddel. Om ein fjerner den moglegheita vil det føre til meir isolatbruk, fasthalding og medikamentbruk. Han meina og at fasthalding kan oppfattast meir belastande for, for eksempel overgrepsoffer (Hovden, 2019).

Legeforeningen stiller seg og kritisk til det nye lovforslaget, dei meina at fokuset på tvangsavgrensing underkommunisere at tvang nokre gongar er det beste for pasienten. Dei meina det er riktig å avgrense og kvalitetssikre bruken av slike tvangsmiddel, men at målet må vere å bruke det i situasjonar det det er naudsynt og det ikkje er andre måtar å avverje

situasjonen på. Legeforeningen meina og at fasthalding ikkje alltid vil vere fysisk mogleg, samt det er pasientar som opplever fysisk fasthaldning som meir belastande enn mekaniske tvangsmiddel (Den norske legeforening, 2019).

#### 1.2.4 Grunnlag for oppgåva

I utgreiinga for den nye tvangsavgrensingslova kjem nokon av pasientane sine erfaringar med mekaniske tvangsmiddel fram. Pasientane har negative opplevingar, blant anna opplever dei traume, krenkingar, psykisk ubehag i form av skam, angst og avmakt og sosiale belastningar. Samt opplever dei at behandlingsrelasjonen blir skada og dei føler ein mistillit til psykiske helsetenester (Norvoll, 2015, referert i NOU 2019:14, s. 269).

I eit lesarinnlegg frå Dagsavisen kom eg over utsegnet «tvang kan vere omsorg». Marie Næss, som er tidlegare pasient og har opplevde tvangsmidlar, skrive at tvang kan vere brutalt og ein kan bli traumatisert av det. På den andre sida kan tvang også vere omsorg, at nokon tek kontrollen for deg når ein ikkje makta det lenger. Eit medmenneske som halde deg i handa, sjølv om ein ligg fastspent i ei belteseng (Næss, 2018).

FO seier at ein som vernepleiar må vere klar over den asymmetriske maktrelasjonen, og ein må forsøke å fordele makta mellom ein sjølv og brukaren (FO, 2019). Som helsepersonell har ein tilgang til å bruke tvang ovanfor pasientar, og dette er med på å skape ein asymmetrisk maktrelasjon. Samstundes skal i følgje helsepersonellova utføre arbeidet sitt på ein forsvarleg og omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999, §4). Denne kontrasten mellom makt og omsorg er sentral i oppgåva.

I oppgåva skal eg ha eit sosiologisk perspektiv med fokus på maktteori. Saman med omsorgsteori, skal eg prøve å belyse pasientane sine erfaringar med mekaniske tvangsmiddel.



## 2.0 Problemstilling

Temaet i oppgåva er pasientar si opplevingar og erfaringar med mekaniske tvangsmiddel. Eg er interessert i den subjektive opplevingane til pasientane. Samstundes skal eg sjå på korleis pasientane opplevde helsepersonellet si utføring av tvangsvedtaket. Dette skal eg belyse gjennom bruk maktteori og omsorgsteori.

Det er dette som danna grunnlaget for denne oppgåva. Difor blir problemstillinga to-delt, der den eine dreier seg om pasientane si konkrete opplevingar med beltelegging. Den andre delen dreier seg om vernepleiarar si rolle, og korleis dei påverka pasienten si oppleving.

1. Kva opplevingar har pasientar med mekaniske tvangsmiddel?
2. Korleis kan vernepleiarar påverke pasienten sin oppleving av mekaniske tvangsmiddel?

## 3.0 Teoretisk rammeverk

### 3.1 Psykisk sjukdom

Psykisk lidning kan definerast som ei samlenemning for sjukdommar og tilstandar som over tid påverke tankar, kjensler, åtferd og evna til å fungere sosialt. Helsedirektoratet seie at om lag halvparten av befolkninga i Noreg vil få ein psykisk lidning i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2022). Alvorleg sinnsliding er eit meir juridisk enn eit psykiatrisk omgrep, og det brukast i hovudsakleg i forbindelse med etablering av tvungent psykisk helsevern. Omgrepet ligg nært opp til psykose, men tilsvara ikkje noko klar diagnose. Berre i særlege grensetilfelle kan det kome på tale med tvangsomsorg ovanfor den som har ei psykisk lidning utan å vere psykotisk. Etter ein heilskapleg vurdering kan det i sjeldne tilfelle vere heimel for å tvangsinnlegge personar med store karakteravvik, kor lidninga medføre tap av meistringsevne og evne til realitetsvurdering, det vil sei ein funksjonssvikt som er like stor som det ein ser ved psykosar (Syse, 2007, referert i Snoek og Engedal, 2017, s. 292).

### 3.2 Psykisk helsevernlova

Psykisk helsevernlova sitt formål er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på ein forsvarleg måte og i samsvar med menneskerettane og grunnleggande rettsprinsipp. Lova har også som formål å førebyggje og avgrense bruk av tvang. Helsehjelpa skal ordnast med respekt for den enkelte si fysiske og psykiske integritet og så langt som mogleg vere i samsvar med pasienten sine behov og sjølvbestemerett og respekt for menneskeverda (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

### 3.3 Mekaniske tvangsmidlar

Psykisk helsevernlova § 4- 8 (1999) gjev under visse vilkår medhald for bruk av tvangsmidlar i institusjon for døgnopphald. Med «tvangsmiddel» siktast det her til åtferdskorrigerande eller roande verkemiddel som ikkje er ein del av den planmessige behandlinga (Snoek og Engedal, 2017, s. 296). Tvangsmidlar kan nyttast både ovanfor pasientar som er frivillig innlagt og pasientar som er underlagt tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2017). Ein kvar bruk av tvangsmiddel skal vere etisk og fagleg forsvarleg og i samsvar med krava til vern om personleg integritet jamfør § 4 – 2 (Psykisk helsevernlova, 1999). Tvangsmidlane kan ikkje nyttast som straff eller på ein nedverdige måte (Helsedirektoratet, 2017).

Tvangsmidlar skal i følgje lovverket berre brukast ovanfor pasienten når dette er uomgjengeleg naudsynt for å hindre han i å skade seg sjølv eller andre, eller for å avverje betydeleg skade på bygningar, klede, inventar eller andre ting. Tvangsmiddel skal berre brukast når lempligare midlar har vist seg openbart å vere forgjevast eller utilstrekkeleg. Lovverket angir ein rekke tvangsmiddel som kan brukast; a) mekaniske tvangsmidlar som hindrar pasienten sin rørslefridom, som belte og remmer, og skadeforebyggande spesialklede. b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør utan personale til stades. c). enkeltstående bruk korttidsverkande legemidlar i roande eller bedøvande hensikt. d) kortvarig fasthalding (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). I denne oppgåva skal eg ha fokus på mekaniske tvangsmiddel som hindrar rørslefridommen, også kalla beltelegging.

Psykisk helsevernlova seie at det er ikkje tilgang til å bruke mekaniske tvangsmiddel og skjerming mot pasientar under 16 år. Pasientar som er under desse tvangsmidlar skal ha kontinuerleg tilsyn av pleiepersonale. For pasientar som er under beltelegging, skal pleiepersonalet opphalde seg i same rom, så lenge pasienten ikkje motsette seg dette (Psykisk helsevernloven, 1999 § 4- 8). Tvangsmidla er situasjonsbestemte verkemiddel, og vedtak om tvangsmiddel er enkeltvedtak, noko som betyr at vedtaket berre gjeld i den eine akutte situasjonen (Snoek og Engedal, 2017, s. 296). Det er ikkje mogleg å bruke tvangsmidlar i behandlingaugemed (Helsedirektoratet, 2017). Tvangsbruken skal journalførast, og tvangsbruk ved enkeltvedtak kan påklagast kontrollkommisjonen jfr. § 4-8 femte ledd (Psykisk helsevernloven, 1999).

