

Malin-Yasmin Moltu  
Kine Murvold

*"Behandle meg med varsomhet!"*

Pasienters erfaringer ved bruk av tvangsmidler.

Antall ord: 8640

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Arnhild Vestnes Kongshaug  
Mai 2019





Malin-Yasmin Moltu  
Kine Murvold

*"Behandle meg med varsomhet!"*

Pasienters erfaringer ved bruk av tvangsmidler.

Antall ord: 8640



Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Arnhild Vestnes Kongshaug  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



# Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke pasienters erfaringer ved bruk av ulike tvangsmidler, og på denne måten skape en større forståelse hos helsepersonell.

**Bakgrunn:** Rapporter publisert av Helsedirektoratet viser økning i bruk av tvangsmidler, samt at 2200 pasienter hadde vedtak om bruk av tvangsmidler i 2017. Psykisk helsevernloven beskriver at tvangsmidler bare skal brukes overfor pasienter når dette er nødvendig for å hindre skade på seg selv, andre eller miljøet rundt. På bakgrunn av dette ble pasienters erfaringer undersøkt.

**Metode:** Oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie. Ulike databaser ble brukt for å innhente relevant forskning, ved hjelp av søkeord som blant annet "psychiatric patients", "restraints" og "experience". Det er inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning, samt én oversiktsstudie.

**Resultat:** Det fremkommer både positive og negative erfaringer hos pasientene. Pasientene erfarte følelser som frykt, skam, sinne og ydmykelse. Mangel på informasjon og støtte, samt fysisk ubehag var sentrale funn. Det ble identifisert tre hovedtema; emosjonelle erfaringer, kommunikative og relasjonelle erfaringer, i tillegg til fysisk ubehag.

**Konklusjon:** Studien viste at erfaringer ved bruk av tvangsmidler i hovedsak var negative. Erfaringer knyttet til tap av autonomi, behov for informasjon og samhandling, makt og maktmisbruk, i tillegg til empati og støtte var sentrale. På bakgrunn av erfaringene kan vi si at det er forbedringspotensialer knyttet til bruk av tvangsmidler. Det vil som sykepleier være viktig å støtte pasienten gjennom kommunikasjon, empati og sympati, god informasjon og oppfølging. I tillegg bør sykepleier tilegne seg kunnskap om riktig bruk av tvangsmiddel.

# Abstract

**Aim:** The aim of this study is to explore patients' experiences with the use of different coercive measures in the mental health setting, and thereby improve health professionals' knowledge on the topic.

**Background:** Reports published by the The Norwegian Directorate of Health revealed an increase in the use of coercion in the mental health setting. Moreover, in 2017, 2200 patients had coercive measures enforced by the law as a part of their treatment. The Norwegian Mental Health Legislation describe how coercion should only be used where it is necessary to prevent patients from hurting themselves, others or their environment in general. Due to these findings, this study explored patients experiences on the topic.

**Method:** The study is based on a systematic literature review. Various databases were utilised to obtain relevant research, where keywords such as "psychiatric patients", "restraints", and "experience" were used. The search included both qualitative and quantitative studies, as well as a systematic review.

**Results:** The research uncovered that patients had both positive and negative experiences with the use of coercion. Patients expressed feelings such as fear, shame, anger and humiliation. The key findings included physical discomfort, and a lack of information and support.

Three main topics were also identified: physical discomfort, in addition to emotional experiences, and communication and relational experiences.

**Conclusion:** The study found that experiences related to the use of coercion in mental health were mainly negative. The experiences were related to power and the abuse of power, the need for information, interaction, empathy and support, as well as the loss of autonomy. Based on patients' experiences, it would be reasonable to suggest that there is room for improvement in regards to the use of coercion in the mental health setting. Nurses play a crucial roal by supporting patients through the use of effective communication, empathy and sympathy in addition to good information and follow-up. Lastly, nurses should obtain relevant knowledge in regards to the correct use of coercion in the mental health setting.

# Forord

Denne oppgaven er utarbeidet i forbindelse med avslutningen på bachelorstudiet i sykepleie ved NTNU i Ålesund. Utdanningen går mot veis ende, og vi kan gå ut i arbeidslivet som sykepleiere. Vi ser frem til å bruke kunnskapen vi har til å hjelpe andre mennesker, men også til å lære enda mer.

Studien har vært utfordrende, spennende og interessant. Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie har vært lærerikt på flere områder. Det har vekket inspirasjon for fagfeltet, men også frustrasjon. Det har vært krevende, med mye arbeid og mer enn vi hadde forventet. Til tross for dette har det vært en lærerik prosess, der vi sitter igjen med mye kunnskap.

En stor takk til hovedveileder Arnhild Kongshaug og biveileder Ingunn Hunstad for gode tilbakemeldinger underveis. Videre vil vi takke medstudenter som har bidratt som opponenter til oppgaven med positive og konstruktive tilbakemeldinger.

Videre vil vi rette en stor takk til Thomas Nag, kvalitetsrådgiver ved Psykiatrisk klinikk i Sandviken (Helse Bergen) for god faglig veiledning og oppfølging gjennom prosessen. En takk til kollegaer ved Lokal sikkerhetspsykiatri Helse Møre og Romsdal for gjennomlesing, støtte og faglig påfyll. En takk til Annette Saunes, kvalitetsrådgiver ved Klinikk for psykisk helse og rus (Helse Møre og Romsdal) for tilgang til prosjektrapport.

Sist men ikke minst vil vi rette en stor takk til familie og venner for støtte gjennom disse årene. Dere har gitt oss rom til å være studenter, og det setter vi stor pris på.

Ålesund, mai 2019

*«The non-judgmental attitude is a myth since all human beings tend to judge the behaviour of others».*

Joyce Travelbee





# Innhold

1	Innledning.....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	11
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	11
1.3	Avgrensning og presisering.....	12
1.4	Begrepsavklaring.....	12
1.4.1	Tvangsmiddel .....	12
1.4.2	Psykisk helsevern.....	12
1.5	Oppgavens oppbygging .....	12
2	Teoribakgrunn .....	14
2.1	Alvorlig psykisk lidelse .....	14
2.1.1	Tvang .....	14
2.1.2	Lovverket.....	14
2.1.3	Kontrollkommisjonen.....	14
2.2	Kommunikasjon og samhandling .....	14
2.2.1	Sykepleieteori.....	15
2.3	Etiske perspektiv .....	15
2.4	Miljøterapi .....	16
3	Metodebeskrivelse.....	17
3.1	Datainnsamling .....	17
3.1.1	Søkestrategi.....	17
3.1.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	17
3.1.1.2	Søk nr. 1.....	18
3.1.1.3	Søk nr. 2.....	18
3.1.1.4	Søk nr. 3.....	18
3.1.2	Kvalitetsvurdering .....	18
3.1.3	Etisk vurdering .....	19
3.2	Analyse .....	19
4	Resultat .....	21
4.1	Emosjonelle erfaringer .....	21
4.2	Kommunikative og relasjonelle utfordringer .....	22
4.2.1	Holdninger og maktdynamikk .....	23
4.2.2	Behov for informasjon .....	23
4.2.3	Oppfølging i etterkant.....	24
4.3	Fysisk ubehag.....	24
5	Diskusjon .....	25

5.1	Metodediskusjon .....	25
5.2	Resultatdiskusjon .....	25
5.2.1	Emosjonelle erfaringer.....	26
5.2.2	Kommunikative og relasjonelle erfaringer.....	26
5.2.2.1	Behov for informasjon.....	27
5.2.2.2	Makt og maktmisbruk .....	28
5.2.2.3	Empati og støtte.....	29
5.2.3	Fysisk ubehag.....	30
6	Konklusjon .....	31
	Referanser etter APA-stil.....	32
	Vedlegg.....	35

Vedlegg 1-9: Litteraturmatriser

Vedlegg 10-12: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 13: Tabell over nøkkelfunn

# 1 Innledning

I dette kapitlet presenteres oppgavens tema og problemstilling. Her redegjøres oppgavens bakgrunn, hensikt, presiseringer og avgrensninger, begrepsavklaring og oppbygging.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge rapporten «Kontroll av tvangsbruk 2017» publisert av Helsedirektoratet (2019, s. 23), kommer det frem at ble det fattet ett eller flere tvangsmiddelvedtak for nærmere 2200 pasienter i det psykiske helsevernet i Norge i løpet av 2017.

I rapporten «Tvang i psykisk helsevern» publisert av Helsedirektoratet (2019, s. 26) fremkommer det stor vekst i registreringer av kortvarig fastholding fra 2015 til 2017. Tallene viser en økning fra under 4000 registreringer i 2015 til nesten 8000 i 2017. Økt registrering av bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming nevnes også. Det er uklart om all økning skyldes reell vekst eller økt registrering (Kalseth, Bremnes & Mjøs, 2019, s. 26).

Psykisk helsevernloven (1999), kapittel 4, §4-8 Bruk av tvangsmidler i institusjon i døgnopphold, sier følgende:

*Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.*

På bakgrunn av innhentet informasjon om fagfeltet, tydelig økning i bruk av tvangsmidler, samt utsagn fra psykisk helsevernloven, synes vi dette er dagsaktuelt og et viktig tema å belyse. Vi har opparbeidet egne erfaringer fra arbeidslivet og i praksisstudier som har skapt en interesse. Helsepersonell kan danne seg et bilde av hvordan tvangsmiddelbruk oppleves for pasienten, men til syvende og sist, er det kun pasienten som sitter med svaret. Vi vil med dette gå dypere inn i pasientenes erfaringer, undersøke og skape større forståelse for disse erfaringene.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av ovennevnte faktorer, presenteres følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har pasienter ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern?».

Hensikten med oppgaven er å undersøke og belyse pasienters erfaringer ved bruk av ulike tvangsmidler og skape en større forståelse hos helsepersonell. Ved å benytte denne kunnskapen kan en i fremtiden forebygge og jobbe proaktivt for å redusere forekomsten av tvangsmiddelbruk. Samtidig vil det kunne bidra til en mer skånsom og ivaretakende håndtering av pasienten i tvangssituasjoner.

### 1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven omhandler pasienters erfaringer ved bruk av ulike tvangsmidler. Vi belyser erfaringer før, under og etter bruk av disse, for å skape en helhetlig forståelse for opplevelsen. Før søkeprosessen ble det bestemt at oppgaven skal ta for seg voksne pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Aldersbegrensningen begrunnes med forskjeller i lovverket. Det ble besluttet at pasientene skal være eller ha vært innlagt ved en psykiatrisk avdeling og ha vært usatt for tvangsmidler.

Det presiseres at kun lovverk som er gjeldende for voksne vil bli presentert. Videre vil det i resultat og diskusjon, belyses pasienters forslag til forbedring, da disse er nært tilknyttet pasientenes erfaringer rundt bruk av tvangsmidler. Det tas utgangspunkt i avdelinger i sykehus, der både akutt- og rettsmedisinske psykiatriske avdelinger er inkludert.

### 1.4 Begrepsavklaring

Begreper fra problemstillingen blir avklart i dette kapittelet.

