

Marthe Rystad

# Erfaringer og opplevelser med tvang hos helsepersonell og pasienter

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Jørn Østvik

Mai 2022



Marthe Rystad

# **Erfaringer og opplevelser med tvang hos helsepersonell og pasienter**

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Jørn Østvik  
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Tittel:** Erfaringer og opplevelser med tvang hos helsepersonell og pasienter

**Introduksjon/bakgrunn:** Tvang og tvangsbruk er et omstridt tema. Det er forankret i det norske lovverket, og det eksisterer omfattende forskning og studier rundt temaet. Forskning og lovverk har et gjengående fokus på å redusere og forebygge bruken av tvang, men det foreligger anledning til subjektive vurderinger for utøvelse av tvang i lovverket.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan helsepersonell og pasienters egne opplevelser med tvang kan være med på å forebygge bruken av tvang.

**Metode:** Oppgaven anvender metoden *litteraturstudie*, og fordypet seg i fem ulike vitenskapelige forskningsartikler, i tillegg til annen aktuell litteratur.

**Resultat:** De samlede resultatene til de fem forskningsartiklene gav funn om pasienters og helsepersonells subjektive opplevelse ved bruk av tvang. Resultatene i artiklene ble bakgrunnen for fire hovedtemaer som ble diskutert i studien: *1. Erfaringer, 2. Relasjon, 3. Kommunikasjon og Samhandling, 4. Autonomi.*

**Konklusjon:** Både pasienter og helsepersonell gjennomgikk negative emosjonelle påkjenninger ved gjennomføring av tvang. Mangel på tillit, gode relasjoner, kommunikasjon og samarbeid var de mest gjengående faktorene som forsterket de negative opplevelsene. Relasjons- og kommunikasjonskompetanse blir derfor viktig for å forebygge negative opplevelser hos begge parter, gjennom å skape en god relasjon. Dette vil også påvirke vurderingen til bruk av tvang. Videre tiltak blir faglig utvikling hos ansatte, og undersøke andre tillitsskapende tiltak som alternativer til tvang.

**Nøkkelord:** tvang, erfaring, psykiatri, relasjon, kommunikasjon, autonomi

**Antall ord:** 7694

## Summary

**Title:** The experiences and understanding with coercion in healthcare professionals and patients

**Introduction/Background:** Coercion and coercive interventions are a controversial topic. It is rooted in Norwegian legislation, and there is extensive research and studies on the subject. Research and legislation have an ongoing focus on reducing and preventing the use of coercion, but there is possibility for subjective assessments in the legislation of when to use coercive measures.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate how the healthcare workers and patients' own experiences of coercion can help to prevent the use of coercive measures.

**Method:** The thesis uses the method *literature study*, and delves into five different scientific research articles, in addition to other current literature.

**Results:** The combined results of the five research articles provided findings on patients and healthcare professionals subjective experience when using coercion. The results in the articles were the background of four main topics discussed in the study: *1. Experiences, 2. Relationship, 3. Communication and Interaction, 4. Autonomy.*

**Conclusion:** Both patients and healthcare professionals experienced emotional stress during the execution of coercion. Lack of trust, good relationships, communication and cooperation were the most common factors that reinforced the negative experiences. Relationship and communication skills are therefore important to prevent negative experiences for both parties, by creating a good relationship. This will also affect the assessment of the use of coercion. Further measures will be professional development among employees, and further examine other confidence-building measures as alternatives to coercion.

**Keywords:** coercion, experience, psychiatry, relations, communication, autonomy

**Number of words:** 7694

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	2
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	2
<b>1.2 Avgrensing</b> .....	2
<b>1.3 Hensikt</b> .....	2
<b>1.4 Begrepsavklaring til oppgavens omfang</b> .....	2
1.4.1 Psykisk helsevern .....	3
<b>1.5 Oppgavens disposisjon</b> .....	3
<b>2.0 Teori</b> .....	4
<b>2.1 Tvang</b> .....	4
<b>2.2 Lovverk</b> .....	4
2.2.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter .....	4
2.2.2 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern .....	4
<b>2.3 Autonomi</b> .....	5
<b>2.4 Yrkesetikk</b> .....	6
2.4.1 Pliktetikk, konsekvensetikk og omsorgsetikk .....	6
2.4.2 Nærhetsetikk .....	6
<b>2.5 Kompetansetrekanten</b> .....	6
2.5.1 Teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter .....	6
2.5.2 Personlig kompetanse .....	7
<b>2.6 Relasjons- og kommunikasjonskompetanse</b> .....	7
2.6.1 Kommunikasjon .....	7
2.6.2 Relasjon .....	8
<b>3.0 Metode</b> .....	9
<b>3.1 Fremgangsmåte</b> .....	9
<b>3.2 Søkehistorikk</b> .....	10
<b>3.3 Litteratormatrise</b> .....	13
<b>3.4 Analyse</b> .....	18
<b>4.0 Resultater</b> .....	20
<b>4.1 Erfaringer</b> .....	20
<b>4.2 Relasjon</b> .....	21
<b>4.3 Kommunikasjon og samhandling</b> .....	22
<b>4.4 Autonomi</b> .....	22
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	24
<b>5.1 Erfaringer</b> .....	24
<b>5.3 Relasjon, kommunikasjon og samhandling</b> .....	25
<b>5.4 Autonomi</b> .....	26
<b>5.5 Metodediskusjon</b> .....	27
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	29
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	30

## 1.0 Innledning

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet i denne oppgaven er tvang og subjektive opplevelser hos ansatte og pasienter i situasjoner som omfatter tvang. Dette kan være som følge av tvangsinnleggelse eller andre tvangsmidler. Temaet inneholder mye forskning, særlig rundt pasienters opplevelse. For å få noen nyanser i oppgaven er det derfor inkludert både pasienters og ansattes opplevelser. Det er ønskelig å se om de to ulike ståstedene har samme oppfatning av tvang, og hvordan deres erfaringer kan brukes til å se på forebyggende faktorer mot tvangsbruk. På bakgrunn av dette skal oppgaven gjennom litteraturstudien forsøke å svare på problemstillingen «*Hvordan oppleves tvangsbruk i psykisk helsevern for både pasienter og helsepersonell? Og hvordan kan disse erfaringene bidra til å forebygge bruken av tvang?*».

Oppgaven er forankret i vernepleierfagligkompetanse med begrunnelsen at vernepleier har kunnskap om hvordan bistå personer med ulike forutsetninger, og i ulike faser av livet (FO, 2017, s.4). Eksempler på dette er eldreomsorgen, bolig for utviklingshemmede eller spesialisthelsetjenesten for psykisk helsearbeid. Vernepleiere sitter med en unik kompetanse som både omfatter sosialfag og helsefag (Nordlund et al., 2015, s. 18). Vernepleiere skal ha fokus på å øke rettssikkerhet og likeverd for individer, samt heve selvbestemmelsen til tjenestemottaker ut fra egne forutsetninger (FO, 2017, s. 7). Når vernepleieren står ovenfor situasjoner som inneholder tvang, vil det fremdeles stilles krav om å gjennomføre med både faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 3 og 4).

### 1.2 Avgrensing

Oppgaven fokuserer ikke på utvalgte diagnoser, men er avgrenset til «Psykisk helsevern» i spesialisthelsetjenesten. Samt er alle deltakerne i forskningsartiklene over 18 år, både på grunn av lovverkets ulikheter mellom barn og voksne, men også oppgavens omfang.

### 1.3 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke opplevelsen og erfaringer med tvang fra to ulike perspektiver, og videre bruke dette til å se på forebyggende faktorer mot tvangsbruk. Dette blir undersøkt ved hjelp av fem vitenskapelige artikler, samt annen relevant teori og litteratur.