I følgje psykisk helsevernforskrifta § 26 skal bruken av tvangsmiddel gjerast så kortvarig som mogleg og gjennomførast på ein mest mogleg skånsam og omsorgsfull måte. Ved samanhengande bruk av mekaniske tvangsmidlar ut over åtte timar, skal det ut i frå pasienten sin tilstand og forholda elles, sørge for at pasienten gjevast friare forpleiing i kortare eller lengre tid. Dersom dette ikkje lar seg gjerast, skal årsaka til dette dokumenterast. Når tiltaket sjåast som opphøyr, kan ein ikkje iverksette nytt tiltak for bruk av tvangsmiddel utan at vilkåra er oppfylt og det fattast eit nytt vedtak (Psykisk helsevernforskriften, 2011, § 26).

## 3.4 Makt

### 3.4.1 Kvifor makt

Makt- og kontrollperspektiv er viktig for å forstå psykisk helse. Maktforhold påverka den psykiske helsa og forløpet ved psykiske vanskar. Eit viktig kjenneteikn ved det psykiske helsevesenet er at det har særleg moglegheit til å utøve makt og sosial kontroll, altså tvang ovanfor pasientane (Øye & Norvoll, 2013, s. 73). I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet til FO, står det at vernepleiaren må vere på bevisst på si eiga makt i møte med pasienten, og ein må prøve å fordele makt og ansvar mellom profesjonsutøvar og pasient (FO, 2019). Moglegheita for å nytte makt, kontroll og tvang innan for psykisk helse, har ein sterk innverknad på relasjonane mellom personell og pasient (Øye & Norvoll, 2013, s. 73).

### 3.4.2 Makt i sosiologien

Makt er eit av dei mest brukte omgrepa innanfor sosiologien, men samstundes det som er vanskelegast å definere og det mest omdiskuterte. Maktomgrepet står sentralt innan for dei fleste sosiologiske tradisjonar, særleg når ein snakkar om sosial stratifikasjon, sosial ulikheit og konflikt. I følgje Max Weber, er makt det same for sannsynet for at eit individ eller gruppe får vilja si til tross av motstand. Omgrepet til Weber beskriver da ein sosial relasjon som innehalde ein interessemotsetnad eller ei konflikt. Makt er makt over nokon (Brante, 2008). I Webersk forstand forståast makt som ein asymmetrisk relasjon mellom to eller fleire aktørar. Konfliktaspektet i denne definisjonen er svært tydeleg (Olsen, 2018, s. 109).

### 3.4.3 Michel Foucault

Makt for Foucault er ikkje ein ting som er haldt eller brukt av individ eller grupper. Det er heller både ein kompleks flyt og eit sett av relasjonar mellom ulike grupper og områder av samfunnet som endrar seg med situasjonar og tid. Eit anna poeng Foucault gjer om makt det er også høgt produktivt. Makt produserer motstand til seg sjølv; det produserer det vi er og kva vi kan gjere; og det det produserer korleis vi ser på oss sjølv og verda (Danaher et al., 2000, xiv). Foucault har sett spesielt på forholdet mellom kunnskap og makt, og dermed understreka den intrikate forbindinga mellom for eksempel byråkratiske og vitskaplege klassifiseringar og maktutøving for eksempel når det gjeld psykiatrisk eller kriminologisk forskning (Brante, 2008).

Foucault meina at det er sterke band mellom makt, kunnskap og sosial kontroll. Desse fenomenen er djupt innvevd i kvarandre og er forutsett kvarandre. Det finst heller ingen maktrelasjon utan at det finst ein kunnskapsbase som understøtter denne makta. Omgrepet Power/knowledge peika mot historiske og kulturelt avhengig kunnskapsformer som gjennomsyra institusjonar, praksisar og borgarar si erfaring (Foucault, 2001, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 84). Maktutøvinga i psykiatrien blir legitim gjennom referansar til ein eller fleire spesifikke kunnskapsformer (Øye & Norvoll, 2013, s. 84). I dei psykiatriske tenestene har ein kunnskapsproduksjon om individ, gjennom kliniske praksisar, undersøkingar, objektivisering av dei enkelte og journalskriving (Øye & Norvoll, 2013, s. 84).

Foucault meinte at maktrelasjonar forutsette ein form for fridom. Fridommen til å gjere motstand skilje mellom makt og tvang, makta forutsette ein valfridom til å gjere motstand eller opprør. Ein fange i lenker vil ikkje lenger ha moglegheit til å gjere motstand, da er det snakk om ein tvangssituasjon. I tilfella der moglegheita til å gjere motstand er vekke, endrast maktrelasjonen til rein tvang (Øye & Norvoll, 2013, s. 79).

#### 3.4.4 Skjult motstand

På psykiatriske avdelingar kan både pasientar og personell yte motstand mot den dominansen dei er underlagt. Goffman beskrev korleis pasientar utvikla tilpassingsformer for at dei skulle klare seg såg godt som mogleg i institusjonen. Tilpassingsformene var ulike former for motstand mot personalet og institusjonen dei var underlagt (Goffmann, 1961/1971, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 80). Øye og Norvoll viser til ein rekke nyare studiar som viser at pasientar utviklar strategiar for å tilpasse seg det systemet og institusjonen dei er underlagt. Blant anna beskriver fleire av studiane korleis pasientar prøver å finne ut av korleis dei bør handle for å oppnå fordelar og vinne att sin fridom (Øye & Norvoll, 2013, s. 80).

#### 3.4.5 Avmakt

Avmakt kan beskrivast som å vere i ein situasjon der ein ikkje ser nokon utveg, midlar eller moglegheit til å endre situasjonen eller motsette andre si viljeutøving ovanfor ein sjølv (Mathiesen, 1982, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 80). Avmaktsforholdet er ikkje statisk, dei avmektige kan ha makt og dei mektige kan føle avmakt (Øye & Norvoll, 2013, s. 81). Det å inneha ein avmektig posisjon kan opplevast svært nedverdiggande og angstprovoserande. Avmakt har nær samanheng med kjensler som aggresjon, frykt og skam (Aubert, 1987, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 81).

### 3.5 Kva er omsorg ?

Omsorg er eit diffust omgrep, sjølv om det verkar klart. Det som er viktig å hugse er at det som er omsorg for meg, er ikkje naudsynt omsorg for deg. Lorentzen seie at omsorg er knytt til aspekt som omtanke, oppmerksamheit, deltakande sympati og forståing (Lorentzen, 2015, s. 154).

Når ein yte omsorg kan ein ikkje redusere situasjonen vi står ovanfor til å utgjere ei oppgåve og eit problem som krevje resolutt handling og dei riktige løysningane. Når vi yte omsorg tek ein problemet på alvor samstundes som vi tek omsyn til kva som vil vere det riktige for den enkelte. Ein vil gjerne vere til nytte for den enkelte men ein ser ikkje på kor vidt ein lukkast med det eller ikkje (Lorentzen, 2015, s. 154).

Tolmod er viktig i alle omsorgs- og bistandsrelasjonar, dette symbolisera ei tru på framtida. Utolmod signalisere til pasienten at det ikkje er grunn til å tru på framtida. Samstundes er det viktig i ein omsorgssituasjon å ta lærdom av feil og nyttiggjere seg av den kunnskapen seinare (Lorentzen, 2015, s. 154). Bistand og omsorg handlar om kor vidt den andre parten på ein elle annan måte akseptere og godtek bstanden og omsorga. Miljøpersonalet må kunne hjelpe, og den som skal bli hjulpen må akseptere å bli hjulpen (Lorentzen, 2015, s. 155).

