

Tina Lill Hovelsen

Tvang i psykisk helsevern

En litteraturstudie basert på pasientenes egne erfaringer

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i vernepleier

Veileder: Lise Tevik Løvseth

Mai 2021

Tina Lill Hovelsen

Tvang i psykisk helsevern

En litteraturstudie basert på pasientenes egne erfaringer

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i vernepleier
Veileder: Lise Tevik Løvseth
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Norske myndigheter har lenge hatt søkelys på å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern, men til tross for dette ligger Norge høyt på statistikken over tvangsbruk internasjonalt. Tvang oppleves i de fleste tilfeller svært inngripende og krenkende for pasientene.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å gi vernepleieren kunnskap om hvordan de kan redusere negative erfaringer for pasienter som opplever tvang, med utgangspunkt i pasienters erfaringer.

Metode: Denne studien har litteraturstudie som metode. Fem utvalgte forskningsartikler drøftes i lys av relevant litteratur.

Resultat: For deltakerne i alle de fem studiene var relasjoner til personalet, behovet for informasjon og muligheten til å delta i egen behandling av betydning for hvordan de opplevde innleggelsen.

Konklusjon: For pasientene var trygge og tillitsfulle relasjoner til personalet av stor betydning for hvordan de opplevde innleggelse på tvang, og de la stor vekt på at de ønsket å bli behandlet som likeverdige mennesker. Pasientene hadde behov for individuelt tilpasset informasjon, i riktig mengde og til riktig tid, for å kunne føle seg trygge. De fleste pasientene ønsket å bli mer involvert i egen behandling. Graden av medvirkning må tilpasses pasientens evne til å ta ansvar og til hvor pasienten befinner seg i bedringsprosessen.

Nøkkelord: Psykisk helsevern, tvang, tvunget psykisk helsevern, pasienterfaringer, vernepleie

Abstract

Background: Reducing the use of compulsory treatment in psychiatric care has been a concern for the Norwegian authorities for a long time, and despite all this Norway is still on top of the statistics internationally. Compulsory treatment will in most cases be experienced as intrusive and degrading by the patients.

Purpose: This study aims to provide social educators with knowledge on how to reduce negative experiences for patients under compulsory treatment, based on patients' perspectives.

Method: Literature studies has been used as a method. Five research papers have been analyzed and discussed with use of relevant theory.

Results: For participants in all the research papers relations to staff, the need for information and participation in their own treatment were of importance for their experience.

Conclusion: Safe and trusting relations with the staff were of great importance for how the patients experienced involuntary hospitalization, and the put great emphasis on being treated like equals. The patients needed individually tailored information to feel safe. Most of the patients also wanted the opportunity to be more involved in their own treatment. The patient's ability to take responsibility and where they are at in the recovery process will have an impact on their ability to participate.

Keywords: Psychiatric care, compulsory treatment, coercion, patient experience, patient perspectives, social educator

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	2
1.1 Oppgavens tema og problemstilling.....	2
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3 Vernepleierfaglig relevans	3
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
2.0 Teori.....	4
2.1 Psykisk helsevern og tvang	4
2.2 Relasjonskompetanse i helsetjenestene.....	5
2.2.1 Profesjonell relasjon	6
2.2.2 Partnerrollen.....	6
2.2.3 Innlevende forståelse	7
2.3 Miljøterapi	7
2.4 Brukermedvirkning.....	8
2.4.1 Brukerperspektivet	10
3.0 Metode	11
3.1 Valg av metode.....	11
3.2 Søkeprosessen.....	11
3.3 Litteratormatriser.....	14
3.4 Analyse og tolkning.....	19
4.0 Resultater	21
4.1 Relasjoner til personalet	21
4.2 Behovet for informasjon	22
4.3 Å involveres i egen behandling.....	23
5.0 Diskusjon.....	24
5.1 Betydningen av gode relasjoner	24
5.2 Betydningen av tilpasset informasjon til riktig tid.....	26

5.3 Deltakelse og partnerskap	26
5.5 Metodediskusjon.....	28
6.0 Konklusjon.....	29
7.0 Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning

1.1 Oppgavens tema og problemstilling

I Norge er bruk av tvang i psykisk helsevern strengt regulert gjennom Psykisk helsevernloven (1999), og undersøkelse og behandling av pasienter skal i utgangspunktet baseres på frivillighet. Pasientenes rett til selvbestemmelse og autonomi står sterkt som prinsipper, og ivaretas gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Ved benyttelse av tvang i helse- og omsorgssektoren står disse grunnprinsippene på spill, og norske myndigheter har lenge vært opptatt av å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Til tross for innsatsen viser internasjonale studier at Norge ligger høyt når det gjelder bruk av tvang, og omkring halvparten av innleggelse i psykisk helsevern skjer med tvang (Befring, 2017).

Før gjennomføring av tredjeårspraksis på vernepleierstudiet hadde jeg ingen erfaring med hverken psykisk helsevern eller med bruk av tvang. Jeg møtte akuttpsykiatrien med et åpent og uerfarent, men samtidig noe kritisk, blikk. Her fikk jeg innblikk i historiene og erfaringene til pasienter underlagt tvang, noe som gjorde sterkt inntrykk på meg. Samtidig så jeg hvorfor det i noen tilfeller var helt nødvendig å benytte tvang for å ivareta pasientens liv, helse og sikkerhet. Å være pasient under tvungent psykisk helsevern kan oppleves svært krenkende og som en stor inngripen i personlig frihet, samtidig som det kan bidra til redusert tillit til helsevesenet (FO, 2019).

Gjennom denne litteraturstudien ønsker jeg å finne ut hvilke faktorer som er viktige for at vernepleiere skal kunne ivareta pasienter under tvang på best mulig måte, og på den måten bidra til å redusere negative opplevelser for pasientene.

Problemstillingen blir dermed som følger: *Hvilke faktorer kan bidra til å redusere negative opplevelser for pasienter som undersøkes og behandles under tvang i psykisk helsevern?*

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven tar utgangspunkt i pasienters egne erfaringer og opplevelser fra innleggelse i psykisk helsevern under tvang, og perspektiver fra helsepersonell og

pårørende har dermed blitt utelukket fra denne studien. Selv om disse perspektivene er viktige og kan bidra til et nyansert bilde, er det kun pasientene selv som har førstehåndserfaringer med hvordan det oppleves å være innlagt på en psykiatrisk avdeling. Da studien søker å undersøke hvordan pasientene opplever innleggelse, har pasienter innen psykisk helsevern uten døgnopphold blitt utelukket fra datamaterialet.

1.3 Vernepleierfaglig relevans

Vernepleiere er autorisert helsepersonell med kompetanse på å bistå personer med ulike emosjonelle-, sosiale-, kognitive- og fysiske utfordringer. Utdanningen gjør vernepleiere kvalifisert til å jobbe innen flere felt innen helse- og sosialsektoren, og den vernepleierfaglige kompetansen er ettertraktet innenfor spesialisthelsetjenesten og i psykisk helsearbeid. Vernepleiere har et spesielt fokus på brukers ønsker og behov, og har god kunnskap om målrettet miljøarbeid, kartlegging, samhandling og relasjonsbygging. Vernepleiere har også kompetanse om lovverk som regulerer bruk av tvang og makt, og har et spesielt ansvar for å bidra til å forebygge bruken av det (FO, 2017; FO, 2019). Gjennom denne studien vil jeg undersøke hvordan den vernepleierfaglige kompetansen kan være nyttig og bidra til å redusere negative erfaringer for pasienter under tvang i psykisk helsevern.

1.4 Oppgavens disposisjon

I teorikapittelet presenteres litteratur som belyser vernepleierens kompetanseområder, og som er relevant for drøfting av problemstilling og resultatene i denne litteraturstudien. I metodekapittelet presenteres fremgangsmåte for litteratursøk, valg av databaser, søkehistorikk og litteraturmatriser for de valgte artiklene. Herunder presenteres også analyse og tolkning av artiklene. Deretter følger resultatkapittelet med en kort sammenfatning av de valgte artiklene. Resultatene drøftes i diskusjonsdelen i lys av litteraturen som er presentert i teorikapittelet. Her diskuteres også egen fremgangsmåte og metode. Studien avsluttes med et konklusjonskapittel som peker tilbake på problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Psykisk helsevern og tvang

Psykisk helsevern ligger under spesialisthelsetjenesten, og innebærer undersøkelse og behandling av psykiske lidelser. Psykisk helsevern reguleres av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal ligge til grunn ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og pasienter med psykiske lidelser har samme krav på respekt og omsorg som enhver annen pasient har (Snoek og Engedal, 2017).