### 1.4 Begrepsavklaring til oppgavens omfang

I oppgaven er begrepene: ansatt, helsepersonell og yrkesutøver brukt om hverandre for å skape en bedre språklig flyt. Der det er nødvendig å skape et skille er begrepene «ufaglært og «faglært», «sykepleier» og «lege» brukt. Begrepene tvangsbruk, tvangsinngrep og tvangstiltak er også brukt om hverandre da artiklene selv ikke har gjort noe klart skille mellom disse i sine funn.



### **1.4.1 Psykisk helsevern**

Psykisk helsevern ligger under spesialisthelsetjenesten, og omfatter undersøkelser og behandling av mennesker med psykiske lidelser (Andersen & Braut, 2021). Psykisk helsevern omfatter tjenester som gis ved frivillighet, og i spesielle tilfeller ved tvang, både for voksne og barn (Andersen & Braut, 2021).

### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er inndelt i syv ulike hovedkapitler: Innledning, teori, metode, resultater, diskusjon, konklusjon og litteraturliste. I teorikapitlet blir det beskrevet relevant litteratur og teori opp mot problemstillingen. Videre i metodekapitlet vil fremgangsmåten og gjennomføringen av litteraturstudien bli beskrevet. Deretter redegjøres funnene fra forskningsartiklene i resultatkapitlet. Så vil diskusjonskapitlet diskutere rundt resultatene opp mot den teorien som er redegjort for. Konklusjonskapitlet oppsummerer hvilke sentrale funn ble gjort, og betydningen av disse. Til slutt vil litteraturkapitlet gi en total oversikt over all inkludert litteratur.

## 2.0 Teori

### 2.1 Tvang

Befring beskriver tvang som ulike tiltak som gjennomføres mot personenes egen vilje (Befring, 2017, s. 114). Tvang kan foregå på ulike nivåer og er blitt beskrevet som yttergrenser av fire fremgangsmåter; «Å motivere noen til å gjøre noe, overtale, bruke autoritet eller utøve tvang» (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 9). Forskning som omfatter tvang deler også opp begrepet i *formell* og *uformell tvang* (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 10). Norvoll og Pedersen forklarer den uformelle tvangen som handlinger uten et formalisert vedtak. Dette utmerker seg ofte i verbale advarsler/press/trusler, og særlige betingelser som begrenser pasienters autonomi (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 11). Den formelle siden av tvangen er etablert i norsk lovverk, mer presist i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.

Opplevelse av tvang kan ikke avgrenses til formelle definisjoner. Aasen (2009, s. 6) henviser til en undersøkelse der funnene viser til at pasienter opplever tvang når det er manglende frihet, valgmuligheter, innflytelse og særlig når de ikke selv tar valget om å legges inn på sykehuset. I tillegg opplever pasienter en følelse av tvang i form av ytre trusler, press og andre faktorer som påvirker opplevelsen av frivillighet (Aasen, 2017, s. 6), selv om de legges inn på frivillighet.

### 2.2 Lovverk

#### 2.2.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasient- og brukerrettighetslovens hensikt er å forsikre at alle i samfunnet har samme adgang og kvalitet til helse- og omsorgstjenester, ved å sørge for pasienters rettigheter innenfor dette området (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Videre er formålet til loven å bistå til å forsterke tillitsforholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten, ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd, samt fremme sosial trygghet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Loven bygger videre på en hovedregel om samtykke, og ingen helsehjelp kan gis uten pasientens eget samtykke. I enkelte tilfeller kan det foreligge annet rettslig grunnlag for å gjennomføre helsehjelp uten et slikt samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Befring (2017, s. 53) beskriver også «omsorgsplikten» hos helsepersonell som fremkommer i pasient- og brukerrettighetsloven §4-6. Når pasienter ikke er i stand til å ta rasjonelle beslutninger som omfatter egen helse, blir helsepersonell forpliktet til å ta avgjørelsene på vegne av pasienten (Befring, 2017, s. 53).

#### 2.2.2 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern har som formål å sikre at menneskerettighetene og essensielle rettssikkerhetsprinsipper blir ivaretatt under etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernlov, 1999, §1-1).

Helsehjelpen skal videre tilpasses med hensyn til individets egne psykiske og fysiske integritet i adekvans til selvbestemmelsesretten, pasientens egne behov og respekt for menneskeverdet (Psykisk helsevernlov, 1999, §1-1). Disse bestemmelsene gjelder for de som mottar behandling i det som defineres som «Psykisk helsevern» (Psykisk helsevernlov, 1999, §1-1a).

Før etablering av tvungent psykisk helsevern skal frivillighet være forsøkt, dette utdypes i Psykisk helsevernloven (1999) kapittel 2. Psykisk helsevernlov kapittel 3 forklarer og kontrollerer etableringen av eventuelt tvungent psykisk helsevern. Et slikt vern gir spesialisthelsetjenesten mulighet til at pasienten holdes igjen mot eget ønske, og kan hentes tilbake med tvang om nødvendig (Snoek & Engedal, 2017, s. 292). Når tvungent psykisk helsevern vurderes, stilles det ett hovedkrav og ett tilleggskrav (Snoek & Engedal, 2017, s. 293). Hovedkravet er tilstedeværelse av en alvorlig sinnslidelse, mens tilleggskravet omfatter om at gjeldende pasient enten; *1) får sin bedring avgjørende redusert, eller det er stor sjanse for at gjeldenes tilstand blir betydelig forverret, 2) er en sannsynlig og reell fare for andre eller eget liv og helse* (Snoek & Engedal, 2017, s. 293).

Psykisk helsevernlov §4-8 gir i enkelt tilfeller helsepersonellet særlige tillatelser for bruk av andre tvangsmidler ved døgnopphold i institusjon (Snoek & Engedal, 2017, s. 296). Tvangsmidler her regnes som metoder for å berolige eller korrigere atferd, f.eks. mekaniske tvangsmidler, skjerming og kortvarig fastholdning (Snoek & Engedal, 2017, s. 296). I disse tilfellene vil det fattes et «enkeltvedtak» for bruk av slike tvangsmidler, og andre mildere midler skal på forhånd være forsøkt uten effekt (Snoek & Engedal, 2017, s. 296).

### 2.3 Autonomi

Begrepet «autonomi» er sammensatt og komplekst, men kan kort forklares som; «... en person som bestemmer over sitt eget liv.» (Bakken, 2015, s. 177). Denne beskrivelsen bygger på ideen om at mennesker har en fri og egen vilje (Bakken, 2015, s. 177).

Bakken (2015, s. 178) setter selvbestemmelsesbegrepet og autonomibegrepet i sammenheng med hverandre. Selvbestemmelse omhandler også muligheten for å ta både store og små valg i hverdagen, f.eks. hvilket frokostpålegg man ønsker eller hva man ønsker å studere (Bakken, 2015, s. 178).

Autonomi sett opp mot helsetjenesten vil innebære den individuelle beslutnings- og handlingsfriheten til å enten motta eller si ifra seg helsetjenester (Befring, 2017, s. 52). Det presiseres at en forutsetning for slike beslutninger er å vise evne til forståelse ovenfor egen situasjon (Befring, 2017, s. 52). Dersom det oppleves at dette er mangelfullt hos pasienten kan helsepersonell ha muligheten til å vurdere hjelp som påtrengende nødvendig, og da vil hjelpeplikt gå foran autonomien (Befring, 2017, s. 52).

## 2.4 Yrkesetikk

Etikk er det bevisste resonnementet individer gjør om egne handlinger, atferd og handlinger for å unngå og glemme eller krenke personlige verdier, eller heve realisasjon av disse verdiene (Lingås, 2008, s. 20).

### 2.4.1 Pliktetikk, konsekvensetikk og omsorgsetikk

Befring (2017, s. 48-51) beskriver tre ulike former for etikk; *pliktetikk, konsekvensetikk og omsorgsetikk*. Pliktetikk fokuserer på handlingen selv, og innebærer at handlingen eller unnlatsen må være moralsk riktig (Befring, 2017, s. 48). «Handlingen skal være så etisk riktig som mulig ut fra omstendighetene. ... De rettslige pliktene helsepersonell pålegges, som forsvarlighetsplikten, bygger på en pliktetisk tilnærming.» (Befring, 2017, s. 48-49).