#### 3.4.1 Vernepleiarane si omsorgsrolle

FO sitt yrkesetiske grunnlagsdokument, slår fast at vernepleiaren har eit særleg ansvar for å bistå dei som ikkje kan ivareta sine egne behov og interesser. Vernepleiarane skal vise omsorg og nestekjærleik ved å identifisere og møte brukarane sine udekkte behov på ein måte som tar omsyn til den enkelte (FO, 2019). Samstundes seie helsepersonellova § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeid på ein omsorgsfull måte (Helsepersonellova, 1999, § 4).

I omsorgsfilosofien til Martinsen byggjer moralsk praksis på omsorg, der omsorga kvile i nestekjærleiken, dette viser at dei alle er samanveva. Martinsen meina at omsorg ikkje berre er det same som sjukepleie, men det er essensiell for å ta vare på moralen i utføringa av sjukepleie (Austgard, 2002, s. 18).

Ein kan skilje mellom universell og profesjonell omsorg. Omsorg for andre er eit universelt og naturleg fenomen, vår eksistens kan ikkje klare seg utan (Austgard, 2002, s. 19). Martinsen seie at: «Vi står alltid i relasjonar til hverandre» (FML, s. 69, referert i Austgard, 2002, s. 19). Omsorg er å handle til den andre sitt beste, men kva som er deira er avhengig av situasjonen og den konteksten vi står i som menneske (Austgard, 2002, s. 20). Sidan omsorg er noko vi er og gjer, i følgje Martinsen, kan ein ikkje skilje det frå rolla som yrkesutøvar. Ein skal ikkje grunngje omsorga ein gjev, men ein må grunngje handlingane ein gjer som helsepersonell (Austgard, 2002, s. 20). Sidan ein ikkje kan skilje omsorga ein utøve som rolla som vernepleiar, vil det vere ein profesjonell omsorg ein yte.

## 4.0 Metode

I denne delen av oppgåva skal eg presentere den valde metoden. Vidare skal eg beskrive korleis eg har gått fram for å innhente data og presentere resultatata frå litteraturstudien. Eg skal også vise til styrkar og svakheiter ved den valde metoden.

For å belyse problemstillingane «Kva opplevingar har pasientar med mekaniske tvangsmiddel?» og Korleis kan vernepleiarar påverke pasienten sin oppleving av mekaniske tvangsmiddel?», har eg som sagt valt å bruke litteraturstudie. Dette blei gjort da det er lite rom for å innhente forskning på eiga hand. Fokuset i oppgåva er pasienten sine subjektive opplevingar og kva som påverkar dei opplevingane. Difor har eg valt å søke etter kvalitativ forskning.

### 4.1 Litteraturstudie

I følge Dalland er metoden reiskapen vårt i møte med noko vi vil undersøke (Dalland, 2017, s. 52). Litteraturstudie er ein metode der ein tek utgangspunkt i allereie eksisterande forskning for å kunne belyse ei problemstilling. Ein kan belyse temaene i problemstillinga ved å søke systematisk etter forskning i databasar, samt vurdere funna kritisk. Ein må og samanfatte dei funna ein har gjort og drøfte dei opp mot annan litteratur, da det skal inngå i oppgåva si drøftingsdel (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).



## 4.2 Litteratursøk

Eg skal søke systematisk etter forskning som tar for seg erfaringane til pasientar som har opplevd mekaniske tvangsmidlar. Sidan dette dreier seg om erfaringar, vil det vere nyttig å ta i bruk PICO, fordi det er eigna til å besvare spørsmål som svarast med eit kvalitativt forskingsdesign (Helsebiblioteket, 2016a). I vedlegg 1 ligg PICO- skjema utfylt. Eg har også utarbeida nokon inklusjon og eksklusjons kriteriar som er vist i tabell 1.

Inklusjon	Eksklusjon
Engelsk eller skandinavisk språk	Innhalde ikkje pasientar sine erfaringar
Pasientar over 18 år	Eldre enn 10 år
Forfattarane har tatt etiske vurderingar eller godkjent av etisk komité	For stort fokus på andre former for tvang, ikkje nok fokus på mekaniske tvangsmidlar
Dreier seg om pasientar si erfaring med mekaniske tvangsmidlar.	
Helst ikkje eldre enn 5 år.	

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

I følgje Aveyard bør ein tilstrebe å ha ein systematisk prosess når ein gjennomføre ein litteraturstudie (2014, s. 12). I starten av søkeprosessen gjekk eg breitt ut og søkte i Oria og Google Scholar. Dette var for å finne søkeord, samt for å sjå kva type litteratur som fanst. Gjennom å bruke MeSH kan det bidra til meir presise søk etter litteratur i internasjonale databasar (Helsebiblioteket, 2016b). Det var vanskeleg å finne eit MeSH- ord for mekaniske tvangsmiddel, det nærast som fanst var *fysiske tvangsmiddel / restraint, physical* og *tvang / coercion*. Gjennom søk i Google Scholar, såg eg at *mechanical restraint* kan brukast som søkeord. Dette danna grunnlag for ein søkestrategi, og i søketabellen er søka dokumentert.

Eit viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er å leite etter oppsummert forskning før ein leitar etter enkeltstudiar. Oppsummert forskning kan vere kvalitetsvurderte studiar og systematiske oversikter. Det kan også vere gode faglege retningslinjer som støtta seg på studiar og oversikter som er systematisk samla inn og kvalitetsvurdert. Kunnskapsbasert praksis anbefala at ein starta øvst i kunnskapspyramiden, som i kliniske opplagsverk som UpToDate

Og BMJ Best Practice (Helsebiblioteket, 2016c). Det var ingen relevante funn etter kliniske oppslagsverk.

Deretter anbefala kunnskapsbasert praksis at ein søker etter systematiske oversikter (Helsebiblioteket, 2016c). Eg fant til saman to systematiske artiklar. Desse dreier seg da om pasientar sine erfaringar med tvangsmiddel, generelt, men dei trekker ut nokre erfaringar med mekaniske tvangsmiddel.

Vidare har eg søkt etter enkeltstudiar og funne ein del. 1 av enkeltstudiane dreier seg om rettspsykiatriske pasientar sin erfaring med mekaniske tvangsmiddel. Den andre artikkelen dreier seg om pasientar og sjukepleiarar sine erfaringar. Samstundes har eg funne 3 enkelt studiar som handlar om pasientar sine opplevingar med tvang generelt, men det er omtale mekaniske tvangsmiddel. For å kritisk vurdere artiklane har eg brukt sjekklister for kvalitativ metode og sjekklister for oversiktsartiklar (Helsebiblioteket, 2016d). Eg har vald å inkludere to av dei utfylte sjekklisene, ein for ein kvalitativ studie og ein frå ein systematisk oversiktsartikkel. Dei andre artiklane har også blitt kritisk vurdert med hjelp av desse sjekklisene. Ferdigfylte sjekklister ligg i vedlegg 3 og 4.

#### 4. 3 Styrkar og svakheiter ved litteraturstudie

Ein litteraturstudie baserer seg for allereie eksisterande forskning, for å belyse ei problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Dette er ein styrke fordi ein har tilgang til store mengder datamateriale, enn om ein skulle ha forska sjølv. Det å gjennomføre ein litteraturstudie er ein styrke for denne oppgåva, da det ikkje var mogleg å gjennomføre forskning på pasientar sine erfaringar på eiga hand. Ein annan styrke ved litteraturstudie er at det er enkelt for lesaren å sjå kor funna kjem frå, i motsetnad til om ein skulle gjort forskinga sjølv.