Tvungent psykisk helsevern innebærer at pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje, og dette reguleres i psykisk helsevernloven kapittel 3 (1999). I tvungent vern med døgnopphold innebærer dette at pasienten må oppholde seg på institusjonen, og kan holdes der mot egen vilje. Dersom pasienten rømmer kan vedkommende hentes tilbake av politi (Helsedirektoratet, 2018). Det stilles strenge krav for å kunne anvende tvang, og det forutsettes at det er forsøkt å etablere frivillige tiltak, med mindre dette er «åpenbart formålsløst». For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 stilles det krav til oppfylt hovedkriterium og tilleggskriterium. Hovedkriteriet innebærer at pasienten har en alvorlig sinnslidelse (Psykisk helsevernloven, 1999). Alvorlig sinnslidelse tilsvarer ikke en klar diagnose, men ligger tett opp til psykose. Psykotiske tilstander kjennetegnes ved forstyrrelser av tenkning, persepsjon og affekt og innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning. I tilfeller der det foreligger store karakteravvik, og lidelsen medfører tap av mestringsevne og evne til realitetsvurdering kan det også være hjemmel for tvangsinnleggelse. Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser kan havne under denne bestemmelsen (Snoek & Engedal 2017).

Tilleggskriteriene for å etablere tvungent psykisk helsevern innebærer at pasienten:

«a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse» (Psykisk Helsevernloven, 1999).

Selv om vilkårene er oppfylt kan tvungent psykisk helsevern kun etableres dersom det fremstår som den beste løsningen for pasienten.

I tilfeller der det er usikkert om det foreligger en alvorlig sinnslidelse gir § 3-2 i Psykisk helsevernloven hjemmel for å fatte vedtak om tvungen observasjon i ti dager. Det må da være en overveiende sannsynlighet for at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern. I § 4-4 finnes det hjemmel for å fatte vedtak om tvangsmedisinering og tvungen behandling med ernæring. Frivillighet skal alltid være forsøkt, samt at behandlingsalternativet skal være strengt nødvendig.

Pasientens rettssikkerhet ivaretas gjennom strenge krav til dokumentasjon og klagerett. Pasientens helsetilstand kan være begrensende for evnen til å klage på egne vegne, og nærmeste pårørende har da anledning til å klage på vegne av pasienten. Dersom vedtaket påklages, skal behandling avventes til klagen er behandlet av fylkeslegen. Bruk av tvangsmidler i institusjon med døgnopphold reguleres i §4-8 (Psykisk helsevernloven, 1999), og innebærer virkemidler som fungerer beroligende eller korrigerende for atferd som i utgangspunktet ikke er en del av behandlingen (Snoek og Engedal, 2017).

2.2 Relasjonskompetanse i helsetjenestene

Relasjoner til nære omsorgspersoner er allerede fra barndommen ansett til å ha betydning for utviklingen av god eller dårlig psykisk helse, og kvaliteten av relasjonene er avgjørende for barnets utfoldelse av «*iboende kreativitet, livslyst og livsmot*» (Lorentzen, Pettersen og Næss, 2018, s. 19). Vernepleiere utøver yrket sitt primært i møte med andre mennesker, og har kompetanse på relasjonelt arbeid fra utdanningen og praksiserfaring (FO, 2017; FO 2019). Relasjonskompetanse innebærer å kunne forstå og samhandle med mennesker på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent vernepleier kan kommuniserer på en slik måte at det gir mening for den enkelte, samtidig som den overordnede hensikten med samhandlingen blir ivaretatt, og unngår at brukeren opplever å bli krenket (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 10).

Pasienter med en alvorlig sinnslidelse kan mangle innsikt samt være preget av virkelighetsbrist, og det kan dermed være utfordrende å etablere relasjon (Lorem, 2014). Arbeid med mennesker krever en bevissthet om hvordan en møter den andre,

og dette kan være avgjørende for hvordan tjenester og hjelp blir utført, forstått og mottatt (FO, 2019).

2.2.1 Profesjonell relasjon

Profesjonelle relasjoner skiller seg fra ordinære relasjoner i at den oppstår mellom en part som søker hjelp og en part som søker å hjelpe (Lorentzen et al., 2018). Helsepersonell i profesjonelle relasjoner har konkrete oppgaver som skal utføres, og balansepunktet mellom å involvere seg for mye eller for lite, mellom nærhet og avstand, kan være vanskelig å finne. Ifølge Lorentzen et al. (2018) er det i nærvær av gode og gjensidige relasjoner vi kan finne mot til å være oss selv fullt ut og fungere på høyden av oss selv. Profesjonelle relasjoner er preget av asymmetri nettopp på grunn av rollene partene i en profesjonell relasjon innehar, og bruk av tvang kan bidra til at relasjonen oppleves ytterligere asymmetrisk. Denne asymmetrien vil alltid være der, men gjennom å bruke erfaringer med gode relasjoner i dagliglivet som rettesnor kan helsepersonell søke å utjevne maktbalansen. Det at helsepersonell møter pasientene med en åpen, oppmerksom og lyttende innstilling kan ha betydning i å skape en likeverdig relasjon (Lorentzen et al., 2018).

2.2.2 Partnerrollen

Brask, Østby og Ødegård (2016) definerer fire kjerne roller som tydeliggjør rolleforventningene til vernepleieren; partner, ansvar, pådriver og brobygger. Vernepleieren beveger seg imellom disse rollene etter hvilken situasjon de befinner seg i. Partnerrollen er svært relevant på individnivå, og innebærer et spesielt fokus på relasjonen med den enkelte bruker. Rollen vektlegger dialog, individuell tilpasning og samarbeid på brukerens premisser (Brask et al., 2016).

Vernepleiestudiet har et spesielt fokus på kommunikasjon, og en viktig del av kompetansen dreier seg om å understøtte den andres kommunikasjon. Brask et al. (2016) nevner innlevelse, engasjement i den andre, evne til å oppfatte den andres initiativ og aktiv lytting som viktige elementer vernepleierens kommunikasjonskompetanse. Kommunikasjonskompetansen skal bidra til å fremme gjensidighet i relasjonene til menneskene vernepleiere arbeider med, og dialog er et

godt verktøy som bidrar til å gjøre vernepleier og pasient tydelige for hverandre (Brask et al., 2016).

2.2.3 Innlevende forståelse

Der helsepersonell bruker tid på å sette seg inn i pasientens livsverden, vil pasienten kunne oppleve seg forstått gjennom det. Lorem (2014) beskriver dette som en empatisk og innlevende prosess som han kaller innlevende forståelse. Er pasienten i en tilstand som medfører redusert innsikt, kreves det at helsepersonell er sensitive for forhold i situasjonen og for oppfatningen til pasienten. Ifølge Lorem (2014) må helsepersonell inneha tre grunnleggende holdninger til forståelse: Helsepersonell må være bevisste på at man ikke alltid forstår, men samtidig forvente at det er noe å forstå. Grunnlaget for forståelse ligger i emosjonell, allmennmenneskelig kontakt, og emosjonell kontakt er avgjørende for å oppnå tillit og trygghet hos pasienten. Tillit og trygghet gir et godt utgangspunkt for videre interaksjon, og gjennom interaksjon og praktisk samspill med pasienten kan de oppstå forståelse og meningsdannelse (Lorem, 2014).

2.3 Miljøterapi

Miljøterapi er en del av vernepleierens kjernekompetanse (FO, 2019), og handler om å tilrettelegge miljøet rundt pasienten slik at det gir en terapeutisk effekt (Strømstad et al., 2018). Lillevik og Øien (2015) beskriver miljøterapi som en behandlingsform som innebærer planlagt, tilrettelagt og systematisk bruk av det som skjer i spillet mellom pasienten og personalet i miljøet, og samhandling og samvær er sentrale elementer (Lillevik & Øien, 2015). I miljøterapi benyttes aktiviteter bevisst og målrettet for å skape situasjoner som kan føre til endring, og en viktig oppgave i miljøterapi er å legge til rette for at pasienten kan oppleve økt livskvalitet, personlig utvikling og mestring (Snoek & Engedal, 2017).

Ifølge Strømstad et al. (2018) er miljøet som skapes på døgnpstasjoner av betydning for hvordan pasientene opplever oppholdet og for utbyttet de har av innleggelsen. En av grunntankene til miljøterapien er at det gjennom gode relasjoner finnes muligheter for å skape erfaringer som gir grunnlag for økt selvinnsikt, økt

respekt for seg selv og fremmer sosiale evner hos pasienten (Strømstad et al., 2018). En god relasjon mellom personal og pasient kan også bidra til at utbyttet av behandlingen blir bedre, da kvaliteten på relasjonen danner grunnlaget for en arbeidsallianse der partene kan arbeide mot et felles mål (Lillevik & Øien, 2015). Arbeidet med å bygge gode relasjoner og skape et trygt terapeutisk miljø forutsetter at personalet behandler pasientene med respekt og tilstreber å bruke tid sammen med dem. Gjennom gode samspill med personalet finnes det potensial for vekst, utvikling og endring hos pasientene (Strømstad et al., 2018).

Å skape tillitsfulle og trygge relasjoner til pasienter med alvorlige psykisk lidelser kan være utfordrende, spesielt i den akutte fasen med høyt symptomtrykk. Innleggelse på tvang oppleves gjerne overveldende og uoversiktlig for pasienten, og de kan samtidig være preget av mistenksomhet og mistillit til helsevesenet (Strømstad et al., 2018; FO 2019). Strømstad et al. (2018) understreker at mange av pasientene med psykiske lidelser har negative erfaringer med nære relasjoner, og sykdommen kan i seg selv bidra ytterligere til kommunikasjons- og relasjonsvansker. I personalgruppa på psykiatriske avdelinger er det fordelaktig om det skapes en kultur hvor det reflekteres over hvordan personalet møter pasientene, og spesielt i sammenhenger der relasjonsbyggingen er utfordrende. På denne måten kan personalet bli mer bevisst på at de forholder seg til egne følelser på en profesjonell måte, fremfor å eksempelvis unngå «utfordrende» pasienter (Strømstad et al., 2018).