Konsekvensetikk innebærer at konsekvensene selv vektlegges i en vurdering opp mot handling kan regnes som moralsk riktig (Befring, 2017, s. 49). I omsorgsetikken vurderes selve samspillet med f.eks. pasient og helsepersonell (Befring, 2017, s. 50). «Det retter oppmerksomheten mot hva som er riktig omsorg ut fra forholdet mellom pasientens sårbarhet og helse- og omsorgstjenesten.» (Befring, 2017, s. 50).

### 2.4.2 Nærhetsetikk

Lorentzen (2015, s. 48) beskriver «nærhetsetikk» som en tilnærming som oppstår og utformes i situasjonen selv, etikken fremkommer av hvordan handlingene blir utført. Den er bundet til en konkret praksis, som igjen baserer seg på situasjonsforståelse og situasjonsfølsomhet (Lorentzen, 2015, s. 48). Etske handlinger kan ikke bare sees på som subjektive eller løsrevet fra en større sosial sammenheng (Lorentzen, 2015, s. 48). Lorentzen (2015, s. 48) beskriver videre at for å handle etisk må individet vedkjenne seg som en del av handlingen og ikke minst engasjere seg i det som foregår. «Personers deltakelse i hendelser er enestående, og ingen er utbyttbare» (Lorentzen, 2015, s. 48).

## 2.5 Kompetansetrekanten

Kompetansetrekanten består av teoretisk-, yrkesspesifikk- og personlig kompetanse (Skau, 2017, s. 58). Det er tre faktorer som tett påvirker hverandre, og sammen utgjør det som kalles «samlet profesjonell kompetanse» (Skau, 2017, s. 58). Den profesjonelle kompetansen arter seg i de enkelthandlingene vi utfører som yrkesutøvere, men i ulik grad (Skau, 2017, s. 58).

### 2.5.1 Teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter

Skau (2017, s. 59) beskriver den teoretiske kunnskapen som den fagkunnskapen som profesjonen rommer. Her omfattes for eksempel ulike begreper, teorier og lovverk. Den teoretiske kunnskap er allmenn og upersonlig (Skau, 2017, s. 59).

Yrkesspesifikke ferdigheter forklares som «håndverket» i profesjonene (Skau, 2017, s. 59). Dette vil f.eks. være teknikker og praktiske ferdigheter, som kjennetegner spesifikke

yrker. «Kunnskapsformen er her overveiende praktisk, teknisk og metodisk» (Skau, 2017, s. 60).

### **2.5.2 Personlig kompetanse**

Personlig kompetanse er en særegen sammensetning av individuelle verdier, holdninger, kvaliteter og ferdigheter som vi justerer til en profesjonell sammenheng. En slik kompetanse utvikles gjennom erfaringer og refleksjon rundt disse erfaringene (Skau, 2017, s. 61). Denne siden av trekanten er særlig viktig i yrker der samspill med mennesker står sentralt (Skau, 2017, s. 61). Den personlige kompetansen vil også styre hvor langt en kan nå med sine teoretiske- og yrkesspesifikke egenskaper (Skau, 2017, s. 61). «Personlig kunnskap er unik» (Skau, 2017, s. 61), og representerer en kunnskapsform som ikke kan bli redegjort for teoretisk da den er individuell og unik for hvert enkelt menneske (Skau, 2017, s. 61).

#### **2.5.2.1 Emosjoner i vurderinger**

Følelser kan påvirke menneskets dømmekraft både positivt og negativt (Eide & Eide, 2017, s. 96). Ulike følelser som f.eks. sinne og ubehag, bidrar til å vise oss at her er det noe med situasjonen som ikke stemmer og påpeke moralske utfordringer som en ikke var oppmerksom over (Eide & Eide, 2017, s. 96-97). I tillegg kan disse følelsene påvirke vår egenskap til å gjøre gode faglige vurderinger og handlinger (Eide & Eide, 2017, s. 97).

Lerner et al. (2015, s. 803) redegjør for integrerte emosjoner. Integrerte emosjoner oppstår som følge av en avgjørelse som foreligger, altså en følelse opp mot en vurdering/handling. Disse emosjonene er innflytelsesrike når en får kognitiv informasjon som foreslår flere alternative handlingsmåter, og kan være vanskelig å se bort fra. Samtidig viser rapporter integrerte følelsesinput, særlig perseptuelt levende, kan overstyre det som ellers ville vært rasjonelle handlingsmåter (Lerner et al., 2015, s. 802-803).

## **2.6 Relasjons- og kommunikasjonskompetanse**

### **2.6.1 Kommunikasjon**

Røkenes og Hanssen (2017, s. 241) beskriver god kommunikasjon som når budskapet som blir sendt samsvarer med det som blir mottatt. Personorientert kommunikasjon utgjør god faglig kommunikasjon og består av fire deler; anerkjennelse av pasientens perspektiv, forståelse av pasientens psykososiale forhold, oppnå en felles forståelse med hensyn til pasientens verdier og fremme selvbestemmelse og kontroll til pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). I tillegg blir kommunikasjon i relasjoner en formidling gjennom både verbale og nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 17). Utfordringer i kommunikasjonsprosessen oppstår når det er manglende bevissthet på hva en selv ønsker å formidle, eller manglende samsvar med ordvalg og kroppsspråk (Skau, 2017, s.

96-97). Vi kan ikke kontrollere hvordan mottakeren tolker budskapet (Skau, 2017, s. 97).

Bekreftende kommunikasjon er viktig for å danne en god relasjon, i form av at det skaper tillit og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 155). Bekreftende kommunikasjon kan beskrives som at en verbalt gir uttrykk for at man har hørt og forstått det sentrale i det den andre formidler (Eide & Eide, 2017, s. 155). Slike bekreftende ferdigheter fungerer godt i situasjoner som er preget av usikkerhet (Eide & Eide, 2017, s. 155). Eide & Eide (2017, s. 157) beskriver at empati er en viktig og grunnleggende faktor for bekreftende kommunikasjon, men også en forutsetning for godt helsefaglig arbeid. Empati kan forklares som evnen til å sette seg inn i andres situasjoner og få en forståelse for andres følelser/reaksjoner/tanker (Eide & Eide, 2017, s. 157).

### **2.6.2 Relasjon**

Essensielle faktorer i en relasjon, er tillit og krenkelser. Tillitt er noe som må bygges over tid, og krenkelser kan rive ned det som har blitt bygd opp (Skau, 2017, s. 35). En viktig del av profesjonsutøvelse er derfor det å være oppmerksom på det en gjør, og hvordan dette vil påvirke andre (Skau, 2017, s. 35). Pasienters møte med fagfolk kan oppleves krenkende når fagfolk er mer opptatt av egne teoretiske rammer, enn det pasienten selv formidler (Skau, 2017, s. 37).

Røkenes og Hanssen beskriver grunnleggende holdninger til hverandre som det essensielle i hvordan relasjonen utvikler seg. Her skiller de mellom 1) *den andre som subjekt*, som fremstiller hen som eget individ som selvstendig aktør og meg egne opplevelser. 2) *Den andre som likeverdig*, andres følelser og opplevelser er like mye verdt uavhengig av status og utgangspunkt. 3) *Den andre som objekt*, fra et upersonlig aspekt reifiserer vi den andre. 4) *Den andres opplevelser forstått intersubjektivt og kontekstuellet*, «opplevelser er alltid kontekstuelle» og må forstås i situasjonen en selv og andre står i. (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 178).