#### 1.4.1 Tvangsmiddel

Ifølge Psykisk helsevernloven (1999), kapittel 4, §4-8, blir tvangsmidlene definert som:

- Mekaniske tvangsmidler
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personal til stede
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler
- Kortvarig fastholding

#### 1.4.2 Psykisk helsevern

Det psykiske helsevernet for voksne består av distriktpsikiatriske senter, spesialiserte sykehusavdelinger, privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere med driftsavtale (Dahl og Aarre, 2015, s. 14).

### 1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven har en struktur med innledning, teoribakgrunn, metodebeskrivelse, resultat, diskusjon og konklusjon. I teoribakgrunnen presenteres litteratur som er relevant for studien. Innhenting av datamateriale er gjennomført systematisk, og blir beskrevet i metodekapittelet. Funn fra innhentet data redegjøres i resultatdelen, som danner

grunnlaget for diskusjonen, med en metodisk diskusjon og en faglig diskusjon. Avslutningsvis presenteres konklusjonen.

## 2 Teoribakgrunn

I kapittelet presenteres relevant teori som videre vil være grunnlaget for faglig forankring i diskusjonskapittelet. Teorien som redegjøres er alvorlig psykisk lidelse, kommunikasjon og samhandling, etiske perspektiv og miljøterapi. Alvorlige psykiske lidelser nevnes for å skape et bilde av hvilke utfordringer pasientgruppen kan ha.

### 2.1 Alvorlig psykisk lidelse

Psykoselidelser omtales som de mest alvorlige psykiske lidelsene. Symptomer på psykose viser seg ved en sviktende evne til realitetsvurdering, og en av de vanligste formene for psykoselidelse er schizofreni (Løberg, Hagen & Johannessen, 2015, s. 128-134). Psykose beskrives som en tilstand der virkeligheten blir mindre vesentlig, og indre ideer og forestillinger overtar (Håkonsen, 2015, s. 349).

#### 2.1.1 Tvang

Helsetjenesten kan i helt spesielle tilfeller bruke tvang. Hos personer som har eller mistenkes å ha alvorlige psykiske lidelser, kan det på bestemte vilkår gripes inn med tvang og tvangsbehandling. Bruk av tvang er et inngripende tiltak for den som blir utsatt (Molven, 2016, s. 121). Tvang i institusjon blir regulert av lovverket, og i denne sammenheng Psykisk helsevernloven (PHL).

#### 2.1.2 Lovverket

§3-3 i PHL omfatter pasienter som er innlagt under tvungen psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold. Etablering og gjennomføring av §4-8 vedtak forutsetter ikke at pasienten er underlagt TPH med døgnopphold, disse vedtakene kan også fattes for pasienter som er innlagt frivillig etter §2-1, eventuelt §3-2 tvungen observasjon (Psykisk helsevernloven, 1999).

#### 2.1.3 Kontrollkommisjonen

Pasienter som blir underlagt tvang har rett til å klage på vedtak. Disse klagenes behandles av kontrollkommisjonen. Dersom et vedtak er etablert og gjennomført uten at kriteriene for vedtaket er oppfylt, har kontrollkommisjonen myndighet til å omgjøre vedtak. Klager på vedtak etter PHL §4-4a og b som omhandler tvungen medisiner og ernæring vil derimot bli behandlet av fylkesmannen (Kalseth, Bremnes & Mjøs, 2019, s. 5-8).

### 2.2 Kommunikasjon og samhandling

Pasientene har behov for å få informasjonen som de er i stand til å ta imot, uansett hvilken situasjon de befinner seg i. For at et helsepersonell skal kunne formidle viktig

informasjon på rett måte, må den tilpasses pasientens behov. Det er viktig å være sikker på at pasienten både oppfatter, forstår og husker det som er nødvendig, samt har en opplevelse av å bli ivaretatt på en god måte. For å kunne tilpasse informasjonen så godt som mulig, kreves det omtanke for pasienten (Eide og Eide, 2016, s. 292).

### 2.2.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbees sykepleieteori handler om en mellommenneskelig prosess som vektlegger at en skal se hvert enkelt menneske som et unikt individ, og ikke som en "pasient". For å kunne hjelpe et annet menneske er det viktig å skape relasjon til pasienten. På den måten kan pasientens behov møtes, som igjen fører til at en får oppfylle sykepleiers hensikt (Eide & Eide, 2016, s. 135). Travelbee beskriver i sin egen bok at det er viktig å bruke seg selv som et terapeutisk hjelpemiddel i møte med pasienter. Dette ved å bruke sin personlighet og sine kunnskaper i en terapeutisk retning (Travelbee, 2007, s. 44).

Travelbee beskriver empati og sympati som sentralt i etableringen av sykepleier-pasientforholdet. Empati defineres som evnen til å sette seg inn i personens psykiske tilstand, mens sympati er en videreføring av empati. Å være sympatisk innebærer en holdning med varme og godhet, og et dypt ønske om å hjelpe pasienten. Ifølge Travelbee er empati sentralt for å kunne forstå pasienten, mens sympati er grunnleggende for ønsket om å lindre lidelse. Sympati alene er likevel ikke nok til å hjelpe pasienten. Det kreves at sympatien blir anvendt sammen med intellektuell og hjelpende sykepleie (Travelbee, 2017, s. 193-203).

I likhet med Joyce Travelbee har Kari Martinsen en sykepleiefilosofi som omhandler omsorg. Denne filosofien fremmer sykepleierens egne praktiske kunnskaper og faglig skjønn. Martinsen beskriver disse egenskapene som mer verdifulle enn teoretisk kunnskap. Menneskets egne verdier og evne til omsorg vektlegges (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2015, s. 247-249).

## 2.3 Etske perspektiv

Etikk kan forstås på ulike måter. Det handler kort sagt om hva som er rett og galt, hvordan livet bør leves og hvilke holdninger en har overfor andre mennesker (Nordtvedt, 2016, s. 43-44).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker sykepleiers ansvar for å ivareta pasientens integritet og verdighet. Dette innebærer respekt for pasientens rett til medbestemmelse, helhetlig sykepleie og retten til å ikke bli krenket. Sykepleier har et ansvar for å hindre at pasienten blir utsatt for "... ulovlig og unødvendig bruk av rettighetsbegrensning og tvang" (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 omhandler pasientenes rett til medvirkning og informasjon. I § 3-1 beskrives det at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Herunder at tjenestetilbudet skal utvikles i samarbeid med pasienten. Det heter videre i § 3-2 at pasienten har rett til å få informasjon om sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Autonomi kan forklares som retten mennesket har til å bestemme over eget liv (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 172). Paternalisme handler i grove trekk om å ta ansvar for et menneske, når vedkommende ikke er i stand til å foreta selvstendige valg (Nordtvedt, 2010, s. 252).

## 2.4 Miljøterapi

Miljøterapi defineres slik:

*Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og opplevelse av disse.*

*Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor fysiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor.*

*For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid. (Henriksen, Smedvig, Østebø, Aanderaa, Tytlandsvik, Dahle, Hammervold, Stokka, Haaland og Thorsen, 2013, s. 10).*

I heftet "Miljøterapi" av Henriksen et al. (2013, s. 11), presenteres John Gundersens fem miljøterapeutiske prosesser; beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Beskyttelse kan brukes for å trygge, skjerme eller ta hånd om pasienten, med hensikt i å hindre destruktiv og utflytende atferd. Å gi støtte til pasienten kan få pasienten til å føle velvære og sikkerhet. Det er viktig å finne en balanse i hvor mye støtte som skal gis, for at pasienten ikke skal føle inkompetanse og avhengighet. Ved å strukturere hverdagen vil uheldige symptomer og handlingsmønstre fremmes til det positive. Videre vil det å ha engasjement bidra til at pasienten føler seg respektert og kompetent. Gyldiggjøring har til hensikt å bekrefte pasientens individualitet og egenart, på bakgrunn av historie, livserfaring og indre verden. Det vil i den siste prosessen være viktig at pasienten er på et funksjonsnivå som vil føre til en nytteverdi (Henriksen et al., 2013, s. 13-27).

Ulike fagmiljø benytter seg av miljøterapi, inkludert psykiatrisk akuttpost og psykiatrisk sikkerhetspost. Miljøterapi blir brukt hos pasienter som er innlagt på tvang, og det er i denne sammenheng viktig at pasientene får medbestemmelse og innflytelse innenfor rammene til tvangsvedtakene. Faktorer som kan påvirke den miljøterapeutiske tilnærmingen kan være faglig kompetanse, personlig kompetanse, trygghet, trivsel og åpenhet blant personalgruppen vil være relevant (Lillevik & Øien, 2018, s. 77-80).



## 3 Metodebeskrivelse

Metode er arbeidsverktøyet vårt når vi skal undersøke noe, og forteller oss hvilken fremgangsmåte som kan være hensiktsmessig for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 111). I dette kapittelet beskrives fremgangsmåten som er brukt for å innhente relevant forskning, samt vurdere, selekttere og analysere data for å besvare problemstillingen.

### 3.1 Datainnsamling

For å innhente data ble det gjennomført en systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2016, s. 27) refererer til Mulrow og Oxman (1997), som beskriver en systematisk litteraturstudie som en studie som går ut fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning. Dette forutsetter at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan utgjøre et grunnlag for resultat og diskusjon (Forsberg og Wengström, 2016, s. 26).

#### 3.1.1 Søkestrategi

Vi brukte databasene CINAHL Complete, PudMed, MEDLINE og Scopus som utgangspunkt for å gjennomføre den systematiske litteraturstudien. I starten av prosessen hadde vi en tanke om å skrive fra sykepleiers perspektiv. Etter vårt første søk, erfarte vi at de fleste artiklene var skrevet fra pasientperspektiv, og dermed ikke samsvarte med den daværende problemstillingen. Vi valgte derfor å endre både problemstilling og perspektiv, til å fokusere på pasienters erfaringer, og gjennomførte et andre søk. Videre i prosessen valgte vi å gjøre et tredje søk, på bakgrunn av at én av de inkluderte artiklene var en oversiktsartikkel, som hadde tatt utgangspunkt i noen av de samme artiklene som oss. Vi ønsket med dette å søke etter en niende artikkel for å styrke resultatet. Søkestrategien blir beskrevet i fire underkapittel som også omfatter inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble anvendt.

##### 3.1.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi satte i gang med det systematiske litteratursøket var det hensiktsmessig å utarbeide noen kriterier for artiklene vi ønsket å finne. Dette for å begrense søket og finne artikler med størst relevans for vår problemstilling.

I det første søket tok vi utgangspunkt i artikler som var skrevet både fra sykepleiers perspektiv og pasientperspektiv. Etter endringer i oppgavens perspektiv og problemstilling, valgte vi å utelukkende benytte pasientperspektiv, ettersom problemstillingen tar utgangspunkt i pasienters erfaringer. Artiklene skulle være fagfelleurdert, publisert etter år 2008 og skrevet i en IMRaD-struktur. I tillegg var vi ute etter artikler som omhandlet voksne pasienter, som enten var innlagt ved en psykiatrisk avdeling eller hadde vært det.