2.4 Brukermedvirkning

Gjennom sitt kunnskapsgrunnlag skal vernepleiere bidra til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse, og brukerens ønsker og behov er selve kjernen i den vernepleierfaglige arbeidsmodellen (FO, 2017). I de senere år har brukermedvirkning blitt sentralt innenfor norsk helsevesen, og det forventes fra statlig hold at brukerens stemme skal høres og at brukeren skal ha mulighet til å påvirke sin behandling (Strømstad et al., 2019).

Brukerens rett til medvirkning og informasjon omtales i kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren og det skal legges stor vekt på brukerens meninger.

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Brukermedvirkning handler om at brukeren skal gå fra å være en passiv mottaker av tjenester, til å bli en aktiv deltaker i egen behandling. Det finnes ulike grader av medvirkning, og Hickey og Kipping (1998) har laget en modell som viser ulike nivåer av brukermedvirkning. Informasjon og forklaring er det første nivået, som innebærer at brukeren får nødvendig og tilpasset informasjon, men blir ikke inkludert i beslutninger som blir tatt om behandling. Det andre nivået, konsultasjon, handler om at pasientens meninger og ønsker blir tatt med i betraktning, men pasienten involveres ikke i beslutninger. På disse to nivåene er det ingen forskyvning av makt fra tjenesteyter til tjenestemottaker. Det tredje nivået kalles partnerskap, og innebærer at pasienten har mer reell innflytelse i egen behandling, og beslutninger tas i samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Brukerstyring er det øverste nivået av medvirkning, som innebærer at bruker selv tar beslutninger om egen behandling, og velger selv hvorvidt andre skal involveres i avgjørelsene som tas (Hickey og Kipping, 1998, s. 85; Strømstad et al., 2019, s. 57-58).

Pasientens rett til medvirkning i egen behandling må tilpasses deres mentale helsetilstand (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Manglende realitetsorientering og begrenset sykdomsinnsikt er faktorer som kan bidra til redusert evne til å medvirke, og for pasienter under tvungent psykisk helsevern finnes det allerede innskrenkninger i deres selvbestemmelse, da pasienten selv ikke har valgt innleggelse (Strømstad et al., 2018). Strømstad et al., (2018) understreker videre at det er avgjørende at pasientene får tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter, og at nivået av brukermedvirkning må tilpasses den enkelte pasient, og de forutsetningene pasienten har her og nå. Det krever innsats og tålmodighet for å bli kjent med pasienten og se personen bak diagnosen for å kunne legge til rette for brukermedvirkning. Psykiske lidelser kan også virke inn på menneskers motivasjon, og det kreves at personalet motiverer og legger til rette for at pasienten kan medvirke i behandlingen på sine egne premisser (Strømstad et al., 2018).

2.4.1 Brukerperspektivet

Gjennom blant annet Stortingsmelding 25 (Meld. St. 25 (1996-97)) og Opptappingsplanen for psykisk helse (St. Prp. 63 (1997-98)) ble brukerperspektivet anerkjent som et viktig kunnskapsgrunnlag i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Brukerperspektivet, eller brukerens perspektiv, handler om hvordan bruker opplever en situasjon og om brukerens egne valg (Røkenes og Hanssen, 2012). Det er forventet at vernepleiere tilstreber å arbeide brukerorientert (FO, 2017), noe som innebærer å være lydhør for brukerens egne forutsetninger, og å vise forståelse for brukerens forventninger, ønsker og handlinger. Når vernepleieren jobber brukerorientert skal brukeren oppleve å bli respektert, lyttet til, informert og sett på som en aktiv og ansvarlig samarbeidspart. På denne måten kan en si at brukerperspektivet ivaretas (Røkenes og Hanssen, 2012).

Når pasienter legges inn på tvang er det gjerne i sammenheng med høyt symptomtrykk med akutt behov for behandling. I det lengre løp handler ikke behandling av psykiske lidelser utelukkende om å fjerne sykdomssymptomer, men om å fremme pasientens evne til å fungere i hverdagen og å forbedre pasientens livskvalitet på sikt (Lorem, 2014). Dette samsvarer med WHO's holistiske syn på helse, som innebærer at helse handler om fysisk, psykisk og sosialt velvære mer enn det gjør om fravær av sykdom (WHO, 1947).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven har litteraturstudie som metode, noe som innebærer systematisk litteratursøk etter forskning som kan belyse en gitt problemstilling (Thidemann, 2019). I dette kapittelet beskrives fremgangsmåten grundig, og deretter presenteres en sammenfatning av kunnskap som gir innsikt og forståelse på det området problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen startet med innledende søk i Oria og Google Scholar for å få en oversikt over hvor mye som er skrevet om temaet. Jeg leste sammendrag fra relevante artikler, og noterte samtidig nøkkelord fra artiklene for videre søk. MeSH på norsk (helsebiblioteket, 2020) ble også brukt for å finne relevante søkeord. For å få en strukturert oversikt over søkeordene ble en tilpasset versjon rammeverket PICO (Population/patient, intervention, comparison og outcome) benyttet (tabell 1). PICO er nyttig for å konkretisere informasjonsbehov og er til hjelp i arbeid med å operasjonalisere problemstillinger til å bli mer presise og søkbare. Comparison er utelukket fra tabellen, da problemstillingen ikke søker å sammenligne to ulike tiltak (Thidemann, 2019, s. 82-83).

Tabell 1: PICO-skjema

(P) Population/patient/problem	(I) Intervention	(O) Outcome
Pasienter som legges inn og behandles på tvang	Vernepleierens arbeid/pleie/omsorg	Redusere negative opplevelser
Tvungent psykisk helsevern Commitment of mentally ill Involuntary commitment Involuntary psychiatric commitment Involuntary treatment Compulsory treatment Psychiatric care Coercion	Social educator Psychiatric nursing Nurse's role Professional patient relationship Nurse patient relationship Quality of care Mental health nursing	Patient experiences Patient perspective Patient view Experience*

Jeg brukte mye tid på å gjøre meg kjent med ulike databaser, og har gjort søk i Oria, PsycInfo, Pubmed og CINAHL. Søkene ble dokumentert i søkematriser underveis. Søkematriser fra søkene gjort i Oria, Pubmed og CINAHL presenteres i *vedlegg 1*, da det var her jeg fikk treff på valgte artikler. Jeg startet med å søke på enkeltord, noe som gav mange treff. Deretter gjorde jeg ulike søk der jeg kombinerte synonymer med OR og strengene av synonymer sammen med AND. Gjennom søkene fant jeg også flere relevante review-artikler som omhandlet mitt tema. Her gikk jeg til referanselistene for å søke manuelt etter relevante artikler. I innledende søk ble termen «social educator» benyttet, men dette gav få treff. På bakgrunn av at vernepleiere er autorisert helsepersonell på lik linje som sykepleiere (FO, 2017) besluttet jeg å bruke «nurse» som søkeord, noe som gav flere treff.

Underveis i søkeprosessen ble det definert inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene gjengis nedenfor i tabell 2. Noen av avgrensningene ble gjort gjennom filter i databasene, mens andre ble gjort manuelt gjennom lesing. Jeg var på utkikk etter vitenskapelige forskningsartikler, og så dermed etter artikler som var delt inn i introduksjon, metode, resultat, analyse og diskusjon (IMRAD-struktur). Artikler med IMRAD-struktur beskriver hovedhensikten med studien i innledningen, presenterer en oppsummering av metoden som er benyttet, etterfulgt av hovedresultatene og en diskusjon av resultatene, og beskriver en kort konklusjon til slutt (Thidemann, 2019, s. 30). Jeg ønsket også at artiklene skulle være fagfelleverderte, og tidsskriftene som artiklene var utgitt i ble kontrollert gjennom sidene til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2021), som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Jeg var opptatt av at artiklene skulle handle om pasientenes egne erfaringer, og valgte derfor artikler med kvalitativ metode. Studier som bruker kvalitative metoder gir mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter, og kan gi kunnskap om erfaringer, meninger og opplevelser (Thidemann, 2019, s. 76). Målet var å undersøke erfaringene til pasienter som hadde vært innlagt på tvang eller som hadde opplevd bruk av tvangsmidler under innleggelse, og luket dermed ut artikler som omhandlet pasienter under tvang uten døgnopphold.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelige forskningsartikler	Fagartikler
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Utgitt siste 10 år	Eldre enn 10 år
Kvalitativ metode	Kvantitativ forskning
Voksne	Barn/unge
Innlagte pasienter (fortrinnsvis på tvang)	Pasienter på tvang uten døgnopphold
Pasient- og brukererfaringer	Helsepersonells perspektiv

Et bredt utvalg av artikler ble skimlest for å identifisere hovedideene og hvilke konklusjoner forfatterne har trukket. Sammendrag ble lest først, og deretter forholdt jeg meg til IMRAD-strukturen for å lese artiklene effektivt (Thidemann, 2019). Artiklene som ikke var relevante for problemstillingen ble manuelt luket ut ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. For å bedømme kvaliteten på artiklene tok jeg i bruk Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2020). Fem utvalgte artikler ble deretter lest kritisk og reflekterende, først i sin helhet for å forstå hva tekstene handlet om, og deretter i deler for å få grep om detaljene (Thidemann, 2019).