### 3.0 Metode

Oppgaven er basert på et litteraturstudie som følger standarden beskrevet i Thidemann (2019). Det ble gjennomført litteratursøk som skulle innhente litteratur og informasjon (Thidemann, 2019, s. 77-78), for å besvare problemstillingen «*Hvordan oppleves tvangsbruk i psykisk helsevern for både pasienter og helsepersonell? Og hvordan kan disse erfaringene bidra til å forebygge bruken av tvang?*». Gjennomføringen av litteratursøket var en gjentakende prosess (Thidemann, 2019, s. 81), der gode søkeord og artikler ble loggført underveis. I tillegg ble søkene og artiklene gått tilbake til og gjennomgått flere ganger for å finne videre inspirasjon til litteratursøkene. Gjengående gjennom hele prosessen ble IMRaD-strukturen (Introduksjon, Metode, Resultat, Diskusjon) brukt for å aktivt sjekke om artiklene var aktuelle for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 30-31). Her var det mulig å effektivt finne frem til både introduksjon og resultat uten å bruke for mye tid på å lete i tekstene.

#### 3.1 Fremgangsmåte

Prosesen startet med flere innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s. 81) i databasene Oria og Google Scholar. Dette var for å få en oversikt over den faglige bredden som lå tilgjengelig, og hvor det faglige fokuset lå på de ulike artiklene (Thidemann, 2019, s. 81). Disse innledende søkene ble det videre grunnlaget for «kjernebegrepene» som ble brukt videre i de systematiserte søkene; «Coercion» og «Psychiatric». Videre inspirasjon for utvikling av nye søkeord ble hentet fra andre studentoppgaver- og forskningsartiklers nøkkelord i deres sammendrag (Thidemann, 2019, s. 81-82). Etter hvert ble ulike kombinasjoner av slike ord og begreper mer tilpasset egen problemstilling, og anført i det systematiserte søket.

De neste søkene som ble foretatt var systematiserte, altså både planlagt og dokumentert (Thidemann, 2019, s. 82). Ved de systematiserte søkene, ble det også gjennomført en manuell gjennomgang av søkeresultatene. Ved søkeresultat over 75 artikler, ble kun de første 75 artikkeltitlene gjennomgått. Bedømt ut fra tittelens relevans for min problemstilling, ble sammendraget på artiklene skimlest. Dersom sammendraget var relevant etter skimlesingen, ble artikkelen tatt med for videre vurdering (Thidemann, 2019, s. 30). Flere sammendrag ble lest, men artiklene ble forkastet på bakgrunn av manglende relevans mot problemstillingen.

Inklusjonskriteriene var; utgivelse etter 2012, psykiatri og land innenfor Europa.

Eksklusjonskriterier var; utgivelse før 2012, manglende IMRaD-struktur og ikke overførbart til norske forhold (Thidemann, 2019, s. 84). Enkelte av inklusjonskriteriene, som blant annet utgivelsestidspunkt, var inkludert i deler av det systematiske søket. Likevel ble både inklusjons- og eksklusjonskriteriene hovedsakelig vurdert i

skumllesingen, og den manuelle gjennomgangen av artiklene (Thidemann, 2019, s. 83-84).

I inkluderingsarbeidet av artikler ble det også sett på som hensiktsmessig om studiene hadde brukt en kvalitativ metode. Dette på bakgrunn av at problemstillingen i oppgaven ønsket å se på personers egne erfaringer, opplevelser og følelser (Thidemann, 2019, s. 76). Etter de fem forskningsartiklene hadde blitt valgt ut, var det fire som hadde brukt kvalitativ metode for sin studie (Chambers et al., 2015; Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al., 2014; Verbeke et al., 2019). Artikkelen til Krieger et al. (2021) hadde benyttet seg av en kvantitativ metode, men ble likevel inkludert i litteratursøket basert på funnenes relevans opp mot både erfaring og forebygging av tvang.

Etter de fem vitenskapelige forskningsartiklene var valgt ut, ble det gjennomført en kvalitetsevaluering av hver enkelt artikkel. Først ble Helsebibliotekets (2016) sjekklister brukt som verktøy. Disse ble dannet som pedagogiske instrument for å kunne vurdere vitenskapelige artikler med et mer kritisk blikk (Thidemann, 2019, s. 91). For de fire artiklene som hadde brukt kvalitativ metode (Chambers et al., 2015; Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al., 2014; Verbeke et al., 2019), ble det brukt «sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie» (Helsebiblioteket, 2016). Ingen spesifikk sjekklister for metoden brukt i studien til Krieger et al. (2021) var presentert på Helsebiblioteket (2016). Derfor ble kvalitetsvurderingen godkjent på bakgrunn av de øvre spørsmålene som ble fremstilt på nettsiden til Helsebiblioteket (2016).

Videre ble tidsskriftene for forskningsartiklene lagt inn i Register over vitenskapelige publiseringskanaler (Kanalregister) en og en, for å sjekke nivået på tidsskriftene. Det deltes inn i nivå en og to, der nivå to var høyeste rang (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Eksempelvis lå tidsskriftet «Nursing ethics» vurdert på nivå to, og «Tidsskrift for psykisk helsearbeid» lå vurdert som nivå 1 (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

### **3.2 Søkehistorikk**

*Tabell 1* viser dokumentasjonen av de systematiserte søkene som ble gjort.

Dokumentasjonen er blitt systematisert ved hjelp av søkenummer, dato, database, søkeord og antall treff (Thidemann, 2019, s. 89).



Tabell 1. Søkehistorikk.

Dato	Søk nr.	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
20.04.22	1	Coercion Mental health Staff	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>	212	3	0	0
22.04.22	2	Tvang Psykisk helse	<b>Søkemotor: Idunn</b>  Utgivelse siste 10 år Forskningsartikkel <i>Nøkkelord:</i> coercion	4	2	2	1 «Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern»
23.04.22	3	Patients coercion psychiatric ward	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>	194	6	2	0
23.04.22	4	Psychiatric patients perspective coercion	<b>Søkemotor:</b> <b>Pubmed</b>  Full tekst	95	5	1	1 «Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff»
23.04.22	5	Coercion Mental illness study	<b>Søkemotor:</b> <b>Pubmed</b>  Full tekst Utgivelse siste 10 år	530	4	1	1 «Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex- patients»
25.04.22	6	Patients Psychiatric ward	<b>Søkemotor:</b> <b>Idunn</b>  Vitenskapelig artikkel	4	1	0	0
25.04.22	7	Patients Psychiatric ward Experience	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>  Psychiatry Social work Utgitt i 2022	7	3	1	0
27.04.22	8	Staff experience coercion Psychiatric ward	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>	59	2	1	1 «Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions»
02.05.22	9	Nurses coercion experience Psychiatric ward	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>	25	3	0	0

02.05.22	10	Nurses views on seclusion and coercion	<b>Søkemotor:</b> <b>Web of science</b>  Artikler	10	2	1	1 <b>«Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses»</b>
----------	----	--	--	----	---	---	---

### 3.3 Litteratormatrise

De fem utvalgte forskningsartiklene er blitt oppsummert og fremstilt i litteratormatriser som presenteres i Tabell 2, 3, 4, 5 og 6 Litteratormatrise. Her presenteres oversikten aktuelle variabler for litteraturstudien fra de inkluderte artiklene.

Tabell 2. Artikkel 1.