### **3.1.1.2 Søk nr. 1**

Med fokus på sykepleie og forebygging i den opprinnelige problemstillingen, valgte vi ut følgende søkeord: «psychiatric patients», «restraints», «nursing» og «prevention». Disse søkeordene la vi hver for seg inn databasen CINAHL Complete, som vi koblet med en rekke andre databaser for å utvide søket. Disse var CINAHL, eBook Nursing Collection, Psychology and Behavioral Sciences Collection og PsycTESTS. Inklusjonskriteriene ble implementert og søket ble avgrenset til artikler publisert på de skandinaviske språkene og engelsk. Videre koblet vi søkeordene sammen ved av hjelp den boolske operatøren «AND» for å spesifisere søket (Forsberg & Wengström, 2016, s. 69). Oversikt over kombinasjonene av søkeord finnes i skjema for søkehistorikk (vedlegg 10). Utvelgelsen ble gjort med bakgrunn i artiklenes sammendrag og relevans. Fire artikler ble inkludert i studien.

### **3.1.1.3 Søk nr. 2**

Etter å ha endret problemstilling og perspektiv, ble et nytt søk gjennomført med fokus på pasienten og dens erfaringer. Vi byttet søkeordet «nursing» med «experience», og ekskluderte «prevention» som søkeord. Søkeordene «psychiatric patients» og «restraints» ble inkludert slik som ved første søk. Inklusjonskriteriene ble implementert. I dette søket avgrenset vi artiklene til både fulltekst og artikler med kun sammendrag. Vi brukte samme database med de samme koblingene, og inkluderte også databasene eBook Collection og eBook Education Collection. Søkeordene ble igjen lagt inn hver for seg som enkeltsøk, før de ble kombinert ved hjelp av den boolske operatøren «AND». Oversikt over kombinasjoner synliggjøres i skjema for søkehistorikk (vedlegg 11). Vi gjennomgikk resultatene som ved forrige søk, og sto igjen med fire aktuelle artikler.

### **3.1.1.4 Søk nr. 3**

Denne gangen tok vi utgangspunkt i databasene PubMed, MEDLINE og Scopus. Søkene i de to førstnevnte databasene ga få relevante artikler, mens søket i Scopus ga interessante resultater. "Psychiatric", "patients", "restraints" og "experience" ble brukt som søkeord. Inklusjonskriteriene ble implementert, samt avgrenset vi til ferdigstilte artikler publisert på engelsk, og med sykepleie som fagområde. Hvordan søkeordene ble kombinert ved hjelp av "AND", vises i skjema for søkehistorikk (vedlegg 12). Resultatene søket ga ble gjennomgått, og én artikkel ble inkludert.

## **3.1.2 Kvalitetsvurdering**

Ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 104) avhenger verdien av en systematisk litteraturstudie av hvordan vi identifiserer og vurderer relevante artikler. Videre skriver de at kvalitetsvurderingen bør inkludere studiens hensikt og problemstilling, oppbygning, utvalg og måleinstrumenter, samt analyse og tolkning. Folkehelseinstituttet (2015) har utformet sjekklister som kan anvendes for å gjøre kvalitetsvurderingen mer systematisk. Vi har valgt å bruke disse som utgangspunkt for å kvalitetsvurdere våre artikler. Etter å ha vurdert artiklene opp mot sjekklister, fant vi at samtlige artikler var av tilstrekkelig kvalitet.

Vi vurderte også kvaliteten på artiklene ut fra når de var publisert for å sikre at vi hadde tilstrekkelig oppdatert forskning. Fire av ni artikler er publisert i løpet av de to siste

årene, mens de resterende går fire til åtte år tilbake i tid. Som nevnt er alle artikler fagfellevurdert. Dette betyr ifølge Dalland (2017, s. 78) at artiklene har blitt vurdert og godkjent av personer med ekspertise innenfor det aktuelle fagområdet.

### 3.1.3 Etisk vurdering

Helseforskningsloven (2008) §5 sier følgende:

*Forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold.*

Denne paragrafen viser at det i Norge er lovfestede krav til hvordan utøving og publisering av forskning skal følge de forskningsetiske retningslinjene som foreligger. Dette innebærer riktig håndtering av personvernopplysninger, anonymisering, taushetsplikt og informert samtykke (Dalland, 2012, s. 95-107). Helsinkideklarasjonen (2013) tar også for seg det etiske aspektet knyttet til forskning med mennesker involvert, og fungerer som en profesjonsnorm i medisinsk forskning både nasjonalt og internasjonalt. Deklarasjonen stadfester at all forskning hvor mennesker er involvert må fremlegges og godkjennes av en etisk komite.

Åtte av ni inkluderte artikler var etisk godkjente. Artikkelen av Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard og Hounsgaard (2017), nevner ikke etiske avveininger eksplisitt, men vi fant at 21 av de 26 inkluderte artiklene var etisk godkjent. De resterende fem artiklene hadde vi ikke full tilgang til. Selv om Tingleff et al. (2017) ikke nevner etiske avveininger, kan vi på bakgrunn av at artikkelen både er fagfellevurdert og publisert i et godkjent vitenskapelig tidsskrift, gå ut i fra at dette er tatt hensyn til.

## 3.2 Analyse

Forsberg og Wengström (2016, s. 152) beskriver analyse som en prosess hvor en først deler opp det undersøkte fenomenet, for så å sette det sammen til en ny helhetlig forståelse. Det er i oppgaven tatt utgangspunkt i Evans (2002) metode for analysering av artikler ved en systematisk litteraturstudie. Evans deler analysemetoden i fire faser; samle forskningsartikler, identifisere nøkkelfunn, knytte tema på tvers av studiene og til slutt beskrive temaene.

Fase en går ut på å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier, og ved hjelp av disse finne relevante forskningsartikler gjennom søk i database (Evans, 2002). Denne delen av analysen er allerede beskrevet, se kapittel 3.1.

I fase to identifiseres nøkkelfunn ved å lese artiklene flere ganger, for så å skrive ned nøkkelfunnene fra studiene (Evans, 2002). Begge forfatterne startet med å lese gjennom hver for seg for å få et overblikk over studiens innhold. Videre ble artiklene på nytt

gjennomgått i fellesskap for å sammenlikne funn. Det ble laget en tabell (vedlegg 14) over nøkkelfunn som ble benyttet i fase tre.

Tredje fase innebærer å knytte sammen tema på tvers av studiene. Tema identifiseres ut fra oversikten over nøkkelfunn, forskjeller blir sammenlignet og likheter identifisert. Ut fra hovedtemaene, dannes undertema (Evans, 2002). Ved hjelp av tabellen over nøkkelfunn, ble det oppdaget hvilke funn som gikk igjen hos flere av studiene. Nøkkelfunnene ble ut ifra likheter kategorisert i tema, med tilhørende undertema. Hovedkategoriene som ble identifisert var emosjonelle erfaringer, kommunikative og relasjonelle erfaringer og fysisk ubehag. Til slutt ble analysen og temaene diskutert for å tolke innholdet i hvert tema med overens- og uoverensstemmelser.

Siste fase omfatter beskrivelse av temaene (Evans, 2002), og presenteres under kapittel 4.

## 4 Resultat

I dette kapittelet presenteres artiklenes hovedfunn, som et resultat av analysen. Identifiserte hovedtemaer med tilhørende undertemaer blir beskrevet.

### 4.1 Emosjonelle erfaringer

I de fleste studiene erfarte pasientene følelser som frykt, stress, engstelse, sinne, maktesløshet, urettferdighet, frustrasjon, ydmykelse, tristhet og kjedsomhet under tvangstiltaket (Haw, Stubbs, Bickle & Stewart, 2011; Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välmäki, 2012; Larue, Dumais, Boyer, Goulet, Bonin & Baba, 2013; Ling, Cleverly & Perivolaris, 2015; Tingleff, Bradley, Gildberg, Monksgaard & Hounsgaard, 2017; Tingleff, Hounsgaard, Bradley & Gildberg, 2019; Wilson, Rouse, Rae & Ray, 2017). Pasienter i studien av Tingleff et al. (2019) rapporterte verbal uro og fysisk motstand som følge av begrenset bevegelsesfrihet. Samtidig som tvangstiltakene ga utspill i negative følelser hos de fleste pasientene, var det noen som uttrykte at det også ga en form for trygghet og ro, og mulighet for avslapping og refleksjon (Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). " ... I thought I was in heaven, feeling much better when I was restrained. I did not have nightmares, I was safe" (Patient 5, Kontio et al., 2012, s. 19). I studiene utført av Wilson et al. (2017), Ling et al. (2015) og Tingleff et al. (2017) beskrev noen pasienter tvangstiltakene som dehumaniserende. De erfarte å bli behandlet uten medfølelse, respekt og på en måte som opplevdes krenkende (Larue et al., 2013; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017). Enkelte pasienter beskrev også tvangsbruken som traumatisk og overgripende, der det hos noen vekket traumatiske opplevelser fra fortiden (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Wilson et al., 2017). "Absolute terror! I was really scared... it was like something out of a horror movie... I was so terrified, I wet myself. I've never had such a terrifying experience in my life" (Patient 6, Wilson et al., 2017, s. 504).

I foranledningen til bruk av tvangsmiddel pekte pasientene på tap av autonomi som en sentral faktor. Opplevelsen av autonomitap var ofte knyttet til det å være underlagt sykehusets regler og helsepersonalets kontroll (Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Pasientene beskriver et sykehusmiljø med innskrenkede muligheter til å gå ut, og dermed også mindre frihet (Ling et al., 2015). Tap av autonomi og underleggelse av helsepersonalets kontroll var ofte assosiert med følelser som maktesløshet, sinne, frustrasjon og ydmykelse. Pasientene oppga at det ofte var disse følelsene som utviklet seg til en negativ atferd, ofte med fysisk eller verbal uro, og som videre ga grunnlaget for bruken av tvangsmiddel (Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019).

I etterkant av tvangstiltakene erfarte pasientene ulike følelser. Flere oppga negative emosjoner som sinne, maktesløshet, skam, tristhet og at det var traumatiserende (Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017). Ved én studie indikerte en del av pasientene behov for endring av fysisk miljø i etterkant av tvangstiltaket (Ling et al. 2015). De ønsket å

komme seg ut i frisk luft, komme i aktivitet og oppnå følelse av frihet. I tre av studiene oppgir et fåtall pasienter at de følte seg upåvirket av tvangstiltaket i etterkant (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2019). De erfarte at tvangstiltaket hadde både positive og negative sider, og at det hindret de i å gjøre ting de ville angre på og de så nødvendigheten av tiltaket.

## 4.2 Kommunikative og relasjonelle utfordringer

Utilstrekkelig kommunikasjon, manglende støtte, dårlige holdninger og lite informasjon fra personal er gjentakende erfaringer hos pasientene (Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Ling et al., 2015; Soininen, Välmäki, Noda, Puukka, Korkeila, Joffe & Putkonen 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Wilson et al., 2017; Wilson, Rouse, Rae & Ray, 2018).