3.3 Litteraturmatriser

Tabellene 3 til 7 viser litteraturmatriser for hver av de valgte artiklene.

Tabell 3: Artikkel 1

Artikkel 1:	Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., and Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 24 (2). s. 181-189. DOI: https://doi.org/10.1111/inm.12121
Land: Australia	
Hensikt	Gir innblikk i erfaringene til pasienter som har vært under tvungent psykisk helsevern, med spesielt fokus på interaksjoner mellom pasientene og personalet på avdelingene.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer på 20-120 minutter.
Utvalg	14 kvinner og 11 menn i alderen 24-65 år (gjennomsnittsalder: 36 år). Alle deltakerne var innlagt da de ble spurt om å delta i studien, men skulle snart skrives ut. De hadde ulike erfaringer med psykisk helsevern og ulike diagnoser.
Resultater	<p>Forfatterne fant at det overordnede temaet i studien var hvordan personalets atferd og holdninger påvirket deres opplevelse av innleggelsen. Deltakerne beskrev ulike faktorer som var viktig for en god relasjon til personalet:</p> <p>1) <i>Å føle tilknytning</i> Omsorg, humor, hjelpsom, snill, godmodig og evne til å lytte var egenskaper deltakerne synes var viktige for å oppnå god relasjon.</p> <p>2) <i>At personalet tok seg tid i en travel hverdag</i> Deltakerne beskrev at de opplevde avdelingen som travel, og hvordan de fikk følelse av å bli avvist av personalet. De ønsket seg flere hverdagslige samtaler med personalet, og fikk ofte bedre relasjon til personalet som tok seg tid til dette. Deltakerne fortalte om at det kunne være vanskelig å finne personell på avdelingen når de hadde behov for det.</p> <p>3) <i>Informasjon om regler på avdelingen</i> Deltakerne opplevde forvirring ved innleggelse, og hadde vansker med å forstå hva som skjedde med dem. Forvirringen ble forsterket av at de manglet informasjon om regler og rutiner på avdelingen.</p> <p>4) <i>Informasjon om tvungent psykisk helsevern</i> Deltakerne følte på avmakt og utrygghet fordi de manglet kunnskap og informasjon om hva det innebærer å være innlagt på tvang.</p> <p>5) <i>At personalet ser forbi sykdommen</i> Det var viktig for deltakerne at personalet så forbi sykdom og diagnose, og viste respekt for dem som mennesker. Deltakerne følte seg hørt når personalet lyttet til og viste interesse for deres personlige erfaringer. For deltakerne var det viktig at relasjonene var basert på deres delte menneskelighet.</p> <p>6) <i>Relasjoner basert på partnerskap</i> Deltakerne ønsket mer informasjon om behandlingen sin, og muligheten til å jobbe i «partnerskap» med sine behandlere</p>
Kvalitet	Studien er fra et fagfellevurdert tidsskrift, og av nyere dato. Forfatterne gjør godt rede for fremgangsmåte, og de oppgir potensielle begrensinger ved studien. Forfatterne har vært interessert i å fange opp pasientenes egne erfaringer, og har ikke snakket med personalet eller lest journal for å undersøke hvordan situasjonene ble opplevd av andre. Pasientene i studien skulle snart skrives ut, og resultatet av studien kunne vært annerledes om deltakerne hadde blitt intervjuet på et annet stadiet i forløpet. Analysen i studien er deskriptiv, og det kan dermed ikke konkluderes med kausal sammenheng.
Etikk	Forfatterne redegjør for etisk godkjenning og etisk god behandling av og informasjon gitt til deltakerne.
Relevans	Artikkelen gir innblikk i hvilke faktorer som er positive og negative for pasientenes opplevelser under innleggelse på tvang i psykisk helsevern.

Tabell 4: Artikkel 2

Artikkel 2: Land: Norge	<p>Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. og Wang, C. EA. (2014). Omsorg under tvang – En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, 11 (02), s. 114-124. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03</p>
Hensikt	<p>Å få økt kunnskap om hvordan pasienter med psykoselidelser ivaretas under innleggelse, samt å få innblikk i hvilke situasjoner tvang oppleves som akseptabelt og hvordan helsepersonell kan bidra til å forebygge negative opplevelser relatert til tvang.</p>
Metode	<p>Narrativ kvalitativ metode, intervjuer på 30-120 minutter der forfatterne søker å utvikle og utforske fortellinger sammen med deltakerne om et valgt tema. Det ble anvendt tematisk narrativ analyse.</p>
Utvalg	<p>Fire kvinner og fem menn i alderen 20-50 år. Pasienter med erfaringer fra spesialisthelsetjenesten ble rekruttert gjennom rehabiliterings- og subakuttavdelinger ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Pasientene var innlagt eller hadde nylig blitt skrevet ut, og hadde vært i behandling for psykoselidelse de siste seks månedene.</p>
Resultater	<p>Forfatterne identifiserte tre områder som gikk igjen i studien:</p> <p>1) <i>Tvang som ikke hjelper</i> Deltakerne beskrev hvordan de opplevde redusert innflytelse over eget liv og tap av kontroll i tilfeller der det ble benyttet tvang. Tvangsbruken påvirket deltakernes relasjon til personalet, ved at det for eksempel ledet til økt mistenksomhet overfor personalet eller bidro til konflikt eller uenigheter.</p> <p>2) <i>Tvang som ivaretar eller beskytter</i> Noen av deltakerne opplevde sine interesser ivarettet til tross for tvang. Tillit, god relasjon og dialog blir trukket frem som viktige faktorer for at pasientene skal oppleve at personalet ønsker det som er best for dem. Det blir også trukket frem situasjoner der personal gjennom gjensidighet og åpenhet har unngått bruk av tvang, der øvrig personal tidligere har tydd til tvangsbruk.</p> <p>3) <i>Anerkjennelse, empati og innflytelse</i> Deltakerne var svært opptatt av at helsepersonell må vise empati, og anerkjenne pasientenes følelser, oppfatninger og erfaringer. Pasientene trekker frem at samtaler preget av åpenhet og informasjon bidrar til trygghet og kan gi pasientene økt mulighet til innflytelse i eget behandlingsforløp.</p>
Kvalitet	<p>Fra fagfellevurdert tidsskrift, og utgitt i nyere tid. Fremgangsmåte for studien blir grundig gjennomgått. Det oppgis potensielle begrensinger med studien. Det pekes på at studien baseres på pasienters egne erfaringer og oppfatninger av tvang, mens observasjon og intervjuer med personal er utelukket fra studien. Funnene er basert på et begrenset utvalg, og kan dermed ikke generaliseres til hele populasjonen.</p>
Etikk	<p>Forfatterne redegjør for etisk godkjenning og god etisk behandling av deltakere i studien.</p>
Relevans	<p>Artikkelen tar for seg pasienters egne opplevelser med behandling under tvang og samspillet med helsepersonell, og gir et innblikk i tvungent psykisk helsevern i norske forhold.</p>

Tabell 5: Artikkel 3

Artikkel 3:	Andreasson, E. and Skärsäter, I. (2011). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 19 (1). s. 15-22. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
Land: Sverige	
Hensikt	Beskrive oppfatninger og erfaringer pasienter med akutt psykose har om behandling og pleie i tvungent psykisk helsevern.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer på 29-78 minutter. Intervjuene ble transkribert og systematisk analysert.
Utvalg	12 pasienter deltok i studien, hvorav syv menn og fem kvinner. Datainnsamling foregikk på to psykiatriske avdelinger ved én klinikk i Sverige. Kriterier for å delta i studien var: 1) innlagt på tvang, 2) diagnostisert med psykoselidelse som definert i ICD-10 (WHO, 1992) og 3) Snakke og forstå svensk.
Resultater	<p>Forfatterne fant to kategorier som beskrev pasientenes oppfatninger og erfaringer om behandling og pleie:</p> <p><i>1) Å motta nødvendig støtte</i></p> <p>Denne kategorien handlet om at pasientene ønsket å få pleie og støtte som gjorde at de følte seg trygge. De hadde behov for å bli skjernet, og følte seg trygge når helsepersonell de hadde tillit til var sammen med dem. Pasientene hadde også behov for tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon og hjelp til å forstå for å kunne ta informerte valg. Pasientene opplevde at det var behov for at personalet var tilgjengelig, samtidig som at behovet for å være i eget selskap også ble møtt. Aktiviteter og rutiner ble ansett som nyttig for bedringsprosessen.</p> <p><i>2) Å bli behandlet med respekt</i></p> <p>Denne kategorien beskriver pasientenes behov for å bli anerkjent og verdsatt som mennesker. De ønsket å ikke føle seg usynlige, men å bli tatt seriøst og behandlet med empati og respekt. I interaksjoner med andre ønsket de å bli sett for mennesket bak symptomene. Deltakerne opplevde noen ganger personalet som respektløse, og at de ikke var på deres side. Pasientene ønsket å opprettholde sin autonomi selv om de var under tvungent psykisk helsevern. De ønsket å delta i og mulighet til å ta avgjørelser om egen behandling, selv om de behandles under tvang. Samarbeid med pårørende var nyttig for pasientene under planlegging av fremtidig behandling. Pasienten satte også pris på å ha en kontaktperson som de kunne snakke med og finne løsninger sammen med.</p>
Kvalitet	Fra fagfelleurdert tidsskrift, og er av nyere dato. Gjør grundig rede for fremgangsmåte og presenterer potensielle begrensninger ved studien. Studien blir gjennomført ved én psykiatrisk klinikk, og forfatterne anerkjenner at det hadde vært nyttig å inkludere flere klinikker, da forhold og behandling kan variere fra sted til sted.
Etikk	Forfatterne redegjør for etisk godkjenning av studien og god etisk behandling av deltakere.
Relevans	Studien gir god innsikt i pasienters opplevelser og erfaringer med behandling, pleie og omsorg under tvungent psykisk helsevern.