<b>Artikkel</b>	<p>Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. &amp; Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, 11(2), 114-124. <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03</a></p>
<b>Land: Norge</b>	
<b>Hensikt</b>	<p>Øke kunnskapen om hvordan ivaretagelsen av pasienter med en psykolidelse er under sykehusinnleggelse, og videre se på når tvangen oppleves som akseptabel. I tillegg til hvordan tjenesteytere kan delta i forebygging av negative opplevelser i forbindelse med tvang.</p>
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ metode. Intervju av pasienter med lydopptak, som ble bearbeidet og vurdert i NVivo 9.0. Forskerne brukte en tematisk narrativ analyse.</p>
<b>Utvalg</b>	<p>Ni personer deltok. Fem menn og fire kvinner i en alder mellom 20-50 år. Inklusjonskriterier var at det var pasienter med erfaring fra spesialisthelsetjenesten, og derfor ble de rekruttert gjennom rehabiliterings- og subakuttavdelinger ved et norsk psykiatrisk sykehus. I tillegg måtte deltakerne være innlagt eller i behandling for en psykoselidelse de siste 6 måneder.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p><b>Tvang som ikke hjelper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortvilende, unødvendig og imot egne interesser</li> <li>• Økende mistenksomhet og mistro mot personal</li> <li>• Så tvang i sammenheng med relasjonen til personalet</li> <li>• «Opplevd» tvang og manglende innflytelse</li> </ul> <p><b>Tvang som ivaretar eller beskytter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunne oppleves som ivaretagelse</li> <li>• Gode opplevelser på bakgrunn av gode relasjoner og dialoger</li> <li>• Gjensidighet og åpenhet som alternativ til tvang</li> <li>• Forståelse for tvang i gitte situasjoner</li> </ul> <p><b>Annerkjennelse, empati og innflytelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjengående appell om behovet for empati</li> <li>• Annerkjennelse av følelser, oppfatninger og erfaringer</li> <li>• Viktighet av verbal og nonverbal kommunikasjon</li> <li>• Informasjon og åpen dialog etter utførelse av tvang</li> <li>• Vanskelig å medvirke i egen behandling</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	<p><b>Styrker:</b> Intervjuene er beskrevet som balanserte, og tar for seg både negative og positive erfaringer fra behandlingen. Deltakerne har reflektert rundt dette, og materialet anses derfor som informasjonsrikt. Det er brukt direkte sitater og skildringer fra deltakerne, som styrker studiens reliabilitet.</p> <p><b>Svakheter:</b> Få intervjuobjekter med deres personlige syn og opplevelse på tvang i behandling. Artikkelen har et ensidig fokus fra pasientenes side, gir ikke nyanser i funnene. Grunnet at studien er basert på ni personer kan ikke materialet generaliseres til en hel samfunnsgruppe.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Studiens funn dekker pasienters egne opplevelser ved tvang, og videre hvordan helsepersonell kan jobbe forebyggende mot negative opplevelser.</p>
<b>Etiske overveielser</b>	<p>Godkjent av personvernombud for forskning gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studien var basert på samtykke, og forutsetningen var at deltakeren ikke var i en aktiv psykotisk fase slik at samtykke var eksplisitt. Deltakerne hadde mulighet til å trekke seg underveis.</p>

Tabell 3. Artikkel 2.

<b>Artikkel</b>	Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. <i>Nursing Ethics</i> , 21(4), 426-436.
<b>Land: Norge</b>	<a href="https://doi.org/10.1177%2F0969733013503601">https://doi.org/10.1177%2F0969733013503601</a>
<b>Hensikt</b>	Undersøke hvordan pasienter og ansatte opplever tvang i norske låste psykiatriske avdelinger.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Intervju og observasjon av deltakerne over en periode på fire måneder i 2010. Under observasjon oppstod det ofte spontane samtaler som ble brukt i studien.
<b>Utvalg</b>	Tolv pasienter deltok, ni menn og tre kvinner med ulike psykiske diagnoser. Alderen strekte seg mellom 17-53 år. Å være innlagt på tvang var ikke et krav. Tjueto ansatte deltok, fjorten menn og åtte kvinner. Utdannelsen varierte fra psykiatere, sosionomer, sykepleiere og noen få ufaglærte. Alderen strekte seg mellom 20-60 årene.
<b>Hovedfunn</b>	<p><b>Retningslinjer og husregler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter opplevde seg mindreverdige når mye korrigerende var til stede, manglende fleksibilitet fra ansatte og husregler.</li> <li>• Ansatte var delt om hvor strengt regimet skulle overholdes. Opplevde selv at pasientene ble krenket, men la selv skylden på systemet.</li> </ul> <p><b>Nødvendig tvang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter hadde forståelse for tvangsbruk i enkelte situasjoner, men opplevde likevel at varigheten var for lang. Selv om det var nødvendig, var det ingen god opplevelse. Flere opplevde at de ble «frivillig innlagt på tvang».</li> <li>• Ansatte så tvang som mer et nødvendig verktøy for sikkerhet. Tvang ble også sett på som en del av pasientens behandling.</li> </ul> <p><b>Betydningen av omgivelsene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter opplevde at sykehusets utforming var med på å gjøre dem «mindre». Gangen var blant annet bygd slik at ansatte kunne ha fullt overblikk over dem til enhver tid.</li> </ul> <p><b>Bli behandlet som et menneske</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter skildret at det å bli behandlet som vanlige mennesker, og ikke som en diagnose hadde betydning.</li> <li>• Ansatte mente hvordan de opptrådte mot pasientene var en forutsetning for hvordan situasjonen utviklet seg. Viktig å få dem til å føle seg sett, hørt og inkludert. Behandle de på lik linje med andre mennesker, og se behovet dem ut fra dette.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	<p><b>Styrker:</b></p> <p>Studien tar for seg erfaringer både fra ansatte og pasienter, som byr på flere nyanser. Det blir også tatt for seg positive og negative opplevelser ved tvang, som gir et informasjonsrikt innhold. Studiens reliabilitet styrkes opp ved bruk av direkte sitat fra deltakerne i resultatene.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Noen pasienter er innlagt på tvang, andre ikke. Dette gjøres det ikke et skille for i resultatdelen, slik at det kan påvirke hvor valid resultatene er. Det er også en skjevfordeling mellom pasienter som deltakere, og ansatte, som påvirker hvor god nyansen av synspunkt blir. En kvalitativ metode vil ikke være generaliserende for alle som går gjennom tvang i behandling.</p>
<b>Relevans</b>	Redegjør for funn som tar for seg hvordan både pasienter og ansatte opplever tvang i Norge. I tillegg viser funnene til ulike synspunkt fra ansatte, og det subjektive i helsepersonellet.
<b>Etiske overveielser</b>	Studien er akseptert av «the National Committee for Medical Health Research Ethics». Alle deltakerne hadde gitt informert og frivillig samtykke. Alle deltakerne ble holdt anonyme.

Tabell 4. Artikkel 3.