I de fleste studiene erfarer pasientene manglende ivaretagelse av behov for menneskelig kontakt og samtale under tvangstiltaket (Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Pasientene erfarte at helsepersonal avsto fra aktiv kommunikasjon, noe som hos en del førte til frustrasjon, tristhet og forverring av situasjonen. Noen opplevde også personalet som irriterte og nedlatende når de forsøkte å starte en dialog (Tingleff et al., 2019). Pasienter i studiene av Haw et al. (2011), Kontio et al. (2012), Tingleff et al. (2017) og Wilson et al. (2018) pekte på økt kommunikasjon mellom pasient og personal som et viktig tiltak for å gjøre opplevelsene under tvangssituasjonene bedre og som forebyggende tiltak.

Et sentralt funn var at pasientene erfarte å ikke bli hørt av helsepersonalet (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Pasientene erfarte at personalet ikke lyttet til deres bekymringer, behov eller forslag, og at de ikke fikk ta del i behandlingen. De opplevde også å ikke bli hørt når de forsøkte å fortelle hva som kunne bidra til å håndtere følelsene og de-eskalere atferden, i tillegg var personalet lite hjelpsomme i samtale som kunne de-eskalert atferden (Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017). I studien av Soininen et al. (2013) erfarte pasientene derimot å få muligheten til å si meningene sine, men at de ikke ble tatt i betraktning.

Et annet sentralt funn var mangel på empati hos helsepersonal både før, under og etter tvangsvedtak (Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Pasientene ønsket mer tilstedeværende personal med mer empati, lytting, oppmerksomhet, forståelse og refleksjon (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Wilson et al., 2018). Pasientene uttrykte at dersom personalet tilbringer mer tid med pasienten, vil kommunikasjonen og relasjonen styrkes, noe som kan bidra til å redusere behovet for tvangsmidler (Wilson et al., 2018). I motsetning til de nevnte studiene, skriver Soininen et al. (2013) at pasientene erfarte personalet som empatiske. I studien av Haw et al. (2011) uttrykte noen av pasientene at personalet hadde omsorg i utførelsen av tvangstiltak, og at utførelsen ble ansett som en del av jobben deres. I etterkant av å ha blitt utsatt for tvangsmidler erfarte pasienter i flere av studiene tap av tillit til helsepersonal (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Wilson et al., 2017). Pasientene følte at samhandlingen med personalet endret seg i etterkant, da det ble vanskeligere å tilnærme seg og snakke med de. Dette både fordi pasientene hadde mistillit til og mislikte personalet, var skamfulle,

samt redde for å bli utsatt for tvangsmidler igjen (Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Wilson et al., 2017). Pasientene uttrykte at kommunikasjonen fra personalet ble oppfattet som lite tillitsfull, ofte på grunnlag av personalets holdninger og pasientens opplevelse av autonomitap (Tingleff et al., 2017). I studien av Wilson et al. (2017) rapporterte derimot et fåtall at tvangssituasjonen ikke hadde noen innvirkning på relasjonen, mens noen få oppga at det gjorde relasjonen bedre i etterkant (Wilson et al., 2017).

*It left me with a total distrust... a total vote of no confidence and no faith in anything they did, wanting to have absolutely nothing to do with any of them... all the time this is in my mind how they've treated me and how they treat other people, and obviously the affects relationships with them. (Patient 6, Wilson et al., 2017, s. 505).*

Pasientene pekte også på økt kompetanse hos helsepersonalet som et viktig tiltak for riktig bruk av tvangsmidler (Haw et al., 2011; Wilson et al., 2018). Pasienter i studien utført av Wilson et al. (2018) ønsket at personalet skulle bruke mer tid på å lære pasientene å kjenne, både generelt og hva som trigger pasienten. Erfarent og dyktig personal anses som viktig for å unngå bruk av tvang, da de er mer trent til å fange opp varselsignaler, og de-eskalere en situasjon (Wilson et al., 2018). Noen pasienter pekte på viktigheten av at personalet er godt trent i ulike teknikker knyttet til bruk av tvangsmidler, samt at de ønsket mer bruk av de-eskaleringsteknikker (Haw et al., 2011).

#### 4.2.1 Holdninger og maktdynamikk

Mange av pasientene erfarte at helsepersonell hadde en uvennlig holdning, brukte harde ord eller var unødvendig aggressive (Kontio et al., 2012; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). I én studie beskrev pasientene personalet på avdelingen som høflige og profesjonelle, mens personal som anvendte tvangsmidler ble beskrevet som harde og uvennlige (Kontio et al., 2012). Enkelte erfarte tvangsmiddelbruk som unødvendig, en «enkel» løsning på situasjonen før andre metoder var forsøkt, eller som en måte å demonstrere makt og kontroll (Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Wilson et al., 2017). Dette førte til at pasientene opplevde maktmisbruk, og ubalanse i maktdynamikken mellom pasient og personal. "I did feel that they have the power to do this to me it's a demonstration, even if unconsciously so, of what we can do to patients at this point" (Patient 13, Wilson et al., 2017, s. 505). Helsepersonalets mulighet til å bruke tvangsmidler ble av pasientene ansett som en demonstrasjon, eller et symbol på den makten og kontrollen personalet har over pasienten (Wilson et al., 2017).

*There was a lot of power and control... it's like a prison sentence... (staff) become like prison wardens... it's like being in the army; you enter the army and then you don't have any control of anything really. (Patient 10, Wilson et al., 2017, s. 505).*

#### 4.2.2 Behov for informasjon

Et av hovedfunnene var at pasientene i stor grad erfarte å motta lite informasjon knyttet til tvangstiltaket (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Ling et al., 2015; Tingleff et al.,

2017). Det var mangel på informasjon både om hvorfor tvangen ble utført, hva som skulle skje, hvor lenge den skulle vare, hvilken type medikament som ble injisert ved bruk av korttidsvirkende legemidler, og hva som måtte til for å unngå tvangsmiddel. Mangel på informasjon førte ifølge noen pasienter til negative følelser som stress, frykt, angst og sinne (Tingleff et al., 2017). Økt informasjon både før, under og etter tvang ble av flere pasienter nevnt som et viktig tiltak (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Wilson et al., 2018).

#### 4.2.3 Oppfølging i etterkant

Pasientene hadde ofte behov for å snakke om hva som hadde skjedd i etterkant av tvangssituasjonen (Tingleff et al., 2017). Det varierte hvor mye oppfølging de fikk i etterkant. Majoriteten opplevde å få lite oppfølging, spesielt knyttet til følelser de hadde og til å forstå hva som skjedde, hvordan forebygge bruk av tvangsmiddel i fremtiden, og årsaker til bruken (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017). Mens de fleste fikk lite oppfølging, var det noen som opplevde å få god evaluering med forklaring på hvorfor tvangsmidler ble benyttet (Kontio et al., 2012). Pasienter i studiene av Tingleff et al. (2017) og Tingleff et al. (2019) pekte på at helsepersonell ofte unngikk å holde en samtale eller evaluering med pasienten i etterkant av tvangstiltaket. Dette kunne ofte føre til maktesløshet, forvirring og økt stress hos pasienten. Noen pasienter nevner at de fikk veiledning i hvordan de skulle klage på tvangsvedtak, men at de ble fortalt at det ikke var hensiktsmessig å klage (Tingleff et al., 2019). God oppfølging i etterkant av tvangssituasjonen ble av pasientene nevnt som et viktig tiltak (Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Dette for å skape en forståelse av hendelsen, og på den måten forebygge følelser som angst, skam og skyldfølelse (Larue et al., 2013; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Det var også viktig for pasientene med en dialog om hvordan de kunne unngå å bli utsatt for tvangsmidler igjen.

### 4.3 Fysisk ubehag

I fem av studiene beskrev pasientene at de erfarte en eller annen form for fysisk ubehag, under og/eller etter bruk av tvangsmidler (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Wilson et al., 2017). Noen pasienter beskrev fysiske smerter som følge av å bli hardt behandlet i forbindelse med fastholding eller ved bruk av mekaniske tvangsmidler, smerter ved intramuskulær injeksjon og smerter knyttet til det å ligge i samme stilling over lengre tid ved bruk av belteseng (Haw et al., 2011; Ling et al., 2015; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019; Soinen et al., 2013; Wilson et al., 2017). "They twist your wrists hard and dig their nails to put your face on the ground. They hold you down hard. You are screaming. They say calm down. It is harsh on us" (Patient 42, Haw et al., 2011, s. 576). En studie rapporterte også om pustevansker ved fastholding og bruk av mekaniske tvangsmidler, spesielt for de med astma (Haw et al., 2011). Pasienter i Tingleff et al. (2019) beskrev at bruk av mekaniske tvangsmidler ofte skjedde på en rask og voldelig måte.



## 5 Diskusjon

Kapittelet innledes med en diskusjon av oppgavens metode, med dens styrker og svakheter. Videre vil oppgavens problemstilling knyttet til pasientenes erfaringer ved bruk av tvangsmidler belyses ved hjelp av presentert resultat og teoribakgrunn. Dette vil skape en diskusjon, hvor også konsekvensene for sykepleie belyses.

### 5.1 Metodediskusjon

Det har vært en interessant, men samtidig utfordrende prosess å finne god og relevant forskning til studien. Studien har sine styrker og svakheter, og disse vil diskuteres.

En svakhet med studien kan være at det i begynnelsen ble søkt med utgangspunkt i én database. På tross av dette fant vi forskning av god kvalitet og relevans. I tillegg tok vi senere i prosessen i bruk flere andre databaser for å finne ytterligere forskning, og dermed styrke studien. Videre er en mulig svakhet at studien har inkludert to kvantitative studier. Det vil ved kvalitative studier være lettere å få tilgang til dypere kunnskap om pasienters erfaringer, da disse er mer beskrivende. På den annen side er det en styrke at disse kvantitative dataene gir innsikt i statistikk knyttet til temaet. Oversiktsartikkelen av Tingleff et al. (2017) inkluderer fire av artiklene vi også har inkludert, noe som kan stilles spørsmål til. På bakgrunn av at artikkelen også inkluderer 22 andre artikler, har vi valgt å ha den med som en niende artikkel i studien.

Den inkluderte forskningen var utført i forskjellige land, noe som kan gi uklare resultater ettersom lovgivningen og behandlingkulturen kan variere fra land til land. Samtidig ser vi at funnene i artiklene er gjentakende, uavhengig av land, noe som styrker studiens resultat. En annen relevant faktor i forskningen er at pasientene som deltok i studiene ble intervjuet på forskjellige tidspunkt. En kan stille spørsmål til om dette vil påvirke resultatet, ettersom det kan tenkes at pasientenes psykiske tilstand er i ulik fase. Likevel fant vi at pasientenes erfaringer var gjentakende de samme, og en kan dermed også anse dette som en styrke i studien. Vi har også stilt spørsmål til begrepsavklaringen i de ulike artiklene, der det i noen er uklarheter i hva begrepene "restraint" og "seclusion" inneholder. Begrepet restraint kan for eksempel referere til både fysisk tvang i form av fastholding eller mekanisk tvang, mens seclusion omtaler både isolasjon og skjerming.