Tabell 6: Artikkel 4

Artikkel 4:	Chambers, M., Gallagher, A., Borchmann, R., Gillard, S., Turner, K. and Kataris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care. <i>BMC Medical Ethics</i> , 15 (50). DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-50
Land: England	
Hensikt	Utforske pasienters erfaringer med tvungent psykisk helsevern, og hvordan deres verdighet ble ivaretatt og respektert under innleggelse og ved bruk av andre tvangsmidler.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervju på 45-60 minutter. Intervjuene ble transkribert, og deretter ble det gjennomført en tematisk analyse av materialet.
Utvalg	12 menn og 7 kvinner deltok i studien. Alle deltakerne var innlagt på tvang i tre psykiatriske sykehus i England. Pasientene hadde vært innlagt i to uker til to måneder da intervjuene foregikk. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 35 år.
Resultater	<p>Forfatterne fant at ønsket om å bli behandlet med verdighet og respekt av personalet var et overordnet tema i datamaterialet. De identifiserte også fem nøkkeltema som pasientene var opptatt av:</p> <p>1) <i>Å bli hørt av personalet</i> Positive relasjoner og tillit til personalet var noe deltakerne opplevde som viktig for deres verdighet. Flere av deltakerne fortalte om hvordan dårlig relasjon til personalet og personalets holdninger gjorde at de følte seg stigmatiserte for sykdommen sin.</p> <p>2) <i>Å bli involvert i avgjørelser om sin egen behandling</i> Flere av deltakerne forteller om hvordan de opplever avmakt og manglende autonomi relatert til avgjørelser som gjelder egen behandling. Forfatterne beskriver en konflikt mellom ivaretagelsen av pasientens autonomi og prinsippet om pasientens beste. Flere av deltakerne opplevde at de ble ignorert, og at de ikke blir møtt på sine behov, ønsker og følelser.</p> <p>3) <i>Å få informasjon om sin behandlingsplan (spesielt om medisiner)</i></p> <p>4) <i>Mer samtaleterapi og terapeutisk engasjement</i> Majoriteten av deltakerne hadde selv opplevd eller sett andre bli utsatt for bruk av tvangsmidler. Bruk av tvangsmidler virket å være en fysisk og psykisk påkjenning for pasientene, og ble sett som uheldig av deltakerne. Deltakerne var opptatt av behovet for å finne alternativer til bruk av tvangsmidler, for eksempel rådgivning og «timeout».</p> <p>5) <i>Fysisk miljø og tilgang på daglige aktiviteter</i> Deltakerne forteller om at faktorer som manglende privatliv, kontinuerlig overvåkning og å ikke få forlate området gjorde at de følte seg fengslet. Faktorer i det fysiske miljøet som overfylte avdelinger, personal med manglende kompetanse og gamle/urene fasiliteter ble også nevnt.</p>
Kvalitet	Utgitt i fagfelleurdert tidsskrift, og er av nyere dato. Gjør grundig rede for fremgangsmåte. Forfatterne gjør rede for potensielle begrensinger ved studien, blant annet hvordan pasientenes reduserte autonomi, redsel for at informasjonen skal bli videreformidlet til personalet og manglende distanse til situasjonene pasientene forteller kan ha påvirket objektiviteten til datamaterialet.
Etikk	Redegjort for etisk godkjenning og etisk behandling og anonymisering av deltakere.
Relevans	Artikkelen gjør godt rede for hvordan pasienter opplever sin verdighet ivaretatt under tvungent psykisk helsevern.

Tabell 7: Artikkel 5

Artikkel 5:	Molin, J., Graneheim, U. H. and Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care – patients' perspectives. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 11 (1). DOI: https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897
Land: Sverige	
Hensikt	Å utforske innlagte pasienters erfaringer med hverdagslivet på psykiatriske avdelinger.
Metode	Kvalitativ metode med intervjuer på 39-120 minutter. Intervjuene ble transkribert og deretter systematisk analysert.
Utvalg	16 pasienter (14 kvinner og to menn, alder fra 20-51 år) med erfaring fra innleggelse i psykisk helsevern. Pasientene ble rekruttert fra tre psykiatriske klinikker i Sverige, med erfaringer fra fem ulike avdelinger.
Resultater	<p>Det overordnede temaet forfatterne identifiserte var at kvaliteten på interaksjoner pasientene hadde påvirket hverdagen. Forfatterne beskriver deretter tre undertemaer:</p> <p>1) <i>Personalet utgjør forskjellen</i> Flere av deltakerne opplevde å føle seg usynlig, og at personalet var utilgjengelig. De opplevde at personalet jobbet etter regler på avdelingen, fremfor å møte pasientenes ønsker og behov. Pasientene opplevde å ikke bli involvert i avgjørelser som angikk dem, og at personalet ofte prioriterte administrative arbeidsoppgaver fremfor pasientrelaterte. Flere av pasientene oppgir at de har hatt hemmende interaksjoner med personalet, der personalet eksempelvis har beskyldt pasientene for å ta opp plassen til noen som trenger det mer eller at de ikke ser potensiale for bedring hos pasienten. Pasientene anså det som personalets ansvar å ta initiativ til å bli kjent med pasientene, og gjennom å bli kjent og diskutere ting sammen ville de kunne etablere gjensidig tillit til hverandre. Pasientene var også opptatt av at personalets handlinger var viktig for å etablere tillit. For pasientene opplevdes personalet engasjert og omsorgsfullt når de spurte pasientene selv om hvordan de kunne hjelpe dem. Åpen dialog om behandling mellom personalet og pasientene ble beskrevet som essensielt, og pasientene ønsket å oppleve at de samarbeidet med personal og behandler. Dagligdagse samtaler med personalet bidro til at pasientene følte seg trygge og gav opplevelse av at personalet brydde seg.</p> <p>2) <i>Å søke tilflukt i et stigmatiserende miljø</i> Pasientene beskrev en forventning om å føle seg trygg og beskyttet under innleggelse, men i mange tilfeller opplevde de å føle seg stigmatiserte. Flere beskriver opplevelser av å ikke føle seg velkommen og følelsen av å ikke ha verdi som menneske.</p> <p>3) <i>Å forstå innholdet i behandlingen</i> Pasientene opplevde manglende struktur og inkonsekvente rutiner, og ønsket seg en bedre oversikt over dagens timeplan. De beskriver hvordan personalet tilsynelatende kun hadde tid til akutte situasjoner, og planlagte aktiviteter ble ofte utsatt eller avlyst. Pasientene understreket at daglige rutiner var av betydning for deres bedringsprosess, og kunne ønske seg mer tid for samtaler og aktiviteter.</p>
Kvalitet	Utgitt i fagfelleurdert tidsskrift, og er av nyere dato. Gjør grundig rede for fremgangsmåte. Forfatterne nevner blant annet sin forforståelse og skjev kjønnsfordeling i studien som potensielle svakheter.
Etikk	Redegjør for etisk godkjenning av studien og god etisk behandling av deltakerne.
Relevans	Artikkelen gir et godt innblikk i hvilke faktorer som påvirker pasientenes opplevelse av hverdagen som innlagt i psykiatrisk avdeling.

3.4 Analyse og tolkning

En forenklet versjon av Aveyards (2019) tematiske analysemodell ble benyttet i arbeidet med å analysere artiklene. Metoden er en måte å summere opp litteratur på, som passer for uerfarne forskere (Aveyard, 2019; Thidemann, 2019).

Resultatdelene i tekstene ble lest grundig og reflekterende flere ganger for å identifisere hovedfunn eller tema, mens jeg hadde problemstillingen min lett synlig. Markeringstusjer ble brukt for å markere relevante hovedpoenger som kunne belyse min problemstilling og markeringene ble fargekodet etter foreløpige tema. Noen av temaene var gjennomgående for alle artiklene, mens andre gjaldt bare for noen av artiklene. Videre sorterte jeg tekstbiter som representerte hovedfunn under hver av artiklene i et word-dokument, noe som gav en god oversikt og over funnene og hvilken artikkel de kom fra. Det begynte å fremstå et mønster, og et utvalg av tekstbitene ble samlet i en tabell for sammenligning av foreløpige tema (tabell 8).