Samstundes er det ein risiko at det valte temaet ikkje er blitt forska så mykje på (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Dette vil da vere ein svakheit ved metoden. I arbeidet med denne oppgåva har eg oppdaga at det ikkje finst så mykje forskning på pasientar si subjektive opplevingar med mekaniske tvangsmiddel. Det er ein del forskning om erfaringar med tvangsmiddel generelt, noko som er spegla att funna i litteraturstudien. Dette viser at det trengst meir forskning på dette området som fangar pasientane sine erfaringar.

Ein annan svakheit ved litteraturstudie er at ein kan risikere at ein velje studiar som støtte eins eige synspunkt. Samstundes kan ein risikere at ein feiltolkar resultata frå dei valde artiklane (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Det kan også vere ein svakheit at ein moglegvis ikkje har innhenta all den forskinga som er tilgjengeleg, da ein ikkje har gått systematisk nok til verks (Bettany-Salikov & McSherry, 2016, s. 13).

Ein anna svakheit med metoden er at eg tok i bruk to artiklar som var eldre enn 5 år. Dette kan føre til at noko av den forskinga i artikkelen er utdatert. Artiklane vart likevel valt av den grunn av at dei var norske, og dei gav eit innsyn i korleis pasientar oppleve tvang og korleis dei meina ein kan redusere bruken av tvang.

## 4. 4 Søketablell

Database	Dato	Søkeord	Avgrensingar	Antal treff	Valde artiklar
Epistemonikos	30.03. 2022	Mechanical restraint AND patient experience		3	1 (B)
	30.03. 2022	Physical restraint AND patient experience		1	0
Campell Library	30.03.2022	Mechanical restraint AND patient experience		0	0
Medline	05.04. 2022	Mechanical restraint	Siste 5 år Clinical Queries (Review - Balansert)	11	2 (A) Og (B)
Cochrane Library	30.03.2022	Mechanical restraint AND patient experience	2017 - 2022	7	0
SveMed+	05.04.2022	Tvang AND psykiatri	Mesh_en «restraint physical»	24	2 (C) og (D)
	07.04. 2022	Tvang AND omsorg		27	1 (E)
Idunn	07.04. 2022	Mekaniske tvangsmidler AND erfaringer	2016 - 2021	11	1 (D)
Cinahl	07.04. 2022	Physical restraint AND patient perspective	2016 - 2022	11	1 (F)

PubMed	05.04.2022	Mechanical restraint AND patient experience	Siste 5 år Systematic Review	3	2 (A) og (B)
PubMed	07.04. 2022	Physical restraint AND patient experience	2016 – 2022 Alder: Adult 19 + years	69	1 (C)
	07.04.2022	Mechanical restraints AND patient experiences	Siste 10 år	55	5 (A), (B), (C),(G) og (F)
	15.04. 2022	Coercion AND power	Siste 5 år Alder: Adult 19 + years	47	(G)

## Inkluderte artiklar:

- A) Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., Hounsgaard, L. (2017). «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681– 698. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jpm.12410>
- B) Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(2), 129–144. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0706743717738491>
- C) Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Fildberg, F. A. (2019). Sådan opfatter retspsykiatriske patienter baeltefikseringer. *Sygeplejersken Fag&Forskning*, 119(4), 36-47. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-4/saadan-opfatter-retspsykiatriske-patienter-baeltefikseringer>

- D) Einbu, M., & Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 13(1-2), 24-33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>
- E) Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(2), 114-24. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>
- F) Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & MacPhee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009–1026. <https://doi.org/10.1177/0969733017736923>
- G) Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social science & medicine* (1982), 223, 89–96. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>

Tabell 2. Søketabell

## 5.0 Resultat

I artiklane henta frå litteraturstudien, kjem det fram at pasientar stort sett har negative opplevingar som dei assosiere med mekaniske tvangsmiddel (Tingleff et. al., 2017; Jacob et. al., 2019). Aguilera- Serrano et al. (2018) viser at under beltelegging føler pasientane på negative kjensler som frykt, avisning, makteslausheit, ekskludering og engstelighet. Funna til Tingleff et al. (2017) viser at pasientane sin negative og positive opplevingar med tvang blir påverka av personellet si evne/vilje til å kommunisere og interagere respektfullt.

I denne delen av oppgåva skal eg framvise resultatet frå litteraturstudien, dette blir gjort tematisk. Eg skal sjå på korleis pasientar oppleve det før, under og etter belteleggingsepisoden. Dei ulike artiklane er også presentert i vedlegg 2, i form av ein artikkelmatrise.

### 5.1 Før beltelegging

I Tingleff et al. fortelje pasientane at årsaka til beltelegginga var deira utrykk for sinne og frustrasjon, som blei vist gjennom vald, truslar og eller aggresjon retta mot personalet. Grunnen til dette var konflikter med personalet eller handlingane til personalet. Konfliktane blei forverra av manglande kommunikasjon frå personalet. Pasientane meina og at situasjonen kunne vert deeskalert hadde personalet snakka roleg til eller hatt ein samtale om grunnen til utageringa (Tingleff et al., 2019, s. 41 – 42). Manglande eller ikkje god nok kommunikasjon før tvangshendinga blir trekt fram som ein årsak til at situasjonen eskalerer (Einebu & Larsen, 2016; Tingleff et al., 201). Ein informant fortelje at ho knuste eit glas i veggjen på grunn av redsel. I staden for ein samtale om kvifor, blei ho beltelagt (Lorem et al., 2014, s. 119).

### 5.2 Under beltelegging

Tingleff et al. finner i sin artikkel at under tvangshendinga følte pasienten seg under personalet sin kontroll. Pasientane følte seg straffa og behandla som kriminelle, og at deira autonomi og rettigheitlar hadde blitt krenka. Maktubalansen var synleg, og dei følte at personalet misbrakte makta si (Tingleff et al., 2017, s. 690). Ein av pasientane i studien til

Verbeke et al. (2019, s. 92) hevdar om at det hadde vore meir kommunikasjon med pasientane, hadde det ikkje vore så mykje maktmisbruk.

Fleire av studiane trekker fram personalet si manglande evne til å kommunisere med pasientane under beltelegginga (Jacob et al., 2019; Tingleff et al., 2019). Pasientane beskriver at dei følte seg triste og frustrerte når personalet lot vere å snakke med dei (Tingleff et al., 2019, s. 42). Ein studie fortelje om pasientar med psykose som ikkje får informasjon om kva som skjer når dei blir skjerma, noko som fører til at pasientane får «bekrefta» at dei er kidnappa. Dette forverre dei psykotiske symptoma deira og angsten, fordi dei ikkje får informasjon frå personalet (Verbeke et al., 2019, s. 93).

Ein ser at pasientane si oppleving av tvangen er stort sett negativ, men det finst nokre positive opplevingar som pasientane beskriver. Pasientane rapportere positiv innverknad frå personalet under beltelegging, når dei er villig til å prate og lytte, samt gje pasienten informasjon om varigheit og bakgrunn for tvangen (Tingleff et al., 2017, s. 692). Tingleff et al. (2019, s. 43) finner også at det at personalet pratar med pasienten og gir dei informasjon har ein roande effekt på pasienten under beltelegginga. Jacob et al. sin studie finner få funn som viser at beltelegging hadde ein positiv påverknad på pasienten sin mentale helse eller generelle velvære. Dersom pasientane hadde positive kommentarar om tvangen, dreidde det seg om kjensle av tryggleik og sikkerheit (Jacob et al., 2019, s. 1019). Andre studiar har og funn som viser at pasientar oppleve tryggleik og sikkerheit (Tingleff et al., 2017; Aguilera-Serrano et al., 2018).