### 5.2 Resultatdiskusjon

Her vil hovedfunnene i studien diskuteres sammen med relevant teori. Vi ønsker med dette å diskutere rundt problemstillingen: "Hvilke erfaringer har pasienter ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern?".

### 5.2.1 Emosjonelle erfaringer

Studien viser at følelser som frykt, stress, engstelse, sinne, maktesløshet, urettferdighet, frustrasjon, ydmykelse, tristhet og kjedsomhet er gjentagende i funnene. Noen opplever tvangstiltaket som dehumaniserende, mens andre har positive erfaringer som en følelse av ro, trygghet, tid til å slappe av og reflektere. Henriksen et al. (2013, s. 13-27) beskriver at støtte til pasienten kan gi følelse av velvære og sikkerhet. Som sykepleier vil det i denne sammenheng være viktig å tilstrebe støtte for pasienten i den situasjonen han eller hun er i. Ved å sette seg sammen med pasienten å føre en samtale, eller lytte til det pasienten har å si, kan denne føle seg sett og hørt. Ved at pasienten opplever velvære og sikkerhet kan de overnevnte negative følelsene minimeres og hele opplevelsen bli mer human. Noen pasienter har positive erfaringer med dette. Det er da viktig at sykepleier tilegner seg kunnskap om hvorfor, og kan overføre disse verdiene til andre pasienter som har en negativ opplevelse.

Funnene i studien viser at pasientene erfarer tap av autonomi som følge av helsepersonals makt og kontroll. Dette førte videre til negative følelser som utviklet seg til verbal og fysisk uro. Autonomi blir av Ingeberg et al. (2006, s. 172) beskrevet som retten et menneske har til å bestemme over eget liv. På den andre side har man paternalisme som i grove trekk omhandler å ta ansvar for et menneske, når vedkommende ikke er i stand til å foreta selvstendige valg (Nordtvedt, 2010, s. 252). For sykepleier handler det om å finne den riktige balansen mellom autonomi og paternalisme. Psykose beskrives som en tilstand der virkeligheten blir mindre vesentlig, og indre ideer og forestillinger overtar (Håkonsen, 2015, s. 349). Det kan i denne sammenheng tenkes at pasientene ikke er i stand til å ta ansvar for egne valg, og at sykepleier må ta denne kontrollen fra pasienten for å hindre den i å skade seg selv eller andre. Samtidig vil det være betydningsfullt at sykepleier opprettholder pasientens autonomi i den grad det lar seg gjøre. Et eksempel kan være at en pasient skal ha en injeksjon mot egen vilje. Det er her avgjørende at sykepleier gir pasienten mulighet til å medvirke i form av å velge hvilken side injeksjonen skal settes på, avtale et tidspunkt som passer for pasienten og at den får mulighet til å velge hvilken sykepleier som skal sette injeksjonen, innenfor gitte rammer. En kan på denne måten unngå å bruke mer tvang enn nødvendig, selv om pasienten allerede er underlagt et tvangsvedtak.

### 5.2.2 Kommunikative og relasjonelle erfaringer

Funnene i studien viser at helsepersonals kommunikasjon med pasienten er av stor betydning for å forebygge bruk av tvangsmidler og for hvordan pasienten opplever bruken av tvang. Mange pasienter erfarte at de ikke ble lyttet til og at personalet avsto fra aktiv kommunikasjon. Pasientene mente at negativ adferd kan forebygges og/eller de-eskaleres ved økt samhandling og samtale med personalet. Ved økt tilstedeværende, ta seg tid til å lytte til pasienten, invitere til samtale og lære han eller hun å kjenne, vil sykepleier ha et godt utgangspunkt for å bygge relasjon. Bedre samtaler og positive interaksjoner med personalet, kan ifølge pasienter i studien av Tingleff et al. (2017), redusere utvikling av negative og eskalerende følelser, og dermed også behovet for tvangsmiddel. Slik Henriksen et al. (2013, s. 13) sier vil utflytende og destruktiv atferd kunne kontrolleres gjennom å beskytte pasienten i form av å trygge, skjerme eller ta hånd om. Dette innebærer at sykepleier bør møte pasienten med respekt og forståelse for å tilstrebe en god relasjon. Betydningen av god kommunikasjon støttes av Travelbee sin sykepleierteori, hvor det å skape relasjon mellom pasient og sykepleier er sentralt for

å kunne hjelpe pasienten. Ved å bruke seg selv og sine følelser og ferdigheter som redskap kan sykepleier imøtekomme pasienten på en ivaretagende måte. Dette støttes av Martinsens omsorgsfilosofi som sier at menneskets egne verdier og evne til omsorg vektlegges (Kristoffersen et al., 2015, s. 247-249). I situasjoner hvor pasienten allerede har bygget opp en negativ atferd, kan det tenkes at sykepleiers kommunikasjon er enda viktigere. Både stemmebruk og kroppsspråk er sentrale faktorer for å kunne de-eskalere en situasjon. Ved å snakke i et mildt toneleie med lav stemmestyrke, ha en rolig og ikke-truende kroppsholdning vil det kunne gi en dempende effekt. Dette understøttes av Dramsdahl og Jordahl (2015, s. 229) som peker på at det er viktig å ikke ha en demonstrerende eller provoserende holdning. Dersom en på den andre side gjør det motsatte, er faren for å eskalere situasjonen større, da pasienten blir møtt på en måte som kan oppfattes truende. I Wilson et al. (2017) sin studie beskrives en situasjon hvor et helsepersonell er i ferd med å ta i bruk tvangsmidler, da et annet personell bryter inn og ønsker å forsøke alternativer. Gjennom en rolig samtale med pasienten klarer denne personen å de-eskalere situasjonen, og unngår dermed bruk av tvangsmiddel. Eide og Eide (2016, s. 220-230) peker på bekreftende ferdigheter som viktig i kommunikasjon med pasienter. Dette innebærer å vise at en ser og forstår, følger pasienten verbalt, gir oppmuntring og anerkjennelse, gjentar nøkkelord og reformulerer samtalens innhold for å vise at informasjonen pasienten formidler er forstått, og samtidig speile pasientens følelser.

### **5.2.2.1 Behov for informasjon**

Pasienterfaringer fra studien viser at økt informasjon før, under og etter bruk av tvangsmidler er viktig for å gjøre opplevelsen bedre. Pasientene erfarer at de ikke får tilstrekkelig informasjon om hvorfor tvangsvedtaket ble iverksatt, hvor lenge det skal vare, hendelsesforløpet og når vedtaket opphører. De beskriver dette som stressende, angstfremmende og provoserende. På bakgrunn av disse erfaringene vil det være viktig at sykepleier informerer pasienten godt gjennom hele prosessen knyttet til tvangsvedtaket. På den måten kan en bidra til å skape større opplevelse av trygghet og forutsigbarhet hos pasienten. I studien av Tingleff et al. (2019) uttrykte pasientene at å motta informasjon virker beroligende, og minsker negativ atferd som følge av sinne og frustrasjon. En kan se dette i samsvar med Eide og Eide (2016, s. 292) som sier at omtanke er nøkkelen for god informasjon til pasienten. Dette innebærer at sykepleier bør tilpasse informasjonen etter pasientens behov slik at den kan bidra til selvhjelp. For mye informasjon i forhold til det vedkommende er i stand til å håndtere, kan derimot skape forvirring og usikkerhet, som videre kan utløse uønsket negativ atferd. Ved hjelp av gode kommunikasjonsteknikker i samhandling med pasienten kan dette kunne unngås. I studien av Kontio et al. (2012) uttrykte pasientene ønske om å motta oppdatert informasjon om sin egen situasjon, samtykke skriftlig til behandlingsplaner, og delta aktivt i egen behandling.

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten rett til å medvirke i egen behandling. Dette innebærer at pasienten får informasjon tilpasset evne og medvirkning i henhold til dette. I en situasjon hvor tvangsmidler må benyttes gjelder fortsatt denne rettigheten, innenfor tvangsvedtakets rammer. Dette støttes av Lillevik og Øien (2018, s. 77-80) som peker på at pasienter skal ha mulighet til innflytelse og medbestemmelse innenfor rammene av tvangsvedtaket. Det er ulike årsaker til at tvangsmidler benyttes. Pasientene i de inkluderte studiene erfarte at årsaken ofte skyldtes fysisk eller verbal utagering, enten på grunn av tap av autonomi eller

sykdomsrelatert atferd. Når en slik situasjon først har oppstått, kan en anta at det er vanskelig å nå inn til enkelte pasienter. Evnen til å motta informasjon kan være redusert. Et eksempel kan være en psykotisk pasient med vrangforestillinger om at han eller hun blir forfulgt, eller har syns- eller hørselshallusinasjoner. I en slik situasjon kan en anta at pasientens virkelighetsoppfatning ikke samsvarer med realiteten, og dermed har nedsatt evne til å motta og forstå informasjon. På bakgrunn av pasientens rett til informasjon og medbestemmelse, samt kunnskap om den psykisk sykes muligheter til å motta og forstå informasjon i en utagering eller psykose, blir det sentralt at sykepleier ivaretar pasientens rett til tilpasset informasjon og bidrar til medbestemmelse etter evne. Dette støttes også av de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011) for sykepleiere, som peker på sykepleiers ansvar om å fremme selvbestemmelse ved å formidle tilstrekkelig og tilpasset informasjon. I denne sammenheng er det nødvendig at sykepleier møter pasienten på det nivået som den befinner seg på. Pasienten skal også ha informasjon om retten til å klage til kontrollkommissjonen på tvangsvedtaket. Det blir derfor viktig at sykepleier tar seg tid til å formidle dette til pasienten, når han eller hun er i stand til det, og eventuelt hjelper til å klage.

#### **5.2.2.2 Makt og maktmisbruk**

Pasientene i studien erfarte ubalanse i maktdynamikken mellom helsepersonal og pasient, og at dette tidvis blir misbrukt. Sykepleier må være bevisst på at bruk av tvangsmidler reiser etiske utfordringer, i form av mulig krenkelse og frarøvelse av autonomi. I tillegg bør sykepleier være oppmerksom på den makten en som helsepersonal har overfor pasienten. Dersom en pasient er innlagt på en lukket avdeling, vil et eksempel på makt vise seg i form av at sykepleier og annet personal går rundt med nøkler, som pasientene ikke har tilgang til. Det er enkelt å misbruke denne makten ved å dra i nøkkelsnoren eller vifte med nøkkelen. Det er ikke alltid sykepleiers hensikt å demonstrere makten en har overfor pasienten, men for pasienten kan det oppleves slik. Ingeberg et al. (2006, s. 171) hevder at refleksjon rundt egen opptreden, samt å sette seg inn i den andres situasjon er sentralt for å unngå misbruk av makt.