Tabell 8: Sammenligning av foreløpige tema

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Personalets holdninger og handlinger former innleggelsen	Tillit til helsepersonell, åpenhet og gjensidig dialog om beslutninger	Å motta nødvendig støtte og å bli behandlet med respekt	Ønske om å bli behandlet med verdighet og respekt	Interaksjonenes kvalitet påvirker pasientenes hverdag
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relasjoner basert på likeverd og gjensidig tillit 2. Behovet for dagligdagse samtaler og at personalet tar seg tid 3. Behov for informasjon om hva det innebærer å være innlagt på tvang 4. Behov for informasjon om regler som gjelder på avdelingen 5. Ønsket å bli involvert som partner i egen behandling 	<ol style="list-style-type: none"> 1. God relasjon og dialog bidro til at pasientene følte seg ivaretatt 2. Opplevelse av å få sine interesser ivaretatt 3. Gjensidighet, åpenhet og empati 4. Ønske om å kunne gi tilbakemeldinger og evaluere oppholdet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opplevde god pleie når personalet var pålitelig, oppmerksomme, engasjerte og viste omsorg 2. Interaksjoner med personalet som distraksjon 3. Tilpasset informasjon til rett tid for å forstå egen situasjon og kunne ta avgjørelser 4. Behov for selvstendighet og deltakelse i egen behandling 5. Å bli sett som likeverdige mennesker 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å bli behandlet som likeverdige mennesker 2. Følelse av avmakt og manglende autonomi 3. Følelse av å bli oversett og ikke spurt om forhold som angår egen behandling 4. Behov for informasjon om behandlingsplan og medisiner 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å føle seg usynlig, utilgjengelig personale 2. Å ikke bli involvert i avgjørelser om egen behandling 3. «For profesjonell», passivitet, manglende engasjement gav dårligere behandling 4. Å dele ansvar for egen pleie med personalet 5. Inkonsekvente rutiner, brutte avtaler og manglende informasjon

Hovedfunnene i tabell 8 ble igjen fargekodet etter tema som viste seg gjennomgående i de fem artiklene. Fargekodene ble utgangspunktet for tabell 9, der funnene ble sammenfattet under tre hovedtemaer.

Tabell 9: Sammenfatning av funn under hovedtema

Tema fra artiklene	Hovedtema
<ul style="list-style-type: none"> - Likeverd og gjensidig tillit - Hverdagslige samtaler - God relasjon og dialog - Gjensidighet, åpenhet og empati - Pålitelighet, oppmerksomhet, engasjement og omsorg bidro til god pleie - Interaksjoner med personalet som distraksjon - Å bli sett - Å bli oversett av personalet - Personalet var utilgjengelig - «For profesjonell», passivitet, manglende engasjement 	<p>Betydningen av gode relasjoner</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Behov for informasjon om hva det innebærer å være innlagt på tvang - Behov for informasjon om regler som gjelder på avdelingen - Tilpasset informasjon til rett tid for å forstå egen situasjon og kunne ta avgjørelser - Behov for informasjon om behandlingsplan og medisiner - Inkonsekvente rutiner og brutte avtaler 	<p>Behovet for informasjon</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ønsket å bli involvert som partner i egen behandling - Ivareta pasientens interesser - Ønske om å kunne gi tilbakemeldinger og evaluere oppholdet - Behov for selvstendighet og deltakelse i egen behandling - Følelse av avmakt og manglende autonomi - Å ikke spurt om forhold eller involvert i avgjørelser 	<p>Medvirkning</p>

4.0 Resultater

4.1 Relasjoner til personalet

Alle de fem artiklene la mye tyngde på hvordan pasientenes relasjoner til personalet var med på å forme deres opplevelse av innleggelsen, på godt og vondt, og majoriteten av deltakerne er opptatt av hvordan de blir møtt og sett av personalet (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2014; Andreasson & Skärsäter, 2011; Chambers et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016). Deltakere i flere av artiklene oppga at det var helt avgjørende for deres opplevelse at de ble behandlet som likeverdige, voksne mennesker, og at personalet tilstrebet å se forbi symptomer og diagnoser.

Pasientene ønsket å bli sett, lyttet til og anerkjent som menneske (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2014; Andreasson & Skärsäter, 2011). Deltakerne i Molin og Lindgren (2016) var opptatt av at personalet hadde et ansvar for å ta initiativ til å bli kjent med pasientene. I prosessen med å bli kjent ville det kunne oppstå en gjensidig tillit mellom pasient og personal, og denne tilliten fremmet følelsen av å bli forstått og pasientene opplevde å få støtte. Deltakerne beskrev også hvordan personalet viste engasjement for å hjelpe og villighet til å lære ved å spørre pasientene selv om hvilken hjelp de hadde behov for. I tilfeller der deltakerne opplevde relasjoner basert på likeverd og personalet viste interesse for deres individuelle opplevelser var det lettere for deltakerne å åpne seg om sine følelser og om hvordan dårlig psykisk helse påvirket livet for øvrig (Wyder et al., 2015).

Deltakerne hos Andreasson og Skärsäter (2011) beskrev at de opplevde å få god pleie når personalet var pålitelig, oppmerksomme, engasjerte og viste oppriktig omsorg for pasientene. Deltakerne opplevde trygghet når personalet fremsto kompetente, trygge og bestemte, uten at de påla pasientene regler som ble oppfattet urimelige. I flere av artiklene oppgir deltakerne at bruk av humor er av betydning for å bygge relasjon og opparbeide tillit, samt at det fungerer som lim i relasjonene (Wyder et al., 2015; Andreasson & Skärsäter, 2011; Molin & Lindgren, 2016)

Hos Wyder et al. (2015) og Molin og Lindgren (2016) forteller deltakere om hvordan de har følt seg usynlige på avdelingen og om at de har opplevd at personalet har vært utilgjengelig for dem. Deltakerne beskriver hvordan personalet til stadighet var travle med praktiske og administrative oppgaver, og dermed ikke tok seg tid til å kommunisere med pasientene. For pasientene var hverdagslige samtaler av stor

betydning for å bygge gode relasjoner til personalet og for å kunne distrahere seg fra det som var vanskelig (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016).

Det finnes beskrivelser av uheldige interaksjoner med personalet og opplevelse av å bli behandlet dårlig i flere av artiklene. Deltakerne oppgir å ha følt seg stigmatisert og mistrodd av personalet, samt at enkelte av personalet opplevdes uvennlige og respektløse (Andreasson & Skärsäter, 2011; Chambers et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016). Hos Molin og Lindgren (2016) forteller noen av deltakerne om hvordan de har blitt fortalt av personalet at de har tatt plassen til noen som fortjener det mer, at de er innlagt for ofte eller at personalet ikke vet råd for dem og at de ikke kommer til å bli bedre. I samme artikkel forteller deltakere om hvordan personalet hadde vansker med å håndtere egne følelser i utfordrende situasjoner. Deltakerne hadde eksempelvis opplevd at personalet overreagerte i situasjoner der de fremsto usikre eller redde. Disse situasjonene påvirket deltakerne, og bidro til at de holdt tilbake sine tanker og problemer overfor personalet.

4.2 Behovet for informasjon

Behovet for informasjon omtales i større eller mindre grad i alle de fem artiklene. Hos Wyder et al. (2015) forteller deltakerne om at det ofte oppleves forvirrende å bli lagt inn på psykiatrisk avdeling, og mange manglet innsikt i hva det innebærer å være innlagt på tvang. Det manglet også informasjon om avdelingens rutiner og regler, noe som bidro ytterligere til forvirringen. Deltakerne opplevde at personal som gav informasjon behandlet dem med respekt, og at det var en viktig måte for personalet å vise engasjement overfor pasientene (Wyder et al., 2015). Deltakerne hos Andreasson og Skärsäter (2011) understreker at informasjon er viktig for at pasientene skal forstå sin egen situasjon og samtidig settes i stand til å ta avgjørelser på egne vegne. Pasientene har behov for å forstå hvorfor de er under tvungen behandling og hvilke rettigheter de har. Informasjonen må være tilpasset den enkelte, da for mye eller for tidlig informasjon kan være overveldende og bidra til angst (Andreasson & Skärsäter, 2011).

Hos Molin og Lindgren (2016) beskriver deltakerne hvordan de opplevde at dagene hadde en uklar struktur og at rutinene på avdelingen var inkonsekvente. Det rådet

usikkerhet om hvorvidt planlagte aktiviteter ville bli gjennomført eller de ble avlyst. Deltakerne ønsket å ha oversikt over dagens timeplan, da de opplevde at dagene ble ødelagt av at de ikke visste hva som skulle skje. Deltakerne anerkjente at daglige rutiner var viktig for egen bedringsprosess og for å få orden på egne tanker.