<b>Artikkel</b>	Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 223, 89-96. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12199">https://doi.org/10.1111/jpm.12199</a>
<b>Land: Belgia</b>	
<b>Hensikt</b>	Bruke pasienters forutsetningene fra pasientene i forbindelse med tvang, til å foreslå en modell av relasjonsaspektene som tar sted.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med dybdeintervju, der det ble stilt åpne spørsmål rundt makt og tvang. Intervjuene ble tatt opp for påfølgende ordrett transkripsjon på Nederlandsk. Dataene ble analysert ved bruk av IPA.
<b>Utvalg</b>	Deltakerne bestod av tolv personer med ulike psykiske helseproblemer. Fem var rekruttert gjennom en samfunnsbasert organisasjon for mennesker med psykiske vansker. Syv var rekruttert gjennom snøball-metoden, uten at dette er ytterlig spesifisert. Inklusjonskriterier var at deltakerne måtte snakke nederlandsk, siste innleggelse måtte senere enn 2007, og de som enda var under boligomsorgen ble ekskludert. Seks av deltakerne hadde en utdanning innenfor psykisk helse, og fire av disse hadde jobbet i psykisk helsetjeneste før egen innleggelse.
<b>Hovedfunn</b>	<p><b>Segregering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter segregerte seg fra hverandre fra ansatte, og omvendt. Deltakerne skildret at det ble «oss og dem».</li> </ul> <p><b>Desubjektivering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltakerne opplevde at subjektive aspekter ved dem selv forsvant under tvangsinnleggelse, og kun ble en «pasient».</li> <li>• Deltakerne oppfattet også helsepersonellet som mindre menneskelig, og heller styrt av teknikk og standardiserte prosedyrer. Det opplevdes som de var mer opptatt av å overholde prosedyrene enn å investere i en åpen interaksjon.</li> </ul> <p><b>Makt i interaksjoner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tvang svekket kontakten mellom helsepersonell og pasienter.</li> <li>• Begge grupper objektiverer hverandre, uten individuelle forutsetninger.</li> <li>• Relasjonen opplevdes mer praktisk enn genuin.</li> <li>• Ansatte avgjorde hvilke emner som skulle legges fokus på, og hvilke som skulle ignoreres. Dette gjorde at deltakerne ikke følte deres egne synspunkter og tanker ikke var betydelige.</li> <li>• Manglende kommunikasjon gjorde tiltak tvungent.</li> </ul> <p><b>Positive tilnærminger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• God relasjon mellom pasient og ansatt utgjorde at tvangstiltak ikke opplevdes tvungen, men hjelpsomt.</li> <li>• Viktigste aspektene var å danne et bånd over tid, tillit, bli tatt seriøst og deltakelse.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	<p><b>Styrker:</b></p> <p>Resultatene er systematisk presentert etter aktualitet og betydning av funn. Metoden består av dybdeintervju, som styrker reliabiliteten på bakgrunn av at det er lettere å tilspisse gjennomføringstidspunktet etter deltakernes symptomtrykk. Det er også brukt direkte skildringer fra deltakerne, som understreker de resultatene som er redegjort for. Enkelte av pasientene har også faglig bakgrunn i psykisk helse, som bidrar til at de har ett mer helhetlig forståelse av tvang.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Det er ikke presisert om pasientene er lagt inn på tvang, eller frivillighet, noe som noe som gjør at funnene baserer seg på subjektive oppfatninger. Antallet deltakere, i tillegg til at det er en kvalitativ studie, bidrar til at det ikke er tilstrekkelig for å kunne generalisere for et helt samfunn.</p>
<b>Relevans</b>	Studien viser hvorfor tiltak med tvang føles tvungent, og når de ikke gjør det. Videre viser funnene til hvordan pasientene opplever relasjonen til ansatte, og hvilke aspekter som påvirker en god relasjon, som er overførbart til positive opplevelser ved innleggelse.
<b>Etiske overveielser</b>	Studien var godkjent av den etiske komiteen av «the Faculty of Psychology and Educational Sciences of Ghent University». Alle deltakerne mottok informasjon mottok informasjon om studiens formål og egne rettigheter på informasjon. Det ble gitt skriftlig samtykke, og deltakerne hadde lov til å trekke seg underveis.

Tabell 5. Artikkel 4.

<b>Artikkel</b>	Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 28 (2), 149-162. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12643">https://doi.org/10.1111/jpm.12643</a>
<b>Land: Tyskland</b>	
<b>Hensikt</b>	Undersøke generelle holdninger, syn og tilhørende emosjoner mot tvangsinngrep hos ulike yrkesmessige grupper i psykiatrien.
<b>Metode</b>	En utforskende tverrsnittstudie gjennomført gjennom en nettundersøkelse ved hjelp av verktøyet SACS. Det ble også brukt andre nyutviklede elementer, uten at dette er presisert ytterligere.
<b>Utvalg</b>	138 anonyme og frivillige ansatte på et stort psykiatrisk sykehus i Hamburg. Det var ikke pålagt å ha vært del av tvangsinngrep for å delta i studien. Majoriteten hadde likevel vært nært involvert i tvangsinngrep. Ingen inklusjons- eller eksklusjonskriterier var pålagt annet enn at en var ansatt.
<b>Hovedfunn</b>	<p><b>Ansattes syn på tvang og reflekterende intervensjoner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tvang ble sett på som et «nødvendig» onde (90%), og blir brukt for å forsikre ansattes sikkerhet</li> <li>• Ansatte er bevisste på at tvang er en emosjonell byrde for pasienter, men også for med-pasienter og ansatte selv.</li> <li>• Betydningsfullt å være åpen med pasienten om dens behandling, og forklare hvorfor det ble brukt tvangstiltak. Under halvparten svarte at dette var rutine.</li> </ul> <p><b>Ansattes følelser relatert til tvangstiltak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansatte fikk medfølelse for pasienten under tvangsinngrep</li> <li>• Kvinner opplevde mer hjelpeløshet og sorg enn menn</li> <li>• Menn opplevde en form for maktfølelse ved gjennomføring av tvang</li> <li>• Sykepleiere følte seg mer desperate ved gjennomføring enn det leger gjorde</li> <li>• Eldre og mer erfarne ansatte opplevde mer sinne og skam enn de yngre ansatte</li> </ul> <p><b>Faktorer som øker sannsynligheten for bruk av tvangsinngrep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høyt stressnivå på avdeling</li> <li>• Tilstedeværelse av enkelte ansatte</li> <li>• Pasientens tilstand, og historikk med utagering i avdeling.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	<p><b>Styrker:</b> Antallet styrker opp reliabiliteten i studien, da det kan generaliseres for ansatte i psykiatrien. Studien foregikk som en anonym nettundersøkelse, noe som generelt vil redusere muligheten for partiske svar. Den tar også for seg tre ulike påvirkningsfaktorer, holdninger/synspunkt/emosjoner, for ansattes opplevelse og erfaring. Dette gir mer nyanserte og mer fullstendige resultater.</p> <p><b>Svakheter:</b> Studien ble kun gjennomført på ett sykehus, og en kan dermed ikke totalt utelukke sosial ønskelighet i svarene. Spørsmålene i spørreundersøkelsen kunne være «Hvilken av disse følelsene opplever du når du tenker på gjennomføring av tvangstiltak?», og en kan ikke anta at tanken på gjennomføring og den faktiske gjennomføringen fremkaller de samme følelsene. Svarprosenten var kun på 13.8%, slik at det kan være en utvalgsskjevhet i svargruppen. Siden studien var frivillig og anonym kan det hende at det er kun ansatte som er meget interesserte i temaet som har deltatt, og derfor ikke representativt for hele institusjonen. En av medforfatterne jobber ved sykehuset undersøkelsen er foretatt, som kan ha påvirket hvordan deltakerne har svaret eller hvordan resultatene blir vurdert.</p>
<b>Relevans</b>	Redegjør for funn som viser til ansattes følelser som fremkommer under tanken på gjennomføring av tvangstiltak. I tillegg til kommunikasjon og refleksjon rundt tvangen. Videre dokumenterer den også faktorer som kan øke sannsynligheten for tvangsbruk i institusjonen.
<b>Etiske overveielser</b>	Undersøkelsen var frivillig og anonym. Deltakerne kunne trekke seg underveis. Deltakerne fikk informasjon om formålet med studien gjennom et informasjonsskjema. Alle mottok kontaklinformasjon til hovedforfatteren til studien, i tillegg til lederen av sykehuset. Studien er godkjent av «the ethics committee of the German Association of Psychology».

Tabell 6. Artikkel 5.