Det er viktig at sykepleier som jobber i psykisk helsevern har kunnskap om det gjeldende lovverket, og hvilke krav som stilles for å kunne ta i bruk tvangsmidler. Det er et svært inngripende tiltak i noens liv, og setter pasienten i fare for å bli krenket. Svindseth (2012, s. 1) beskriver krenkelse som en følelse av urettferdighet og mindreverd, påført utenfra. Hun hevder videre at kommunikasjon er sentralt for å unngå krenkelser, spesielt i tilfeller hvor sykepleier må gå imot pasientens autonomi. Funn i studien viser at helsepersonalets holdninger overfor pasientene er sentrale for hvordan de erfarer å bli underlagt tvangsmidler. Pasientene opplever blant annet å bli behandlet uten respekt og medfølelse, noen opplevde bruken av tvangsmiddel som en form for straff, og enkelte satt igjen med en traumatisk opplevelse. Vi tenker at det i denne sammenheng vil være tungtveiende at sykepleier ikke har en demonstrerende eller provoserende holdning, men heller opptrer med ydmykhet og forståelse for pasienten. Det vil her som tidligere nevnt være betydelig med god kommunikasjon og informasjon underveis, med begrunnelser for å sikre best mulig ivaretagelse av pasienten. Pasientene ønsket å bli behandlet humant og profesjonelt, samt motta respekt som et likeverdig menneske (Kontio et al. 2012; Larue et al. 2013; Tingleff et al. 2017; Tingleff et al. 2019). Slik Henriksen et al. (2013, s. 24) skriver, vil engasjement være viktig for at pasienten skal føle seg respektert.

Når tvangsmidler tas i bruk er det også avgjørende at sykepleier har kunnskap om og trening i gjennomføringen av tvangsmiddelet. Dette for å sikre mest mulig skånsom behandling av pasienten, og unngå unødige krenkelser. Dette støttes av Psykisk helsevernforskriften §26 (2011) som sier: "Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte". De yrkesetiske retningslinjene (2011) peker på sykepleiers ansvar for å ivareta pasientens integritet og verdighet, samt beskytte pasienten mot krenkelser, som blant annet unødvendig bruk av tvang. I henhold til PHL §4-8 skal tvangsmidler kun brukes når lempeligere midler er forsøkt og vist seg å være utilstrekkelig. Kunnskap og bevissthet knyttet til gjennomføring og bruk av tvangsmiddel kan redusere forekomsten, i tillegg bidra til ivaretagelse av pasienten. Dette viser seg fra et prosjekt, gjennomført lokalt ved Helse Møre og Romsdal, å ha effekt. Prosjektets innhold var blant annet treffpunkt for alarmberedskap for å informere på tvers av seksjonene om mulige situasjoner som kunne oppstå. Et annet tiltak som ble iverksatt var todagers kurs i TERMA (Terapeutisk Møte med Aggresjon) for alle ansatte, med ukentlig vedlikeholdstrening, samt etablering av hastevedtak. Dette har ført til at personalet er bedre egnet til å møte ulike situasjoner ved hjelp av både teori og praktiske øvelser. Tiltakene har i perioden 2017 til 2018 redusert bruk av mekanisk tvang med 52% (Saunes, 2019, s. 6).

### **5.2.2.3 Empati og støtte**

Med bakgrunn i funnene ser en at empati og støtte fra helsepersonal er av stor betydning for hvordan pasientene erfarer å bli underlagt tvangsmiddel. Slik pasientene beskrev var det både mangel på empati, lytting og forståelse. Sett i sammenheng med de emosjonelle erfaringene, kan en tenke seg at de har et stort behov for støtte i en slik situasjon. Dette for å både forebygge forekomst av negative følelser og hjelpe de til å håndtere følelser som oppstår. Vi tenker det er hensiktsmessig at sykepleier viser at han eller hun lytter til pasienten og dens bekymringer, og dermed viser forståelse. Dette støttes av Travelbee (2007, s. 193-203) som hevder at empati er sentralt for å forstå pasienten. Hun skriver om viktigheten av sympati som omhandler en varm og god holdning, med et ønske om å lindre pasientens lidelse. Vi tenker derfor at det er viktig at sykepleier forsøker å forstå verden gjennom pasientens øyne, være hjelpsom og ta initiativ til å bygge en relasjon. Sykepleier kan i situasjoner hvor pasienten opplever eskalerende følelser, tilnærme seg pasienten ved å invitere til samtale rundt dens utfordringer, i stedet for å trekke seg unna. Eksempel på en slik tilnærming kan være: "Jeg ser at du har det vanskelig nå. Hva om vi setter oss ned og prater om det, så kanskje vi finner en løsning" eller "Jeg forstår at du har det vanskelig nå, er det noe jeg kan gjøre for at du skal føle deg bedre?". På denne måten viser sykepleier både empati og sympati, samtidig som pasienten får muligheten til å medvirke. Dette vil videre kunne bidra til å redusere eskalerende følelser, og dermed også hindre behov for tvangsmidler.

Studien viser også at støtte og god oppfølging i etterkant av tvangssituasjonen er verdifullt for å redusere negative følelser. Vi tenker at det vil tjene pasienten å få snakke ut om sine erfaringer knyttet til situasjonen, i tillegg til å forklare pasienten hvorfor vedtaket ble gjennomført. Ifølge PHL § 4-2 (1999) skal det gjennomføres evaluering sammen med pasienten så raskt det lar seg gjøre i etterkant av tvangsmiddelbruk. Ved å gjennomføre en god evaluering kan en tenke at det skapes en større forståelse mellom sykepleier og pasient, ved at de får innsikt i hverandres synspunkt. Det kan også bidra til at sykepleier gjennomfører bruk av tvangsmidler på en annen måte ved senere tilfeller.

### 5.2.3 Fysisk ubehag

Funn gjort i studien viser at flere pasienter erfarer fysisk smerte eller ubehag som følge av tvangstiltaket. Disse erfaringene fremkommer i form av smerter ved beltelegging, injeksjoner eller ved fastholding. Det vil her være viktig at sykepleier forsøker å tilrettelegge så godt som mulig for pasienten. Dette kan eksempelvis gjøres ved at pasienten kan få en ekstra pute i sengen under en beltelegging, eller ved at sykepleier forsikrer seg om at pasienten ligger godt ved å rette spørsmål direkte til pasienten. Det vil som tidligere nevnt være avgjørende at sykepleier har god trening og kunnskap knyttet til teknikker når en fysisk intervensjon skal gjennomføres. Med denne kompetansen kan en unngå å påføre pasienten smerte, skape mindre ubehag, samt unngå at pasienten taper ansikt. Det er som sykepleier viktig å tilstrebe at pasienten får en trygg opplevelse. Som nevnt tidligere har sykepleier ansvar for at bruken av tvangsmiddel skal gjennomføres på en skånsom og omsorgsfull måte (Psykisk helsevernforskriften §26, 2011). Det vil i denne sammenheng være hensiktsmessig å oppfordre pasienten til å samarbeide.

## 6 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien har vært å belyse pasienters erfaringer ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Slik resultatet viser har pasientene en rekke ulike erfaringer. Emosjonelle, kommunikative og relasjonelle erfaringer og fysisk ubehag ble identifisert som hovedtema. Tap av autonomi, behov for informasjon og samhandling, makt og maktmisbruk, samt empati og støtte ble diskutert.

Studien viser at pasientene erfarte en rekke følelser, hovedsakelig negative, knyttet til bruk av tvangsmiddel. Disse var blant annet sinne, skam, frykt, ydmykelse og urettferdighet. Noen få hadde også positive opplevelser som trygghet, ro og god ivaretagelse. For sykepleier betyr dette at omsorg, empati, sympati og støtte er viktige arbeidsverktøy for at pasientene skal få en bedre opplevelse.

Vi fant også at kommunikasjon og samhandling med helsepersonell var mangelfull og utfordrende. De opplevde blant annet at helsepersonell var avvisende, vanskelig å komme i kontakt med, samt hadde en uvennlig holdning. I tillegg var det mangel på informasjon og oppfølging. Det blir derfor viktig at sykepleier forsøker å bygge relasjon til pasienten gjennom å delta aktivt i kommunikasjon, vise interesse og forståelse, samt gi god informasjon og støtte underveis.

Bruk av makt og maktmisbruk var også noe pasientene erfarte. Dette ga negative utfall i form av at pasientene opplevde å bli urettferdig behandlet, og mistet tillit til helsepersonell. Sykepleier må derfor være bevisst på den makten en som helsepersonell har overfor pasienten.

Erfaringer knyttet til fysisk ubehag kom frem i form av smerte ved beltelegging, fastholding og injeksjoner. Som sykepleier er det i disse tilfellene viktig å lære seg gode teknikker i utøvelsen av tvangsmiddel, for at pasienten skal få en så skånsom og omsorgsfull opplevelse som mulig.

Samlet sett ut i fra funnene som er gjort i studien, kan vi si at det fremkommer mest negative pasienterfaringer, og at det dermed også er et forbedringspotensial knyttet til bruken av tvangsmidler. På bakgrunn av pasientenes psykiske tilstand, er det viktig å huske på at det pasientene sier ikke alltid trenger å samsvare med virkeligheten slik helsepersonell og andre ser den, men det er virkeligheten for pasienten.

Ut i fra våre funn i denne studien sitter vi igjen med at disse pasientene generelt har negative opplevelser knyttet til bruk av tvangsmiddel. Vi anbefaler derfor at det ved videre forskning rettes større fokus mot forebyggende arbeid, samt mer riktig og skånsom bruk av tvangsmidler.

## Referanser etter APA-stil

- Bremnes, B. (2019). *Tvang i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>
- Dahl, A.A. & Aarre, T.F. (2015). Psykiatri: definisjon, organisering, klassifikasjon og epidemiologi. I: Dahl, A.A & Aarre, T.F. (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 11-41). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving. 5. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi - samarbeid og endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22-26.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg). Lettland: Natur og Kultur.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22 (4), s. 564-585. DOI: 10.1080/14789949.2011.602097
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Henriksen, A.T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tystlandsvik, M., Dahle, A.S., Hammervold, U., Stokka, M., Haaland, T. & Thorsen, G-R. B. (2013). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Håkonsen, K.M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser. 5. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W & Eide, B. (2006). *Mentale knagger*. Oslo: AIT Trykk Otta AS.
- Kalseth, B., Bremnes, R. & Mjøs, M. (2019). *Kontroll av tvangsbruk 2017*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>



- Kristoffersen, N.J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggetions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care, 48*, s.16-24. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M-H., Bonin, J-P. & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settnings: Perspectives of Patients. *Issues in Mental Health Nursing, 34* (5), s. 317-324. DOI: 10.3109/01612840.2012.753558
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2018). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ling, S., Cleverly, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60* (9), s. 386-392. DOI: 10.1177/070674371506000903
- Løberg, E-M., Hagen, R. & Johannessen, J.O. (2015). Schizofreni og andre ikke affektive psykoser. I: Dahl, A.A. & Aarre, T.F. (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 128-147). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. utgave. Vedlegg 2: Sjekklistor*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nordtvedt, P. (2010). Profesjon og paternalisme. I: Molander, A. & Terum, L.I. (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 251-260). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV 1999-0702-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Psykisk helsevernforskriften. (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helvern m.m (FOR-2011-12-16-1258). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1258>