4.3 Å involveres i egen behandling

Det å bli involvert i egen behandling var et annet tema som gikk igjen i alle fem artikler. Majoriteten av deltakerne ønsket å bli involvert i egen behandling, men flere opplevde å ha lite innflytelse og liten mulighet til å medvirke. En liten andel deltakere oppga at de satte pris på at avgjørelser ble tatt av andre, og stolte på at avgjørelsene ble gjort i deres beste interesse (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2014; Andreasson & Skärsäter, 2011; Chambers et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016).

For noen av deltakerne var det nok å få informasjon om hva deres behandlingsplan innebar, så lenge det ble tatt hensyn til deres ønsker og bekymringer (Wyder et al., 2015). Deltakere i flere av artiklene beskrev at det var viktig for dem å ivareta egen autonomi til tross for at de ble behandlet under tvang. De ønsket å bli ansett som en likeverdig, samarbeidende part i sin egen behandling. Hos Molin og Lindgren (2016) oppgir deltakerne at hverdagen på avdelingen opplevdes enklere dersom de ble involvert i å planlegge og finne løsninger for behandlingen, og at deres kunnskap og ønsker ble tatt i bruk i samarbeidet. Åpen dialog ble beskrevet som helt avgjørende for et godt samarbeid, og gjennom samarbeid opplevde deltakerne at de var likeverdige mennesker med personalet. Der det var behov for å ta beslutninger som deltakerne opplevde som negative verdsatte deltakerne å få en grundig begrunnelse for beslutningen, da det økte deres forståelse (Molin & Lindgren, 2016). Deltakerne hos Andreasson og Skärsäter (2011) oppga at de satte pris på å ha en kontaktperson som de kunne snakke og diskutere med og sammen finne løsninger. Manglende deltakelse bidro til at deltakere ikke opplevde sine rettigheter ivaretatt, og dette påvirket både nåværende og senere kontakt med psykisk helsevern (Molin & Lindgren, 2016).

Hos Andreasson og Skärsäter (2011) etterspurte deltakerne muligheten til å reflektere over tiden som tvangsinnlagt sammen med noen, med den hensikt å kunne unngå fremtidige innleggelse på tvang eller bidra til å gjøre dem enklere. En

av deltakerne hos Lorem et al. (2014) beskrev hvordan psykiateren hadde evaluert oppholdet sammen med han ved utskrivelse. Han hadde ønsket at det hadde blitt gjort en evaluering tidligere i oppholdet, slik at behandlingen kunne blitt mer tilpasset hans opplevelser og behov. Ifølge andre deltakere var det varierende hvorvidt det var åpent for å komme med kritikk under innleggelsen (Lorem et al., 2014).

5.0 Diskusjon

5.1 Betydningen av gode relasjoner

Relasjonene pasientene hadde til personalet var av stor betydning for deltakerne i de utvalgte artiklene for hvordan de opplevde oppholdet på psykiatrisk avdeling. Våre relasjoner er allerede fra barndommen viktig for hvordan vår psykiske helse utvikler seg (Lorentzen et al, 2018), og Fellesorganisasjonen (2019) understreker at relasjonen som dannes mellom helsepersonell og pasient er avgjørende for hvordan tjenestene som ytes blir forstått og mottatt av pasienten (FO, 2019). Flere av deltakerne hadde hatt opplevelser som bidro til å skape større avstand mellom dem og personalet. Det handlet om at personalet opptådte for profesjonelt, eller at de prioriterte daglige rutiner og administrative oppgaver fremfor å samhandle med pasientene (Wyder et al., 2015; Molin & Lindgren; 2016). Enkelte av deltakerne hadde opplevd at personalet var lite vennlig eller opptådte respektløst overfor pasientene, og noen følte seg stigmatisert og mistrodd under innleggelsen (Andreasson & Skärsäter, 2011; Chambers et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016). Virkelighetsbrist, negative erfaringer med relasjoner og generell mistillit til helsevesenet kan prege pasienter som legges inn på tvang, noe som kan komme til uttrykk gjennom atferd som kan være uforståelig og, i noen tilfeller, skremmende for personalet (Snoek og Engedal, 2017; Strømstad et al., 2018; FO, 2019). Det kan være utfordrende å skape trygge og tillitsfulle relasjon i et miljø som i utgangspunktet er preget av mistillit, og Strømstad et al. (2018) skriver om viktigheten av at det finnes en kultur blant personalet der det reflekteres over møter mellom dem og pasientene. Refleksjoner om situasjoner der relasjonsbyggingen er utfordrende kan gi personalet verktøy for å håndtere sine egne følelser i vanskelige situasjoner, og sette dem i stand til å møte pasientene på en mer hensiktsmessig måte.

Som vernepleiere yter vi en tjeneste som pasientene er mottakere av, og disse relasjonene vil dermed alltid være preget av asymmetri. I flere av de utvalgte artiklene beskrev deltakerne viktigheten av å bli behandlet som likeverdige mennesker (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2014; Andreasson & Skärsäter, 2011). Helsepersonell har et ansvar for å jobbe mot å utjevne det skjeve maktforholdet, og ifølge Lorentzen et al. (2018) gjøres dette gjennom å bygge relasjoner til pasientene preget av likeverd. For deltakerne handlet dette om å bli sett som menneske uavhengig av symptomer og diagnose, og deltakerne så det som personalets ansvar å ta initiativ til å bli kjent med dem. Deltakerne opplevde at de ble forstått og fikk nødvendig støtte når personalet var villige til å lære av pasientenes personlige erfaringer (Molin & Lindgren, 2016; Wyder et al. 2016). Disse beskrivelsene kan ses i lys av det Lorem (2014) omtaler som innlevende forståelse, som handler om at helsepersonell oppnår forståelse for pasienten og dens situasjon gjennom allmennmenneskelig kontakt og samhandling med pasienten. Det var viktig for deltakere i flere av studiene at personalet satte av tid til samtaler om hverdagslige tema, og bruk av humor ble trukket fram som limet i en god relasjon (Wyder et al., 2015; Andreasson & Skärsäter, 2011; Molin & Lindgren, 2016).

Ut fra mine egne erfaringer fra praksis på akuttpsykiatrisk avdeling forstår jeg dette som at vi som helsepersonell må behandle møtene vi har med pasientene som hvilket som helst annet mellommenneskelig møte i hverdagen. Vi må vise pasientene at vi er mer enn vår profesjon, samtidig som vi gir bekreftelse til pasientene om at vi ser dem for den de er. Vernepleierens partnerrolle, som beskrevet av Brask et al. (2016), er relevant i disse møtene. Det var viktig for deltakerne i flere av de utvalgte artiklene at personalet fremsto oppriktig interessert og viste engasjement overfor dem. Ved å ta i bruk sin kompetanse på kommunikasjon kan vernepleieren bidra til å fremme gjensidig dialog i møte med pasientene. Gjensidig dialog er nøkkelen til å skape felles forståelse og et felles erfaringsgrunnlag, noe som legger godt til rette for et likeverdig samarbeid mellom partene (Brask et al., 2016).

5.2 Betydningen av tilpasset informasjon til riktig tid

Flere av deltakerne i de utvalgte artiklene fortalte om at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon om situasjonen de var i, og at manglende informasjon bidro til at de opplevde forvirring og utrygghet (Wyder et al., 2015; Andreasson & Skärsäter, 2011). Mine erfaringer fra praksis i akuttpsykiatrisk avdeling tilsier at det kan være ulike grunner til at pasientene ikke får den informasjonen de har behov for. I noen tilfeller kan det hende de ikke er mottakelige for informasjonen i det den blir gitt dem, mens i andre tilfeller blir informasjonsutvekslingen glemt i en travel hverdag eller personalet tror at informasjonen er blitt gitt av noen andre (Strømstad et al., 2018).

Informasjonen som gis til pasientene skal etter lov tilpasses den enkeltes forståelse og evne til å tilegne seg informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasienter som legges inn på tvang kan lide av psykotiske tilstander eller ha svært redusert evne til realitetsvurdering (Snoek & Engedal, 2017), og for at de skal kunne nyttiggjøre seg informasjon er det avgjørende at den er godt individuelt tilpasset og kommer til riktig tid i bedringsprosessen. Deltakerne hos Andreasson og Skärsäter (2011) var opptatt av at for mye informasjon for tidlig kunne oppleves overveldende og bidra til angst.

For at helsepersonell skal være i stand til å tilpasse informasjon til den enkelte pasient er relasjonen dem imellom av betydning. Det er gjennom interaksjon og samhandling med pasienten at helsepersonell kan oppnå forståelse for hvem pasientene er, hva som er viktig for akkurat dem og hvilke behov og ønsker de har (Lorem, 2014). Helsepersonell var opptatt av å informere pasientene ble oppfattet som respektfulle og engasjerte overfor pasientene i Wyder et al. (2015). Det kan synes som at relasjonen er av betydning for informasjonen som blir gitt, samtidig som at gitt informasjon har en positiv innvirkning på relasjonen.