### 5.3 Etter beltelegging

Det er fleire av studiane som viser at tvang og mekaniske tvangsmiddel, påverkar forholdet mellom pasient og helsepersonell. Jacob et al. (2019, s. 1019) finner at å betre forholdet etter ein tvangshending er viktig for å kunne tilby god kvalitet i behandlinga. Samstundes trekker pasientar seg unna personalet eller endra veremåten sin ovanfor dei, fordi dei er redd for eit nytt tvangstiltak (Tingleff et al., 2017, s. 692; Tingleff et al., 2019, s. 42). Samt 4



studiar viser at pasientane meinte at tvangen hadde ein direkte skadeleg effekt på forholdet mellom pasient og helsepersonell (Tingleff et al., 2017, s. 692).

I etterkant av ein belteleggingsepisode hadde pasientane behov for å prate om hendinga, for å kunne bearbeide og få vite korleis ein skal unngå ein ny tvangssituasjon (Tingleff et al., 2019, s. 43). Ein studie viser at det å debriefe med personalet etter ein tvangshending, er naudsynt for pasientane for å prosessere opplevinga, samt å minimere risikoen for å utvikle eit traume som følgje av hendinga (Lanthèn, 2015, referert i, Tingleff, 2017, s. 692). Det finst studiar som viser at debriefing hjelper pasienten å forstå kvifor det blei brukt tvang (Aguilera- Serrano et al., 2018, s. 141). Samstundes opplever pasientane at personalet lar vere å halde ein samtale i etterkant av tvangshendinga. Manglande eller utilstrekkeleg ettersamtalar førte til at pasientane var framleis frustrerte og forvirra over tvangshendinga (Tingleff et al., 2019, s. 42-43).

## 6.0 Drøfting

Mekaniske tvangsmiddel er eit tiltak som er meint for å hindre pasienten å skade seg sjølv og andre (Psykisk helsevernlova, 1999, § 4-8). Dette er likevel eit svært inngripande tiltak, og pasientane rapportere negative opplevingar knytt til tvangen. Norvoll sin gjennomgang av kvalitativ forskning viser at pasientane opplever traume, krenking av personleg autonomi, oppleving av straff, psykisk ubehag, sosiale belastningar og skade på behandlingsrelasjonar, for å nemne nokre (Norvoll, 2015, referert i NOU 2019:14, s. 269). Funna frå litteraturstudien viser og at pasientane stort sett har negative opplevingar med mekaniske tvangsmiddel (Tingleff et. al., 2017; Jacob et. al., 2019; Aguilera- Serrano et al., 2018). Det kan verke som mekaniske tvangsmiddel og kombinerte tvangstiltak, gjev eit meir negativ oppleving samanlikna med tvangsmedisinerer (Aguilera – Serrano, 2018, s. 142).

I denne delen av oppgåva skal eg belyse den to-delte problemstillinga «Kva opplevingar har pasientar med mekaniske tvangsmidlar?» og «Korleis kan vernepleiarar påverke pasienten sin oppleving av mekaniske tvangsmidlar?». Dette skal eg gjere ved å drøfte funna frå litteraturstudien opp mot teori om makt og omsorg. På den måten skal eg prøve å belyse erfaringane til pasientane, og korleis vernepleiarar kan påverke deira oppleving.

### 6.1 Helsepersonell si makt og pasientane sin motstand

Verbeke et al. hevdar at i psykiatrien blir pasientar ikkje sett på som individ med ulike personlegdommar, men dei blir sett på som ein «sjuk pasient». Dette blir kalla de-subjektivisering, noko som fører til eit «oss og dei», ein skilnad mellom helsepersonell og pasientar. Ein er ikkje lenger eit individ med ulike sosiale roller, som ei mor, ein vaksen person eller eit sjølvstendig menneske, ein er ein «sjuk pasient». Pasientane opplevde at viktige delar av personlegdommen deira vart tatt frå dei, fordi dei var ein «sjuk pasient». Når pasientane var kritiske til tvangstiltak, blei dei fortalt at det kritiske synet deira var ein del av symptoma deira (Verbeke et al., 2019, s. 92). I Einebu og Larsen (2016, s. 31) blir delar av personlegdommen til informantene redusert til vrangførestillingar. Ein pasient kan risikere at

delar av identiteten eller personlegdommen blir redusert til symptom av den psykiske sjukdommen.

Foucault knyt makt til kunnskap, og maktutøving blir legitimert gjennom referansar til ulike kunnskapsformer (Foucault, 2001, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 84). Helsepersonell definerer når ei åtferd er utagerande, og når det er behov for eit tvangstiltak. Dei gjer det med bakgrunn i deira kunnskap om lovverket og den psykiske sjukdommen. Dette er ein del av den makta helsepersonellet har. Makta er her produktiv gjennom å produsere legitimerande kunnskap for styring av uynskt åtferd (Øye & Norvoll, 2013, s. 84). Ein pasient beskriver beltelegging som ei straff for å nekte å ta medisinen sin (Lorem et al., 2014, s. 118). Så når ein pasient uttrykker kritikk ovanfor medisineringa, kan dei risikere at kritikken deira blir definert som utagerande åtferd, og dei blir beltelagt.

Når pasientane er underlagt mekaniske tvangsmiddel er dei i ein avmektig posisjon. Avmakt kan beskrivast som å ikkje ha moglegheit til å endre situasjonen eller motsette seg andre si viljeutøving ovanfor seg sjølv (Mathiesen, 1982, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 81).

Pasientane har rapportert kjensla som avmakt og makteslausheit (Norvoll, 2015, referert i NOU 2019:14, s. 269; Aguilera-Serrano et al., 2018, s. 134). Avmakt fører med seg kjensler av aggresjon, frykt og skam (Aubert, 1987, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 81). Pasientane rapporterte at dei gav opp å kjempe mot tvangen, og blei rolege (Lorem et al., 2014, s. 118; Tingleff et al., 2019, s. 2019). Det at dei gjev opp å kjempe mot, illustrere den avmakta dei kjenner på.

Ein studie viser korleis pasientar undertrykka sine kjensler av frustrasjon og sinne, og bytta den ut med ein «falsk ro», for å bli slept frå belta (Tingleff et al., 2019, s. 42). Desse tilpassingsformene som pasientane fortelje om, er ein del av det å yte motstand (Goffmann, 1961/1967, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 80). Fleire studiar beskriver korleis pasientar prøver å finne ut korleis dei bør handle for å oppnå fordelar og få tilbake sin fridom (Øye & Norvoll, 2013, s. 80). Dette er ein måte pasientar kan vise motstand, sjølv om dei er i ein avmektig posisjon. Denne forma for skjult motstand, med å skjule sine indre tankar frå

personalet, kan vere ein måte som makta produserer motstand til seg sjølv. Det at makta produserer motstand, vil seie at individ eller grupper vil forsøke å minimere dei negative konsekvensane som makta har for ein sjølv (Foucault, 2001, referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 79).

## 6.2 Manglande omsorg og behovet for kommunikasjon

Tvang kan vanskeleggjer gode omsorgsrelasjonar mellom pasient og helsepersonell (Lorem et al., 2014). Fleire av pasientane opplever mistillit til behandlar og tenesta i etterkant av mekaniske tvangsmiddel (Tingleff et al., 2019, s. 42). Samstundes viser fleire av studiane at pasientane har behov for omsorg frå helsepersonellet under tvangstiltaket, og at det blir ein meir positiv oppleving for pasienten (Aguilera-Serrano et al., 2018; Tingleff et al., 2017). I følgje psykisk helsevernforskrifta bruken av tvangsmiddel gjennomførast på ein mest skånsam og omsorgsfull måte som mogleg (Psykisk helsevernforskrifta, 2011, § 26).

They don't give you care . . . They just they just leave you tied up with these buckles on yet they don't, they don't do nothing. You get no care . . . I tried to talk to them and they shut the door on me. (Jacob et al., 2019, s. 1016).