- Saunes, A. (2019). *Riktig og redusert bruk av tvang*. Upublisert manuskript. Avdeling for sykehuspsykiatri Sunnmøre, Helse Møre og Romsdal.
- Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients' perception of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, s. 47-55. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x
- 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, s. 681-698. DOI: 10.1111/jpm.12410
- Tingleff, E.B., Hounsgaard, L., Bradley, S.K. & Gildberg, F.A. (2019). Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, s. 468-479. DOI: 10.1111/inm.12549
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & R, M. K. (2017). Is restraint a «necessary evil» in mental health care? Mental health inpatients «and staff members» experience of physical restraint. *International journal of mental health nursing*, 26 (5), s. 500-512. DOI: 10.1111/inm.12382
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25, s. 188-200. DOI: 10.1111/jpm.12453
- World medical association (2013). Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & R, M. K. (2017). Is restraint a «necessary evil» in mental health care? Mental health inpatients «and staff members» experience of physical restraint. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 26 (5), s. 500-512. DOI: 10.1111/inm.12382	Studien hadde som hensikt å øke forståelsen om erfaringer knyttet til bruk av makt og tvang hos pasienter og ansatte med direkte erfaringer og vitneerfaringer.	Inpatient Mental health Nursing Physical restraint	Det ble gjennomført intervju med 13 pasienter og 22 ansatte ved Cambridgeshire and Peterborough NHS (National Health Services) Foundation Trust (CPFT). Av pasientene var det 6 menn og 7 kvinner i alderen 18-65 år. Tre av disse hadde kun vært vitne til bruk av makt og tvang, mens de ti andre hadde direkte erfaringer knyttet til dette. 10 stykker var inneliggende pasienter, mens 3 var tidligere pasienter. Majoriteten av pasientene hadde vært innlagt flere enn én gang ved en voksenavdeling, og oppholdene varte fra måneder til år.	Gjennom sine intervju fant de at bruk av makt og tvang ofte opplevdes som negativt for pasientene. Det ble av pasienten beskrevet som bekymrende, skremmende og de - humaniserende. Pasientene erfarte at bruk av makt og tvang ble sett på som et symbol/demonstrasjon på den makten og kontrollen personalet har over pasientene. Dette førte ofte til negative utfall i relasjonen mellom pasient og ansatt. Likevel mente pasientene at bruk av makt og tvang noen ganger er nødvendig for pasienten, når alle andre tiltak er forsøkt.	Artikkelen belyser hvordan pasienter erfarer å bli underlagt ulike tvangstiltak, samt at den gir god beskrivelse av pasientopplevde situasjoner.

**Vedlegg 2 Litteratormatrise**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
<p>Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. &amp; Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 25, s. 188-200. DOI: 10.1111/jpm.12453</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske psykiatriske pasienters og ansattes forslag til reduksjon i bruk av fysisk tvang.</p> <p>Denne studien bygger videre på artikkel 1, hvor pasienters og ansattes erfaringer rundt tema ble undersøkt.</p>	<p>Communication</p> <p>Qualitative methodology</p> <p>Restraint</p> <p>Staff perceptions</p> <p>Staffing/resources</p>	<p>Det ble gjennomført en kvalitativ studie med semi-strukturerte en til en intervju med 13 (6 mannlige og 7 kvinner) innlagte pasienter og 22 ansatte (7 menn og 15 kvinner) med erfaring fra bruk av fysisk tvang.</p>	<p>Funnene ble kategorisert i fire overordnede tema ut i fra pasientenes erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbedre kommunikasjon og relasjon mellom ansatte og pasienter</li> <li>- Gjøre ansatt-relaterte forandringer</li> <li>- Forbedre avdelingens miljø/rom</li> <li>- Flere aktiviteter</li> </ul>	<p>Artikkelen kommer med konkrete tiltak fra pasienter om hvordan tvang kunne vært unngått. Samtidig belyser pasientene viktige tiltak som helsepersonell kan gjøre under en tvangssituasjon for at pasienten skal ha en bedre opplevelse.</p>

### Vedlegg 3 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
<p>Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. &amp; Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggetions on How to Improve Practices and Use Alternatives. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 48, s. 16-24. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske inneliggende psykiatriske pasienters erfaring av, og deres forslag til forbedring av skjerming og tvang.</p>	<p>Alternativ method</p> <p>Inductive content analysis</p> <p>Psychiatric inpatient, pschiatry</p> <p>Restraint, seclusion</p>	<p>En kvalitativ tilnærming med intervju basert på åpne spørsmål ble brukt for å samle data knyttet til pasienters individuelle erfaringer angående bruk av isolasjon, makt og tvang, samt deres oppfatninger angående forbedringer knyttet til tema. Studien fant sted 2-7 dager etter en pasients opplevelse ved bruk av tvang. Utgangspunktet for studien hadde 789 pasienter, som endte opp med 30 analyserte intervju. Dataen ble videre analysert ved hjelp av innholdsanalyse.</p>	<p>Pasienter erfarte å få utilstrekkelig oppmerksomhet og informasjon ved skjerming- og tvangsprosesser. Pasientene erfarte også mangelfull kommunikasjon og menneskelig kontakt, samt negative følelser som sinne, frykt og ensomhet. Positive erfaringer: trygghet</p> <p>Ved å tilby pasienter god informasjon, respektfull og profesjonell behandling ble nevnt som viktige tiltak.</p> <p>Andre nevnte tiltak var: meningsfulle aktiviteter, planlegge på forhånd, dokumentere pasientens ønsker, samt lage avtaler mellom pasient og personell kan en redusere behovet for tvang.</p>	<p>Beskriver godt pasientens erfaringer før, under og etter de har vart underlagt tvang. Den tar også for seg forslag til forbedring.</p>

#### Vedlegg 4 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
<p>Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. &amp; Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients' perception of their treatment. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 22, s. 47-55. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasienters erfaringer av deres sykehusbehandling etter å ha vært utsatt for skjerming og/eller mekanisk tvang.</p>	<p>Coercive measure Patients perception Restraint Seclusion</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> En kvantitativ studie der data ble hentet ved hjelp av et spørreskjema «Secluded and Restrained Patients' Perceptions of their Treatment» for pasienter som hadde vært utsatt for skjerming og/eller mekanisk tvang, i alderen 18-65 år. Tre sykehus i Finland deltok i studien. Innenfor disse sykehusene var det flere ulike avdelinger som deltok, blant annet akuttpsykiatri og to lukkede rettsmedisinske avdelinger (pasienter som er dømt til behandling). <b>Metode:</b> 90 fullførte spørreskjema ble analysert  Spørreskjemaet skal etter en undersøkelse i Japan vær enkel å forstå, samt å gjennomføre for pasienter som lider av psykiske lidelser.</p>	<p>Pasientene erfarte å få nok oppmerksomhet fra personalet, og at de fikk sagt hva de mente, men at det ikke ble tatt i betraktning hos personalet. Skjerming og fysisk tvang ble av pasientene ikke ansett som nødvendig og fordelaktig. Kvinner og eldre var mer skeptiske til nødvendigheten rundt bruk av restriksjoner enn yngre. Det var også statistisk stor forskjell mellom pasienter fra ulike sykehus. <b>Konklusjon:</b> Artikkelen konkluderer med at pasientenes meninger må få mer oppmerksomhet i avgjørelser knyttet til behandlingen. For å oppnå dette trengs en genuin dialog mellom pasient og personal, og at individuell behandling har alternativer og ingen rutinemessige beslutninger. Behandlingskulturen må forbedres i retning av å involvere pasienten i planleggingen av behandlingen, og gi de muligheten til å si noe når skjerming eller fysisk tvang vurderes.</p>	<p>Det blir belyst hvilke erfaringer pasienter har ved å være i en situasjon der de er utsatt for skjerming eller fysiske tvangstiltak.</p>

### Vedlegg 5 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M-H., Bonin, J-P. & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. <i>Issues in Mental Health Nursing, 34 (5)</i> , s. 317-324. DOI: 10.3109/01612840.2012.753558	Hensikten med studien er å forstå pasienters erfaringer knyttet til skjerming og tvang.	<p>Psychiatric Care</p> <p>Standards</p> <p>Quebec</p> <p>Patient Seclusion</p> <p>Restraint, Physical</p> <p>Protocols</p> <p>Patient Attitudes</p>	<p><b>Datasamling:</b></p> <p>Data ble hentet ved bruk av strukturerte spørsmål i en til en intervju. Det vart tatt utgangspunkt i fem avdelinger innenfor psykiatriske sykehus. Studien ble delt i to: Først en kvantitativ analyse av pasientenes respons på lukkede spørsmål, så en kvalitativ analyse av pasienter respons på åpne spørsmål for å få en bredere forståelse.</p> <p>Kriteriene for å delta i studien var at man må ha vært utsatt for en episode med bruk av tvang, samt være vurdert av helsepersonell til å være kapabel til å svare på spørsmålene. Undersøkelsen fant sted 7-30 dager etter en episode med tvang og hadde 50 deltagere.</p>	<p>Studien viser at pasientene stort sett var fornøyd med det fysiske miljøet, samt ivaretagelse av grunnleggende behov.</p> <p><b>Under tvang:</b> Pasienten var i gjennomsnitt middels fornøyd, men likevel store variasjoner av hvordan hver enkelt erfarte det.</p> <p><b>Etter tvang:</b> Pasientene erfarte lite oppfølging i form av informasjon om hva som har skjedd og hvorfor.</p> <p>De fant også at relasjonelle tiltak knyttet til fysisk miljø, raskere respons til grunnleggende behov, oppfølging i etterkant og medisinske tiltak var forslag fra pasientene, for å unngå tvang.</p>	Belyser konkrete tiltak for å bedre erfaringer knyttet til bruk av tvang når den allerede har oppstått.

## Vedlegg 6 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
Ling, S., Cleverly, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i> , 60 (9), s. 386-392. DOI: 10.1177/070674371506000903	Ved å undersøke data samlet gjennom debrifinger ønsket de å forstå pasientenes erfaringer før, under og etter en tvangshandling (skjerming, medisinsk eller fysisk tvang). Dette på et stort sykehus for mental helse og avhengighet i Canada.	Restraint Physical Psychiatric diagnosis Seclusion Chemical restraint Debriefing Mental illness Inpatient Qualitative	<b>Datainnsamling:</b> Data ble samlet inn data ved hjelp av skjemaet «Restraint Event Client-Patient Debriefing and Comments». Studien inkluderte innlagte pasienter som hadde opplevd en tvangshandling samt fullført et slikt debrifing-skjema mellom september 2009 og februar 2013.  <b>Metode:</b> Kvalitativ analyse etter Braun og Clarke's faser for tematisk analyse ble benyttet for å gjennomgå dataene. 55 fullførte skjema ble analysert.	<b>Resultat:</b> Tap av autonomi og relatert sinne, konflikter med ansatte og andre pasienter og udekkede behov var de mest vanlige erfaringene knyttet til tvangsvedtak. Pasienter rapporterte ofte at økt kommunikasjon med de ansatte kunne ha forhindret tvangsbruken. Pasienter beskrev å ha hatt ulike negative følelsetilstander og responser under tvangshandlingen, blant annet frykt og avvisning. Etter tvangshandlingen hadde pasientene ofte lyst til å forlate enheten for å få litt frisk luft, eller engasjere seg i fritidsaktiviteter. <b>Konklusjon:</b> Artikkelen konkluderer med at pasientene i denne studien anser tvang negativt, og at de ikke erfarer det som et godt terapeutisk tiltak. Debrifing, etter et skjema, er nyttig for å forstå pasienters erfaring av tvangsbruk, og bør brukes for å re-etablere den terapeutiske relasjonen. I tillegg bør informasjonen også brukes til å planlegge den individuelle omsorgen, samt bidra til å finne alternativer til bruk av tvang.	Studien tar for seg direkte pasientopplevelser relatert til tvangshendelser. Den beskriver godt erfaringer knyttet til følelser under tvangen, og holdninger pasienter får etter en tvangsepisode.