<b>Artikkel</b>	Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V. & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 22(5), 289-297. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12199">https://doi.org/10.1111/jpm.12199</a>
<b>Land: England</b>	
<b>Hensikt</b>	Undersøke hvilke tanker og følelser erfarer psykiatriske sykepleiere ved håndtering og omsorg av pasienter som er opprørt og plaget i akutte psykiatriske settinger.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Intervju av tre fokusgrupper som bestod av 3-5 deltakere. Deltakerne var påkrevd å gjennomføre et kort sosiodemografisk spørreskjema i etterkant. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som ble transkribert ordrett og utsatt for induktiv innholdsanalyse
<b>Utvalg</b>	Deltakerne bestod av 12 sykepleiere (7 kvinner og 5 menn) som jobbet i voksen akuttpsykiatri. Majoriteten var mellom 31-40 år, hadde 1-5 års erfaring og hadde jobbet på daværende arbeidsplass mellom 6-15 år. Inklusjonskriteriene var å være udannet sykepleier, nåværende jobbe på en akuttseksjon og har vært involvert i minst en «aggressiv» situasjon.
<b>Hovedfunn</b>	<p><b>Emosjonell og kognitiv dissonans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sårbarhet, frykt og angst var de mest tilsynelatende følelsene som gjentok seg hos deltakerne når en måtte ty til tvang.</li> <li>- Deltakerne opplevde kognitiv dissonans ved bruk av tvang, når de- eskaleringsmetoder ikke strakk til eller retningslinjer ikke tok høyde for alle pressede situasjoner.</li> <li>- Ikke nok tid til å legge til rette for medvirkning hos pasienten.</li> </ul> <p><b>Terapeutisk engasjement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personlig og profesjonell konflikt når tvang ødela relasjonen.</li> <li>- Nødvendig å forsikre seg at pasienter ble behandlet med verdighet og respekt.</li> <li>- Behov for alternative tilnærminger</li> </ul> <p><b>Organisasjonsledelse og støtte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskjell på hvordan erfarne og uerfarne handler i situasjoner på bakgrunn av erfaring.</li> <li>- Ufaglærte hadde minimalt med aggresjons- og voldshåndteringstrening, som var påpekt til den viktigste faktoren hvis aggresjonsepisoder skulle reduseres, og de terapeutiske relasjonene skulle forbedres.</li> </ul>
<b>Kvalitet</b>	<p><b>Styrker:</b> Studien baserer seg på fokusgruppeintervju, som egner seg godt når en undersøker forbedringsområder, i dette tilfellet opplevelse i arbeid med komplekse pasienter. Det er også ført inn direkte sitat i redegjørelsen av resultater, som øker troverdigheten på funnene.</p> <p><b>Svakheter:</b> På bakgrunn av at studien er av få deltakere og av kvalitativ metode, kan ikke funnene generaliseres. Samtidig kan fokusgruppene ha en negativ innvirkning på hvor autentisk svarene blir, deltakerne kunne ha påvirket hverandre.</p>
<b>Relevans</b>	Funnene dokumenterer de psykologiske utfordringene som ansatte står ovenfor i vanskelige situasjoner. Samtidig at retningslinjer ikke tar høyde for de dilemmaene som helsepersonell møter i arbeidet. Videre dokumenteres det også funn over hvordan dette påvirker pasienten, og relasjonen mellom helsepersonell og pasient.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjenning til å gjennomføre fokusgruppene ble gitt av «the Trust's research and development committees», og tillatelse ble innhentet av direktøren for sykepleie på sykehuset undersøkelsen ble gjennomført i. Alle deltakere var informert om formålet med studien, og skriftlig samtykke ble hentet inn i forkant av studien. Deltakerne ble lovet full anonymitet og konfidensialitet, i tillegg til muligheten til å trekke seg underveis.

### 3.4 Analyse

I analysearbeidet ble Aveyards Tematiske analysemodell benyttet, som er beskrevet i Thidemann (2019, s. 96). Dette er en forenklet metode ved analysing av forskningsartikler, og tar for seg hvordan prosessen med analysearbeidet kan foregå på systematisk vis (Thidemann, 2019, s. 96). Analysemodellen er justert til oppgavens behov, og beskrives i hvordan arbeidet rundt de utvalgte forskningsartiklene foregikk.

I utvelgesprosessen ble alle fem artiklene skimlet. Det første som ble gjort videre i analysearbeidet var å lese gjennom resultatdelene i hver enkelt artikkel grundig. Dette for å forsikre relevansen opp mot problemstillingen. Neste steg ble å jobbe med forskningsartiklene hver for seg, der de ulike delene av artikkelen ble lest og gjennomgått. Dette for å skaffe et enda bedre overblikk over innholdet. Deretter ble resultatdelen lest gjennom igjen, mens relevante hovedfunn for problemstillingen ble notert. Ved hjelp av notatene ble seks hovedtema i resultatdelene identifisert, og irrelevant informasjon ble skilt ut. Videre ble det brukt markeringstusjer i ulike farger for å kategorisere temaene i resultatdelene fra hverandre (Thidemann, 2019, s. 96-97). En farge representerte ett tema, eksempelvis at fargen rosa representerte temaet «Erfaring». Tekstinnholdet som omfattet temaet «Erfaring» ble derfor markert med rosa tusj.

Når alt tekstinnhold var gjennomgått og tilhørte ett tema, ble de oppført i en tematabell (Tabell 7 *Sammenligning av tema*). Dette ble et viktig verktøy i granskning- og sorteringsarbeidet mot vurdering og eventuelt endring av temaer (Thidemann, 2019, s. 98). Temaene og funn ble sett på mye frem og tilbake, for å estimere solide tema (Thidemann, 2019, s. 98). Det viste seg at enkelte tema var irrelevante for problemstillingen og andre ble hensiktsmessig slått sammen. Eksempelvis stod «kommunikasjon» og «samhandling» som individuelle tema, men ble slått sammen til ett.

I tematabellen ble det dannet en oversikt over forskjeller og likheter i det avdekkede materialet, samtidig som det ble sett på assosiasjoner og fellestrekk (Thidemann, 2019, s. 93). De besluttede temaene ble gjennomgått og vurdert opp mot gjengående funn, og aktualitet mot problemstillingen. Ut fra dette ble det dannet fire hovedtemaer som belyser oppgavens problemstilling i ulikt omfang; erfaring, relasjon, samhandling og kommunikasjon, autonomi. Enkelte av disse temanavnene ble hentet fra det presenterte materialet i forskningsartiklene, og andre ble utformet på egenhånd (Thidemann, 2019, s. 92). For eksempel ble temaoverskriften som innebar manglende innflytelse i behandling navngitt «Autonomi». Gjennom hele analysearbeidet lå oppgavens problemstilling synlig, som en påminnelse for hensikten med arbeidet (Thidemann, 2019, s. 92).



Tabell 7. Sammenligning av tema.

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Reduksjon av innflytelse og kontroll	Husregler og retningslinjer uten fleksibilitet	Sett på som pasient	Tvang kunne blitt unngått	Negative emosjoner
Unødvendig og imot egne interesser	Unødvendig korrigerer	Distanse mellom pasient og ansatt	Forsikre ansattes sikkerhet	Forventninger
Økt mistenksomhet	Forståelse av tvang	Objektivisering	Tvang er en emosjonell byrde	Begrensede ressurser til pasienter
Relasjon til ansatte, konflikt/uenighet	Frivillig tvang	Teknisk og praktisk relasjon	Åpenhet med pasienter	Tvang påvirker relasjonen
Opplevd tvang og manglende handlingsalternativ	Tvang som behandling	Ansatte avgjorde relevant informasjon	Følelser ved gjennomføring av tvang	Behandle med verdighet og respekt
Ivaretakelse	Byrde for ansatte	Manglende kommunikasjon	Faktorer som påvirker tvang	Tvang er nødvendig
Behovet for en god dialog og relasjon	Skjermingsrom	Pasientrollen		Kommunikasjonsprosessen
Manglende informasjon	Dagsplan	Tillit, deltakelse og bånd		Erfaring hos personalet
Manglende medvirkning	Se mennesket, ikke diagnosen			Tvang som straff
	Miljøarbeid			Trening og opplæring

## 4.0 Resultater

### 4.1 Erfaringer

De fem inkluderte forskningsartiklene dokumenterte erfaring med tvang på ulikt vis. I studien gjennomført av Lorem et al. (2014, s. 118) kom det frem at pasientene opplevde tvang som fortvilende, unødvendig og imot deres egne interesser. Det økte også mistenksomheten mot de ansatte, og følte som en fortsettelse av de pågående vrangforestillingene og at ansatte ikke ønsket dem godt (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 43; Lorem et al., 2014, s. 118; Verbeke et al., 2019, s. 93). Flere funn viste også til at pasientene selv kunne ha forståelse for nødvendigheten av tvang i noen situasjoner (Lorem et al., 2014, s. 119; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 430). Andre funn pekte på at ansatte selv så på tvang som nødvendige tiltak å ha, for å kontrollere enkelte situasjoner, og øke sikkerheten til ansatte (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 156; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 431).