Dette er henta frå ein informant i ein studie som er gjort i Canada. I Noreg skal ein pasient som er beltelagt ha kontinuerleg tilsyn av personalet. Ein skal og opphalde seg i same rom som pasienten, med mindre pasienten ynskjer å vere aleine og det er fagleg forsvarleg (Psykisk helsevernforskrifta, 2011, § 26). Funna frå litteraturstudien viser at pasientane har behov for at personalet er til stade under beltelegginga (Jacob et al., 2019; Tingleff et al., 2019; Tingleff et al., 2017).

Det ikkje nok at personalet berre er til stades under beltelegginga. Pasientane føler seg triste og frustrerte når personalet unngår å prate med dei (Tingleff et al., 2019, s. 42). Fleire av studiane viser at personalet manglar evna og vilja til å kommunisere med pasientane på ein

respektfull måte (Jacob et al., 2019; Tingleff et al., 2019; Tingleff et al., 2017). Pasientane rapportere at dei blir prata om i staden for til, og dei blir gjort narr av. Dette fører til ein negativ oppleving, og dei får ei kjensler av å bli straffa, skuld og flauheit (Tingleff et al., 2017, s. 691). Eit tiltak som er meint for å hjelpe pasienten å få kontroll over seg sjølv igjen, blir forverra av manglande evna og vilja til personalet til å kommunisere. Når personalet unngår å snakke med pasienten under tiltaket, kan ein hevde at ein ikkje utføre det på ein mest mogleg skånsam og omsorgsfull måte.

Samstundes får ikkje pasientar anledning til å utrykke sine synspunkt om tiltaket til den ansvarlege for vedtaket. Pasientane hevda at personalet laug om åtferda deira til vedtak ansvarleg, og dette førte til at dei blei beltelagt lenger. Ein av pasientane ser på forlenginga av vedtaket som ein straff for deira handlingar og eit maktmisbruk (Tingleff et al., 2019, s. 42). Ved å gje pasientane ei moglegheit til å fortelje kva dei syns om tiltaket, kunne det kanskje ha betra relasjonen mellom dei. I staden satt pasienten igjen med ein mistillit og ein frustrasjon mot personalet (Tingleff et al., 2019, s. 42). Dette viser også at pasienten er avmechtig i denne situasjonen, fordi han ikkje har moglegheit til å utrykke seg, og verbale protestar fører til lenger beltelegging.

### 6.3 Omsorg under tvang

Pasientane rapportere at opplevinga av tvangen blir meir positiv dersom personalet snakkar med dei under tvangshendinga, det kan også bidra at dei føler seg meir trygge og rolege (Tingleff et al., 2019, s. 43; Jacob et al., 2019, s. 1016). I Aguilera- Serrano sin studie finner dei 20 studiar som viser at det at pasientane får informasjon og interaksjonar med personalet påverka den subjektive opplevinga av tvangen (2019, s. 132). Pasientane rapportere i fleire studiar at det at personalet var villig til å snakke og lytte, gje informasjon om årsaka til og den forventa lengda av tvangen, påverka opplevinga positivt (Tingleff et al., 2017, s. 692). Det at personalet kommuniser, viser omsorg og respekt påverkar pasienten si oppleving av tvangen i ei meir positiv retning. Det er da viktig at ein som vernepleiar er respektfull i møte med pasientar under beltelegging og ein anerkjenner deira behov for samtale eller nærleik.

Nokre av pasientane såg i etterkant behovet for beltelegginga. Dei satt pris på tvangsbruken da dei meinte personalet gjorde det ut av omsorg, fordi dei var i ferd med å gjere noko dei hadde angra på (Tingleff et al., 2019, s. 43). Her kan ein trekke inn tvang som omsorg, for som Næss skrive; «når situasjonen har roet seg. Er jeg glad jeg slapp den hjerneskadene? Ja!» (Næss, 2018). Tvang er ikkje meint som å vere ein positiv oppleving, det er der for å hindre at pasienten skadar seg sjølv eller andre. Omsorg er å handle til den andre sitt beste, ut i frå den situasjonen ein står i (Austgard, 2002, s. 20). Beltelegging er ein måte som vernepleiarar kan utøve sin makt på, samstundes er det ein form for omsorg. For når ein person er i ferd med å skade seg sjølv, ein har prøvd ein rekke andre tiltak, kan ein sei at det er omsorg å beltelegge personen. Samstundes må ein som helsepersonell vere omsorgsfull under beltelegginga, slik at ein kan forsøke på beste evne å gje positive opplevingar i ein situasjon som er for det meste negativ.

#### 6.4 Ei kjensle av tryggleik

Funna frå artikkane viser at mekaniske tvangsmiddel ikkje berre opplevast som negativt, der er også eit fåtal av positive opplevingar. I Jacob et al. er det få funn som viser at beltelegging har ein positiv påverknad på pasienten si mentale helse. Om pasientane hadde positive kommentarar, dreidde det seg om ei kjensle av trygghet og sikkerheit (Jacob et al., 2019, s. 1019). «() ... () men jeg var i alle fall sikker på at jeg ikke kunne skade meg, det ansvaret var tatt frå meg» (Lauveng, 2005, s. 122). Her beskriver Lauveng ein tryggleik i at ho ikkje trengte å ha ansvaret lenger sidan ho var beltelagt (Lauveng, 2005, s. 122).

Ein av atypisk måte å reagere på er at pasientane etterspørje å bli beltelagt. Dette gjer dei fordi dei erkjenner at dei er ute av stand til å kontrollere seg sjølv, på grunn av deira sjukdom. I desse tilfella var pasientane rolege under belteleggingsprosessen (Tingleff et al., 2019, s. 43). Dette kan dreie seg om at pasientane føler seg trygg ved at dei ikkje trenger å ha kontrollen lenger. I følge psykisk helsevernlova er det ikkje adgang til å bruke tvangsmiddel på grunnlag av pasienten sitt samtykke aleine. Vilkåra i § 4-8 må alltid vere oppfylt og det må fattast eit formelt vedtak, sjølv om pasienten ber om å bli beltelagt (Helsedirektoratet, 2017). Det er framleis rom i etterkant av ei hending med mekaniske

tvangsmiddel å etterspørje pasienten sitt syn på tiltaket. Blant anna kan det vere pasientar som kjenner på ein tryggleik når dei er beltelagt, eller dei føretrekkje dette tvangsmiddelet på grunn av tidlegare overgrep.

## 6.5 Behovet for å snakke om tvangshendinga

I etterkant av ei tvangshending skal pasienten i følgje lovverket få tilbod om ein ettersamtale om deira syn på tvangen, dette skal dokumenterast (Psykisk helsevernlova, 1999, § 4-2). I følgje ein fagprosedyre om mekaniske tvangsmiddel, skal samtalen dreie seg om pasienten sin oppleving, kva årsaka til bruken av tvangsmiddelet, forslag til førebygging (Helse Bergen, 2017). Fleire av studiane viser at pasientane har eit behov for ein samtale om tvangshendinga (Tingleff et al., 2019; Tingleff et al., 2017; Aguilera-Serrano et al., 2018). I ein av studiane finner dei at ein debrief kan hjelpe pasienten forstå kvifor tvang vart brukt (Aguilera-Serrano et al., 2018, s. 141). I ein studie rapportere pasientane at debriefing med personalet var naudsynt for å forstå hending og prosessere den. Samstundes var det naudsynt for å hindre at det skulle utvikle seg til eit traume eller ikkje (Lanthèn et al., 2015, s. 5). Ein studie finner at pasientane fekk manglande eller utilstrekkeleg ettersamtale som resulterte i at pasientane framleis frustrerte og sinte over tvangshendinga (Tingleff et al., 2019, s. 43).