### Vedlegg 7 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
Tingleff, E.B., Hounsgaard, L., Bradley, S.K. & Gildberg, F.A. (2019). Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28, s. 468-479. DOI: 10.1111/inm.12549	Hensikten med studien var å undersøke rettspsykiatriske pasienters opplevelse av situasjoner knyttet til bruk av mekaniske tvangsmiddel. Videre ønsket de også å undersøke hvilke faktorer som pasienter opplevde å ha betydning for bruken og varigheten av mekaniske tvangsmiddel.	Coersion Forensic psychiatry Interview Physical restraint Qualitative research	En kvalitativ studie hvor 19 pasienter med variert erfaring fra bruk av mekaniske tvangsmidler, ble intervjuet ved en rettspsykiatrisk avdeling, bestående av 4 lukkede seksjoner og 1 åpen rehabiliteringsseksjon. Det ble i tillegg intervjuet pasienter som følges opp av avdelingen, poliklinisk.  Studien inkluderte pasienter over 18 år, samt hadde erfart minst 1 episode med bruk av mekaniske tvangsmidler.  <b>Datasamling:</b> Gjennomført med en til en intervju, ved hjelp av semi strukturert intervju.	Det ble identifisert 4 hovedtema: 1.Åpenlyst protestatferd som gav seg uttrykk i sinne, trusler og vold på grunn av restriksjoner og konflikter med personalet. 2.Stille protestatferd som gav seg uttrykk i at pasientene unngikk å vise sine følelse under og etter tvang for en måte å takle sinne og frustrasjon på. 3.Sykdomsrelatert atferd som gav seg uttrykk i at atferden kunne forklares på grunn av diagnose. Pasienten beskrev ofte psykose med vold, trusler og utageringer som utgjorde en trussel for seg selv eller andre. 4.Genuint rolighet som gav seg uttrykk i at pasientene opplevde å bli rolige under bruken av tvang etter å ha mottatt medikamenter for sykdommen sin, noen følte at tvangsepisoden hadde en positiv innvirkning.	Studien tar for seg pasienters erfaringer knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler. Dette er relevant for vår oppgave fordi vi ønsker å belyse disse erfaringene.

### Vedlegg 8 Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
<p>Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. &amp; Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. <i>Journal of Forensic Psychiatry &amp; Psychology</i>, 22 (4), s. 564-585. DOI: 10.1080/14789949.2011.602097</p>	<p>Hensikten med studien var å rapportere rettsmedisinske rehabiliteringspasienters erfaringer og preferanser for fysisk tvang, skjerming og akutt IM medikasjon.</p>	<p>Advance statements Forensic psychiatry Intra-muscular medication Patients' experiences Restraint Seclusion</p>	<p>En kvalitativ studie som tok utgangspunkt i intervju med pasienter der en eller 2 forskere intervjuet. Det ble brukt semistrukturert intervju med en rekke åpne spørsmål. For å få en større forståelse supplerte de med oppfølgingsspørsmål underveis.</p> <p>57 deltok hvor av 27 var menn og 30 var kvinner.</p>	<p>Tvangstiltak ble generelt oppfattet som negative erfaringer. Likevel rapporterte 16 % av deltagerne at deres siste episode av skjerming eller tvang hadde vært en positiv opplevelse.</p> <p>De fleste deltagerne foretrakk IM medikasjon fremfor skjerming.</p> <p>Deltagerne kom med forslag til hvordan man kan forbedre opplevelsen deres under en tvangshendelse. Blant annet at pasientenes syn på tvangstiltak burde være en del av behandlingsplanen og at de bør bli oppfordret til å komme med egne meninger om egen behandling.</p>	<p>Den skaper et godt skille mellom skjerming, fysisk tvang og medisinerer som igjen skaper et tydeligere bilde av pasientenes erfaring knyttet til hvert enkelt tvangstiltak.</p>

### Vedlegg 9 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/diskusjon	Relevans
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. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 24, s. 681-698. DOI: 10.1111/jpm.12410	Analysen har som hensikt å undersøke voksne psykiatripasienters erfaringer av situasjon før, under og etter spesifikke og definerte typer tvangstiltak. De ønsket også å undersøke hva pasientene oppfatter som modererende faktorer når det gjelder bruk av disse tvangstiltakene.	Coercive measures Patient perceptions Psychiatry Systematic literature review Thematic analysis	Det ble benyttet en systematisk oversikts- og tematisk analyse av 26 fagfelleverderte studier. Databasene CINAHL, PubMed, EMBASE og PsycINFO ble brukt for å finne disse artiklene. Det ble gjennomført en metaanalyse for å finne likhetstrekk og temaer som gitt igjen.	Analysen identifiserte seks tema og ytterligere undertema, hvor «interaksjoner med profesjonelle» og «kommunikasjon» var dominerende tema knyttet til tvang. Sammenlagt var temaene assosiert med enten positiv eller negativ pasientoppfattet innvirkning.  Økt sensitivitet til pasienters syn på situasjonen i hvert steg av prosessen, er ønskelig for å kunne respondere til pasientenes individuelle behov.  Studien indikerer at det kreves større fokus på hvordan pasienter opplever bruken av makt og tvang (før, under og etter hendelser) for å kunne forbedre den evidensbaserte og kliniske praksisen.	Artikkelen tar for seg både negative og positive erfaringer fra pasienter som har vært underlagt tvang.

Vedlegg 10 Søkehistorikk

Dato:	Database:	Søk-nummer:	Søkeord og kombinasjoner:	Antall treff:	Leste abstracter:	Leste artikler:	Valgte artikler:
27.11.2018	CINAHL Complete (koblet opp med: CINAHL, eBook Nursing Collection, Psychology and Behavioral Sciences Collection og PsycTESTS)	S1	«psychiatric patient»	39 891	-	-	
		S2	«restraints»	17 387	-	-	
		S3	«nursing»	1 260 533	-	-	
		S4	«prevention»	1 163 218	-	-	
		S5	S1 AND S2	1 021	-	-	
		S6	S5 AND S3 Avgrensning: - Fulltekst - Fagfelleurdert - Publikasjonsår: 2008-2018	92	16	13	4

**Vedlegg 11 Søkehistorikk**

<b>Dato:</b>	<b>Database:</b>	<b>Søk- nummer:</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner:</b>	<b>Antall treff:</b>	<b>Leste abstracter:</b>	<b>Leste artikler:</b>	<b>Valgte artikler:</b>
22.01.2019	CINAHL Complete (koblet opp med: CINAHL, eBook Nursing Collection, eBook Collection, eBook Education Collection, Psychology and Behavioral Sciences Collection og PsycTESTS)	S1	«psychiatric patients»	40 215	-	-	
		S2	«experience»	649 111	-	-	
		S3	«restraints»	17 744	-	-	
		S4	S1 AND S2	5 118	-	-	
		S5	S3 AND S4 Avgrensning: - Fagfellevurdert - Publikasjonsår: 2008-2019	81 Merknad: Identiske duplikater fjernet fra resultatene → 45	16	9	4

**Vedlegg 12 Søkehistorikk**

<b>Dato:</b>	<b>Database:</b>	<b>Søk-nummer:</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner:</b>	<b>Antall treff:</b>	<b>Leste abstracter:</b>	<b>Leste artikler:</b>	<b>Valgte artikler:</b>
29.04.2019	Scopus	S1	«psychiatric» AND «patients»  Avgrensning: - 2010-2019 - Engelsk språk	58 788	-	-	-
		S2	S1 AND «experience» AND «restraints»  Avgrensning: - Publikasjonsstatus: ferdigstilt - Dokumenttype: artikkel	525	-	-	-
		S3	S2 AND «physical»	341	-	-	-
		S4	S3 + Avgrensninger: - Fagområde: sykepleier - Voksne pasienter	88	9	5	1

### Vedlegg 13 Analysetabell

<b>Nøkkelfunn</b>	<b>Artikkel 1</b>	<b>Artikkel 2</b>	<b>Artikkel 3</b>	<b>Artikkel 4</b>	<b>Artikkel 5</b>	<b>Artikkel 6</b>	<b>Artikkel 7</b>	<b>Artikkel 8</b>	<b>Artikkel 9</b>
<b>Emosjonelle erfaringer</b>									
Stress/engstelse	X								X
Frykt	X		X		X	X		X	X
Dehumaniserende	X					X			X
Redusert arbeidsglede/tilfredshet	X								
Sinne			X				X	X	X
Ensomhet			X			X		X	X
Trygghet			X		X		X		X
Ydmykelse					X		X	X	X
Urettferdighet					X		X		X
Skam/skyldfølelse					X			X	X
Overgrep						X		X	
Autonomitap						X			X
Traumatisk						X		X	X
Ukomfortabelt (kaldt, ukoselig, skittent, lite frisk luft, mangel på seng etc.)						X		X	X
Kjedsomhet			X						X
Frustrasjon			X				X		X
Tristhet						X	X		
Mangel på indikasjon av tid					X		X		
Fysisk ubehag/smerter	X						X	X	X
Utagering (vold, trusler, fysisk motstand)							X		
<b>Relasjonelle erfaringer</b>									
Maktdynamikk/maktmisbruk	X						X		X
Mistillit	X					X	X	X	X
Mislike/hate personal	X						X		





<b>Kommunikasjon</b>									
Betydningen av god kommunikasjon for å unngå tvangssituasjoner	X						X		X
For lite informasjon i forkant, under og/eller etter tvang			X		X	X	X		X
Ønsket mer menneskelig kontakt og kommunikasjon			X				X	X	X
Pasientene fikk dele sine meninger				X					
Pasientenes meninger ble ikke tatt i betraktning				X		X			
Fikk ikke delta i egen behandling				X		X			
Ikke bli hørt				X		X		X	X
<b>Oppfølging i etterkant</b>				Middels til dårlig	Middels				
Lite oppfølging knyttet til følelser, samt forstå hva som skjedde					X		Både og		
<b>Forslag til å gi pasientene bedre erfaringer</b>									
Ønske om andre behandlingsalternativer generelt	X	X	X	X					X
Økt kommunikasjon mellom pasient og personal		X	X				X	X	X
Dyktige og drevne personal		X							
Økt bemanning		X							
Mer tilrettelagt fysisk miljø (de- eskaleringsrom, røykerom, musikkrom, håndtverksrom, mer estetisk miljø med kunst og farger,		X	X		X	X			X