5.3 Deltakelse og partnerskap

Individuelt tilpasset informasjon skal bidra til å sette pasientene i stand til å medvirke i egen behandling (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I samtlige av de inkluderte artiklene uttrykket mange av deltakerne ønske om å få større innflytelse på sitt eget behandlingsforløp. Mange følte på avmakt og manglende autonomi, da de sjeldent ble involvert i avgjørelser som angikk dem selv (Wyder et al., 2015;

Lorem et al., 2014; Andreasson & Skärsäter, 2011; Chambers et al., 2014; Molin & Lindgren, 2016). Graden av brukermedvirkning skal etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tilpasses pasientens helsetilstand, da pasientens evne til å håndtere ansvar avhenger av symptomtrykk og hvor vedkommende befinner seg i bedringsprosessen (Strømstad et al., 2018). Evnen pasientene har til å medvirke kan med andre ord være liten i starten av innleggelsen, men i løpet av bedringsprosessen vil denne evnen kunne øke. Pasientens personlige preferanser og motivasjon kan også legge føringer for den enkeltes ønske om å medvirke. Gjennom å legge innsats og tålmodighet i relasjonsbygging til pasientene, kan helsepersonell bidra til å tilpasse graden av medvirkning til pasientens forutsetninger her og nå (Strømstad et al., 2018). Vernepleiere skal gjennom studieforløpet og praksiserfaringer være godt trent i å fange opp den enkeltes forutsetninger gjennom brukerorientert arbeid (FO, 2017), noe som vil være nyttig kompetanse i denne sammenhengen.

Mange av deltakerne i de utvalgte artiklene hadde ønsket at planlegging og gjennomføring av behandling skulle foregå i et tett samarbeid mellom dem selv og behandlingspersonalet, noe som svarer til det tredje nivået av brukermedvirkning, det Hickey og Kipping (1998) omtaler som partnerskap. Gjennom partnerskap kan asymmetrien mellom pasient og personal utjevnes, og pasientene myndiggjøres til å definere sine problemer og finne løsninger for seg selv, i fellesskap med andre (Lorentzen et al., 2018, Strømstad et al., 2018). Det er viktig å understreke at partnerskap ikke nødvendigvis er det rette nivået av medvirkning for alle, noe funnene fra de utvalgte artiklene viser. For noen var det nok at deres ønsker ble tatt i betraktning i beslutninger (Wyder et al., 2015), mens noen opplevde det som en lettelse at andre tok beslutninger på deres vegne (Lorem et al., 2014).

Relasjoner, informasjon og deltakelse var i større eller mindre grad av betydning for hvordan innleggelse på tvang opplevdes for alle deltakerne i de utvalgte artiklene. Gjennom drøftingen av hovedtemaene blir det tydelig at pasientenes behov er individuelle, noe som stiller krav til at helsepersonell er i stand til å tilpasse seg den enkelte. Miljøterapi handler om å systematisk tilrettelegge det fysiske, psykiske og sosiale miljøet rundt den enkelte pasient på en sånn måte at det bidrar til at pasienten kan oppleve personlig vekst utvikling og mestring (Strømstad et al. 2018;

Lillevik og Øien, 2015). Miljøterapeutisk arbeid kan være av betydning for å redusere negative opplevelser for den enkelte pasient, da det bidrar til at pasienten opplever å bli hørt og sett, samtidig som det bidrar til at miljøet som pasientene befinner seg i gir en best mulig helende effekt (Strømstad et al., 2018). Mange av pasientene i psykisk helsevern har kroniske lidelser, og for dem kan miljøterapi være av betydning for å reintegrere pasienten inn i eget liv og sette vedkommende i stand til å mestre hverdagen, samt fungere og samhandle i det daglige. Dette synet på behandling og bedringsprosess er i tråd med WHO's holistiske syn på helse (WHO, 1947).

5.5 Metodediskusjon

Denne litteraturstudien er basert på fem studier med kvalitative forskningsmetoder, som er hensiktsmessige for å gå i dybden og få kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser og følelser (Thidemann, 2018). Gjennom kvalitative metoder kan vi avdekke mønster og faktorer som ikke nødvendigvis kan identifiseres ved hjelp av forhåndsdefinerte spørreskjemaer som benyttes i kvantitative metoder. Utvalget i kvalitative metoder er ofte begrenset, og resultatene kan dermed ikke generaliseres til den øvrige befolkningen (Thidemann, 2018).

De valgte artiklene representerer sammenlagt et utvalg på 44 kvinner og 37 menn i aldersgruppen 20-65 år fra fire forskjellige land. Kun én av studiene var gjennomført i Norge. De resterende artiklene var fra England, Australia og Sverige, og funnene i denne studien kan dermed ikke uten videre overføres til norske forhold, men kan bidra til å gi en større bredde i datamaterialet. Funnene omhandler dog i stor grad mellommenneskelige relasjoner og pasienters ønsker og behov relatert til egen behandling, og det vil være rimelig å tro at det finnes likheter på tvers av landegrenser. Fire av artiklene var skrevet på engelsk, noe som kan være en kilde til feiltolkning og misforståelser. For å redusere sjansen for feiltolkning ble artiklene lest grundig, og ordbok ble benyttet hyppig.

Det er gjort mye forskning på temaet i denne studien, og søkene ble dermed begrenset til artikler utgitt innenfor de siste ti årene. De utvalgte artiklene var nye og oppdaterte studier, men sentrale og viktige eldre studier kan ha blitt oversett. Min forståelse og erfaring fra akuttpsykiatrisk avdeling kan ha påvirket hvordan jeg har

tolket og prioritert data, og det er ikke utenkelig at noen med annen bakgrunn kunne fått et annet resultat enn det jeg gjorde.

6.0 Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvordan helsepersonell kan redusere negative erfaringer hos pasienter som opplever tvang i psykisk helsevern. Det synes som at relasjonene som skapes mellom personalet på avdelingen og pasientene er av spesielt stor betydning. Det er viktig for pasientene å bli møtt som likeverdige mennesker, og at helsepersonell ser dem for den de er, forbi symptomer og diagnose. Pasientene har behov for informasjon for å forstå situasjonen de er i og å oppleve trygghet under innleggelsen. Mengden og type informasjon må tilpasses den enkeltes helsetilstand og evne til å tilegne seg informasjon, for å unngå å bidra til ytterligere angstfølelse. Informasjon er også av betydning for at pasientene skal kunne medvirke, og de fleste av pasientene ønsket muligheten til å delta mer i egen behandling, til tross for at de er under tvungent psykisk helsevern. Pasientenes evne til medvirkning påvirkes av helsetilstand og symptomtrykk, og graden av medvirkning må tilpasses den enkelte og må evalueres dynamisk gjennom pasientens bedringsprosess. Miljøterapi er av betydning i psykisk helsevern, da systematisk og planlagt bruk av det som skjer i miljøet kan bidra til personlig utvikling og opplevelse av mestring for pasienten. Miljøterapeutisk arbeid legger til rette for individuell tilpasning under innleggelse, samtidig som at utviklingen pasienten oppnår gjennom relasjoner til personalet og samhandling på avdelingen kan sette pasienten i stand til å mestre hverdagen.

Gjennom denne studien har jeg fått ny kunnskap og innsikt i pasientenes perspektiv og hvordan våre holdninger og handlinger kan påvirke pasientene på godt og vondt. For meg er det ingen tvil om at pasientenes perspektiver og erfaringer kan gi vernepleiere og annet helsepersonell svært nyttig kunnskap som kan fremme relasjonsbygging og bidra til økt kvalitet i helsetjenesten. Jeg ønsker avslutningsvis å oppfordre til videre forskning på dette området, og gjerne rettet mot den vernepleiefaglige kompetansen.

7.0 Litteraturliste

- Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2011). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (1). 15-22.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide* (4. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Befring, A. K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Cappelen Damm Akademisk.
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Chambers, M., Gallagher, A., Borchmann, R., Gillard, S., Turner, K. & Kataris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*, 15 (50). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-50>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2017). Vernepleier. Om vernepleieryrket. Hentet 3. mai 2021 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311783-1548957789/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyra%202017.pdf>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet 3. mai 2021 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Helsebiblioteket. (2020). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 26. april 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsebiblioteket. (2020). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 19. april 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Helsedirektoratet. (2018, 8. januar). *Tvungent psykisk helsevern*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/tvungent-psykisk-helsevern/>
- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (1), 83-88. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x>
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 05 (103), 60-63. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Loem, G. (2014). *Psykisk helse: Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Cappelen Damm Akademisk.
- Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. EA. (2014). Omsorg under tvang – En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11 (02), 114-124. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>
- Lorentzen, P., Pettersen, M. & Næss, P. M. (2018). *Samværrets praksis. Bidrag til en relasjonell tilnærming i miljøarbeid*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/?ch=1
- Molin, J., Graneheim, U. H. & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care – patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11 (1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>

- Norsk senter for forskningsdata. (2021). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Prop. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse og tjenestetilbudene*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/>
- 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?q=psykisk%20helsevern>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Strømstad, J. V., Torbjørnsen, A. B. & Aasland, A. M. K. (red.). (2018). *Hvem er du? Miljøterapi i relasjoner* (2. utg.). Hertervig Forlag, Akademisk.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (1947). Constitution of the World Health Organization. *Chronicle of the World Health Organization*, 1 (1–2). 29–43.
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24 (2). 181-189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>