Ein undersøking gjort i Noreg viser at pasientar kan både oppleve ettersamtalen som nyttig, men dei opplever og å ikkje bli lytta til. Pasientane lengta etter nærleik og levande samtalar, da dei følte seg som objekt i ettersamtalen (Hoel, 2021). Gjennom funna i litteraturstudien ser ein viktigheita av ettersamtalar, men samstundes er det viktig å lytte til pasienten, og prøve å engasjere dei i samtalen. Dette kan gje ein større forståing av tvangsbruken, men samt kanskje og betre relasjonen mellom helsepersonell og pasient.

## 7.0 Konklusjon

«Kva opplevingar har pasientar med mekaniske tvangsmiddel?»

«Korleis kan vernepleiarar påverke pasienten sin oppleving av mekaniske tvangsmiddel?».

Ein kan konkludere med at mekaniske tvangsmiddel er ein inngripande form for tvang.

Gjennom funna frå litteraturstudie ser ein at pasientane har svært negative opplevingar med mekaniske tvangsmidlar. Ein av faktorane for korleis pasientane opplever tvangen, er korleis helsepersonell samhandlar og kommunisere med dei.

Det er tydeleg at ein som vernepleiar har makt både gjennom tilgang til bruk av tvangsmidlar, men og at ein har kunnskap om lovverk og åtferd. Pasientane derimot er i ein avmaktposisjon, særleg når dei er underlagt beltelegging. Gjennom funn i litteraturstudien kjem det fram at pasientane har behov for at helsepersonell er til stades under beltelegginga og at dei kommunisere.

Det at vernepleiarar viser omsorg og kommuniserer på ein respektfull måte har ein positiv innverknad på opplevinga deira. Pasientane ynskjer og å få informasjon om årsaka til beltelegging, samt kva den forventa lengda er. Det er viktig at ein som vernepleiar prøver å jamne ut maktforskjellane, særleg når pasienten er underlagt tvang. Det at ein som vernepleiar viser pasienten at ein anerkjenner deira behov og ein viser omsorg, kan ha ein positiv effekt på deira oppleving. Det kan også skape tillit og styrke relasjonen mellom ein sjølv og pasienten. I etterkant er det viktig å anerkjenne behovet til pasienten å snakke om hendinga, og ein bør som vernepleiar oppmuntre dei til å snakke om det. Det at pasientane har ein forståing for kvifor tiltaket vart i gong vil bidra til ein meir positiv oppleving for pasienten.



## 8.0 Avslutning

I dette arbeidet med bacheloroppgåva mi har eg lært ein del om tvang, og det lovverket rundt. Det viktigaste eg har lært i denne prosessen er korleis pasientane opplever mekaniske tvangsmiddel. Samt korleis eg som vernepleiar kan påverke deira oppleving, både på positiv og i negativ retning.

Dette arbeidet har gjort meg meir bevisst på dei maktforskjellane som finst mellom meg og ein pasient. Samt det at tvang nokre gongar er naudsynt for å ta vare på pasienten eller andre. Det må derimot gjennomførast på ein respektfull og omsorgsfull måte, og ein må som vernepleiar prøve å ta vare på pasienten under det heile.

## Referanseliste

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(2), 129–144. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0706743717738491>
- Austgard, K. (2002) *Omsorgsfilosofi i praksis*. Cappelen akademisk forlag
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*.(4.utg.). Open University Press
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. (2.utg.). Open University Press
- Brante, T. (2008). Makt. I Korsnes, O. (Red.), *Sosiologisk leksikon* (2.utg., s. 180). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danaher, G., Schirato, T. & Webb, J. (2000). *Understanding Foucault*. Sage Publications
- Den norske legeforening. (2019). *Høringssvar fra Den norske legeforening* [Høringssvar]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?uid=3eec7d5e-e5ea-4cd7-b83b-c1105ef2527f>
- Einbu, M., & Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 13(1-2), 24-33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Henta 15. april 2022 frå <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Natur & Kultur
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.
- Helse Bergen (2017, 20. oktober). *Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2016c, 7. juni). *Kildevalg*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (2016d) *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, 29. november). *§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/gjennomforing-av-psykisk-helsevern/4-8-bruk-av-tvangsmidler-i-institusjon-for-dognopphold>
- Helsedirektoratet. (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?* Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/#psykiske-lidelser>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hoel, T. L. (2021, 25. oktober). *Erfaringer med ettersamtaler etter tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse. <https://erfaringskompetanse.no/tvang/erfaringer-med-ettersamtaler-etter-tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern/>
- Hovden, A. E. (2019, 23. desember). *Sandviken avskaffer belterommene*. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/8m1Pqr/sandviken-avskaffer-belterommene>

[http://www.idunn.no/ts/tph/2014/02/omsorg\\_under\\_tvang\\_en\\_narrativ\\_studie\\_av\\_pasienters\\_forte](http://www.idunn.no/ts/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_en_narrativ_studie_av_pasienters_forte)

Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & MacPhee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009–1026.

<https://doi.org/10.1177/0969733017736923>

Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry journal*, 2015(748392). 1-8.

<https://doi.org/10.1155/2015/748392>

Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.

Lauveng, A. (2022). *Om Arnhild Lauveng*. <https://www.arnhildlauveng.no/om/>

Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(2), 114-24. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>

Lorentzen, P. (2015). *Ansvar og etikk i miljøarbeid: en relasjonell tilnærming*. (2.utg.). Universitetsforlaget

NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Næss. (2018, 16.04). Tvang som omsorg. *Dagsavisen*.

<https://www.dagsavisen.no/debatt/2018/04/16/tvang-som-omsorg/>

Olsen, B. C. R. (2018). Makt – et fenomen med mange fasetter. I B. C. R. Olsen, P. S. Skotte & G. R. Farstad (Red.), *Sosiologi: i sosialfagene*. (s.109 – 130). Universitetsforlaget

Psykisk helsevernforskriften. (2011). *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (FOR-2011-12-16-1258). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>

Psykisk helsevernloven. (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.

(LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- Sivilombudsmannen. (2019). *Besøksrapport: Psykiatrisk klinikk, Helse Bergen HF (Sandviken)*.  
<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/03/Psykiatriskklinikk-Sandviken-bes%C3%B8ksrapport-1.pdf>
- Snoek, J.E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Fildberg, F. A. (2019). Sådan opfatter retspsykiatriske patienter bæltefikseringer. *Sygeplejersken Fag&Forskning*, 119(4), 36-47. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-4/saadan-opfatter-retspsykiatriske-patienter-baeltefikseringer>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., Hounsgaard, L. (2017). «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681– 698. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jpm.12410>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social science & medicine*, (223), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskaplige perspektiver* (s. 73 – 97). Gyldendal Akademisk

## Vedlegg

## Vedlegg 1: PICO- skjema

PICO	P: Population/ Problem	I: (Phenomen of) interest	Co: Context
Norske søkeord	Psykiatriske pasientar /pasientar	Mekanike tvangsmiddel Tvang Tvangsmiddel Makt	Psykisk Helsevern Psykiatrisk sjukehus
Engelske søkeord	Psychiatric patient	Mechanical restraint Coercion Power	Psychiatric hospital Mental health care

## Vedlegg 2: Artikkelmatrikse

Forfattar, årstal, land	Tittel	Hensikt	Metode og design	Hovudfunn
Tingleff, EB, Bradley, SK, Gildberg, FA, Munksgaard, G, Hounsgaard, L. 2017	Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients	Litteraturgjennomgang av eksisterande forskning for å undersøke kva karakterisere pasientar si oppleving av situasjonar før, under og etter tvangsbruk.	Litteraturgjennomgang .	Pasientena si oppleving av tvangssituasjonen, er avhengig av personalet si vilje og evne til å kommunisere respektfullt. Pasientane har ei sterk negativ oppfatning av tvangsmiddel, og ynskjer å bli behandla med respekt, i staden for å vere underlagt personalet sin kontroll. Det som pasientar ser på som modererande faktorar når det gjelder tvang, er underforska.
Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. 2018	Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review.	Systemtisk gjennomgang av forskning, for å finne faktorar som kan påverke pasienten sin subjektive oppleving av tvangsmidlar.	Litteraturgjennomgang .	Funna viser at pasientar oppfattar tvangsmidla som svært negativ, men dei kan ha nokre positive opplevingar. Rolla til personalet og miljøet rundt, påverkar den subjektive opplevinga til personen.
Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Fildberg, F. A. 2019	Sådan oppfatter rettspsykiatriske pasienter baeltefikseringer	Å undersøke rettspsykiatriske pasientar sin oppleving av situasjonen før, under og etter bruk av beltelegging	20 informantar . Intervju, semistrukturert intervjuguide og samanlikning med resultata frå ein litteraturgjennomgang.	Pasientane sine oppfatning av deira måte å agere og reagere på ovanfor belteleggingsepisodar er karakterisert ved: «Openlyse protestreaksjonar», «stille protestreaksjonar», «sjukdomsrelatert åtferd» og «roleig åtferd». Temaene er forbunde i to typiske mønstre i belteleggingsprosessen: «protestmønster» og «sjukdomsrelatert mønster».

Einbu, M., & Larsen, I. B. 2016	Innenfrak unnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternative r til bruk av tvangsmidler	Finne ut kva erfaringar menneske som har vore innlagt på ein akuttpsykiatrisk og erfaring med tvangsmiddel , og kva dei meina bidro til at dei var truande og/eller utagerande.	Individuelle djubdeinter vju og bruk av semistrukturert intervju	Funna er: a) enkelte reglar blei sett på som meiningslause og provoserande og kunne utløyse truande/utagerande åtferd. B) tiltak som skulle hjelpe, som tvangsmidlar, blei beskriven som provoserande og kunne føre til truslar/utagering c) Pasientane sakna mellommenneskeleg kontakt i form av omsorg og samtalar, noko som kunne vere eit alternativ til tvangsmidlar.
Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. 2014	Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellingar om tvang og psykisk helsevern.	Auka kunnskap om korleis pasientar med psykoseliding ivaretakast under innlegging på sjukehus.	Intervju med pasientar. Narrativ innfallsvinkel. 9 pasientar, 4 kvinner og 5 menn. Intervjua under innleggelse eller rett etter utskriving.	Pasientar ynskjer generelt ikkje å bli utset for tvang, og det kan vanskeleggjere gode omsorgsrelasjonar. Dei utrykte forståing for tvangsbruken, men ynskjer at den skal reduserast til eit minimum og gjerast på ein skånsam måte. Samt ein må ta i bruk debrief/samtalar, slik at alle partar lærer av hendinga.
Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & MacPhee, C. 2019	Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints	Å få tilgong til det kroppslege fenomenet av å bli beltelagt med å gje pasientane ei stemme.	40 semistrukturerte intervju med både sjukepleiarar og pasientar.	Pasientane har eit svært negativt syn på mekaniske tvangsmiddel. Sjukepleiarane brukar det fordi det er einaste måte å halde pasientar og andre trygge. Begge partar anerkjenner at det er eit naudsynt onde.
Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. 2019	Coercion and power in psychiatry : A qualitative study with	Formålet med studien er å foreslå ein interaksjonsmodell for dei relasjonelle aspekta ved	12 djubdeinter vju med pasientar, bruk av opne breie spørsmål relatert til	Funna viser at den relasjonelle kvaliteten av tvangen var ein del av ein prosess der pasienten blei sett på som ein «sjuk pasient», som førte til segerasjon mellom personal og pasient. Segerasjonen førte til at pasientane blei desubjektivisert.



	ex-patients	tvang som understreka teoretisk forståing, basert på antakelsane til pasientane.	tvang og makt i psykiatri. Fenomenol ogisk analyse av intervju i etterkant.	Dei følte at makta låg i (ikkje-eksisterande) interaksjonar mellom personalet og pasientar. De-subjektiviseringa blei forverra ved mangel på kommunikasjon under tvangsepisodar.
--	-------------	--	---	--

## Vedlegg 3

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Fildberg, F. A. (2019). Sådan opfatter retspsykiatriske patienter baeltefikseringer. *Sygeplejersken Fag&Forskning*, 119(4), 36-47. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-4/saadan-opfatter-retspsykiatriske-patienter-baeltefikseringer>



# Del A: Innledende vurdering

## 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

### Kommentar:

Undersøke rettspsykiatriske pasientar si oppfatning av situasjonar før, under og etter beltelegging. Kva dei oppfatte kan påverke antalet og varigheita på beltelegginga.

## 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

### Kommentar:

Vil belyse erfaringar til pasienter

## 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

### Kommentar:

Kvalitativt forskningsdesign.

## 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi

de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Informantane hadde erfaring med mekaniske tvangsmiddel. Ein blei vald bort grunna språkvanskar.

Totalt 19 informanter

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Har tatt lyd opptak.

Har deler av intervjuguide med

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

### Kommentar:

Godkjent av datatilsyn og etisk komitee. Skrifteleg samtykke frå informantane.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

### Kommentar:

Analyse er gjort klart rede for.

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

Funna er tematisert, og gjort godt rede for. Dei drøfter funn opp mot anna forskning på same område.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

Studien er gjennomført på ein rettspsykiatrisk avdeling i Danmark, forfattarane erkjenner at det kan vere problemer med å overføre desse resultatata til andre land.

Forfattarane meina at denne studien er den einaste som er gjort på rettspsykiatriske pasientar og deira erfaringar før, under og etter beltelegging.

Studien viser at det er behov for deeskaleringsstrategiar og betre kommunikasjon for å redusere antall belteleggingsepisodar. Samt pasientane har behov for debriefen etter ein tvangshending for å redusere risikoen for ei ny hending.

## Vedlegg 4

# Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(2), 129–144. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0706743717738491>

## Del A: Kan du stole på resultatene?

### 1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

#### Kommentar:

Sjå kva faktorar som påverke pasienten sin subjektive oppleving av ein tvangsmiddel episoden.

### 2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
  - effekt – randomisert kontrollert studie
  - årsak – kohortstudie
  - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - prognose – kohortstudie
  - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
  - populasjon
  - tiltak
  - sammenligning
  - utfall

#### Kommentar:

Forfatarane søkte etter alle typer artiklar som handla om tvangsmidlar og pasienterfaringar.

15 av artiklane har kvalitativ metode

13 av artiklane har kvantitativ metode

6 av artiklane var ein blanding mellom kvalitativ og kvantitativ metode.

### 3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)



- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar:**

Søkte i databaser som CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science og Psych-INFO

#### **4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:**

Dei brukte Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Vurdering gjort av 2 uavhengige personar.

#### **5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar:**

Resultatene er tematisert

#### **Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva forteller resultatene?

### 6. Hva er resultatene?

**Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - numbers needed to treat (NNT)
  - numbers needed to harm (NNH)
  - odds ratio (OR)
  - relativ risiko (RR)
  - relativ risikoreduksjon (RRR)
  - absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar:** Resultatene er tematisert i følgende:

Faktorer som påvirke opplevingane til pasientane er:

- Tilgong til informasjon frå personalet
- At personalet er til stades under tvangshendinga
- Det fysiske miljøet på avdelinga
- Respekt, human behandling og støtte frå personalet
- Individuelle karekstikk av pasientane og deira innlegging eller behandling.

### 7. Hvor presise er resultatene?

**Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar:**

Blir ikkje nemnt

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar:**

Faktorar som påverke pasientane sin oppleving kan overførast til praksis.

## 9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

**Kommentar:**

## 10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar:**

Handlingane til personalet påverkar pasienten si oppleving av tvangen. Ved ein meir respektfull og human behandling, vil pasientane si oppleving bli meir positiv.