Flere funn belyste ansattes erfaringer med utførelse av tvang. I studien til Larsen & Terkelsen (2014, s. 431) viste funnene at ansatte så på tvangen som en del av behandlingen, og tvangstiltak kunne bli gjennomført raskere grunnet pasientens tidligere historie. Samme studie viste til at utførelsen av tvangstiltak ble utført av sykepleiere, etter bestilling fra leger. Videre funn viste også at sykepleierne opplevde seg selv som overgrepsspersoner i slike situasjoner (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 431). Likevel viser Krieger et al. (2021, s. 157) at sykepleiere så mer positivt på tvangsinngrep enn det leger gjorde. Ansatte kunne oppleve kognitiv dissonans når retningslinjene og reglene ikke tok høyde for alle pressede situasjoner (Chambers et al., 2015, s. 292).

Verbeke et al. (2019, s. 92) redegjør for at pasientene opplevde at de subjektive aspektene ved dem selv ble sett bort fra, som f.eks. familierollen om å være en mor, slik at det eneste som stod igjen var «rollen» som pasient. Samme studie viser til at ansatte også ble sett på som mer umenneskelig, da de kun var tilstede for å adlyde protokoller og gjennomføre teknikker (Verbeke et al., 2019, s. 92).

Fra ansattes perspektiv ble det dokumentert funn som avslører hvordan de erfarer gjennomføringen av tvang. Helsepersonell opplevde skam når de ikke innfridde forventningene om kunnskap rundt utfordrende atferd, men også når de selv opplevde situasjonene som vanskelige å stå i (Chambers et al., 2015, s. 292). Sårbarhet, frykt og angst var de mest tilsynelatende følelsene som gjentok seg hos ansatte når de måtte ty til tvang (Chambers et al., 2015, 292). Krieger et al. (2021, s. 156-157) gjorde rede for at under gjennomføring av tvangsinngrep opplevde de fleste ansatte sympati for pasienten. Videre dokumenterte samme studie at halvparten følte hjelpeløshet og sorg ved gjennomføring, kvinner mer enn menn (Krieger et al., 2021, s. 156-157).

«... I felt anxious about it because I actually felt a bit embarrassed and ashamed because I thought, well, this is a part of my job, I'm trained to do this, I'm meant to be expected to deal with it, and I felt embarrassed» (Chambers et al., 2015, s. 292).

I flere studier var de mer erfarne ansatte mer kritiske til tvang enn de uerfarne, og de med mindre erfaring håndterte også situasjonen kritikkverdig (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 157). Det ble også lagt vekt på at ledelsen måtte legge til rette for likevekt av uerfarne og erfarne på jobb, for en vil handle ut fra erfaringer (Chambers et al., 2015, s. 292-293). I tillegg viser funn at enkelte ansatte kunne ha en tendens til å skygge unna en utageringssituasjon i frykt for å bli utsatt for vold (Chambers et al., 2015, s. 292). Krieger et al. (2021, s. 157) viser til at høyt stressnivå, underbemanning og overfylte institusjoner ansatte økte sannsynligheten for tvangsbruk.

## 4.2 Relasjon

Majoriteten av studiene tar for seg temaet «relasjon» i sine funn. Lorem et al. (2014, s. 119) viser til at pasienters positive erfaringer med tvangsbruk er avhengige av relasjonen til de ansatte. Larsen og Terkelsen (2014, s. 433) gjorde funn som kan indikere hvordan ansatte behandlet pasientene hadde stor betydning for utvikling av relasjonen. Det å bli behandlet som menneske uten fokus på diagnose, og ikke minst på like vilkår som andre mennesker var viktig (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433). Funnene i studien til Verbeke et al. (2019, s. 93) kom frem til at de viktigste grunnelementene for å danne en god relasjon er «tillit, deltakelse, utvikling over tid og det å bli tatt seriøst».

Tvangsbruk viste seg til å hovedsakelig ødelegge den etablerte relasjonen mellom ansatt og pasient (Chambers et al., 2015, s. 292; Verbeke et al., 2019, s. 92). Pasientene kunne også se relasjonen i sammenheng med tvangsbruk, som f.eks. et resultat av en uenighet eller konflikt med personalet (Lorem et al., 2014, s. 118). Og tvangstiltakene ble sett på som både en profesjonell og en personlig konflikt for ansatte når relasjonen ble påvirket (Chambers et al., 2015, s. 292).

Et av hovedfunnene til Verbeke et al. (2019, s. 91-92) var at pasientene opplevde en form for «segregering» fra de ansatte. De opplevde at ansatte tolket deres oppførsel ut fra det å være «pasient», og at deres personlige egenskaper derfor ble sett på som et symptom. Elementer som forsterket dette var blant annet at pasienter ikke fikk oppholde seg der ansatte hadde rom/kontor og reguleringer (Verbeke et al., 2019, s. 292). Pasientene selv utøvde også segregering mot de ansatte ved å referere til dem som «profesjonelle og dem andre» i en stereotypisk forstand. Ved en slik segregering blir pasienter og ansatte plassert i objektiviserte grupper, og relasjonen blir mer praktisk enn genuin (Verbeke et al., 2019, s. 92).

### 4.3 Kommunikasjon og samhandling

Samtlige av studiene dokumenterte funn som tar for seg samhandling og kommunikasjon. Tre av studiene viser til funn der det er manglende dialog og informasjon til pasient etter et tvangsinngrep har blitt gjennomført (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 156; Lorem et al., s. 120). Videre viser funn at pasientenes økende og utagerende atferd var flere ganger uttrykk for frustrasjons og fortvilelse, men det var manglende dialog rundt dette (Lorem et al., 2014, s. 120). Funnene til Chambers et al. (2015, s. 292) påpeker også at det å ikke ha tilstrekkelig med tid førte til manglende kommunikasjon, og pasienter fikk dermed ikke skildret egne ønsker eller hvilke tiltak de selv opplever hjelpende i en økende situasjon. Pasientene som deltok i studien til Verbeke et al. (2019, s. 93) skildret at den manglende dialogen var kjernefaktoren i maktfordelingen, og at det også gjorde at tiltakene opplevdes tvungent.

Flere funn viser til hvordan ansattes væremåte i samhandling med pasientene påvirket utviklingen av situasjoner. Mer erfarne ansatte skildret at kommunikasjonsprosessen ble undervurdert (Chambers et al., 2015, s. 293). Kroppsspråk, tonefall, stemningsleie og ordvalg kunne enten avverge eller eskalere en situasjon (Chambers et al., 2015, s. 293; Lorem et al., 2014, s. 119-120). Larsen og Terkelsen (2014, s. 430) dokumenterte funn der ansatte var svært delt i hvordan de skulle opptre mot pasienter. Halvparten mente at fleksibilitet var viktig, mens andre mente at konsistent korrigerende og en autoritær holdning var viktig (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 430). Ansatte som deltok i studien til Chambers et al. (2015, s. 292) skildret at det var viktig å forsikre seg om at pasientene ble behandlet med verdighet og respekt under bruk av tvang. Pasienter må bli verdsatt som individer (Chambers et al., 2015, s. 292).

«... Through communication you learn what the problem is, and also about listening, to what the patient wants and you have to pick up, the frustration or why he is feeling the way he is ... It's about knowing your patient. ... It's kind of about respect and normal interactions.» (Chambers et al., 2015, s. 292).

### 4.4 Autonomi

Funnene til Lorem et al. (2014, s. 118) skildrer at flere pasienter opplever manglende mulighet og opplevelse av autonomi. To studier viser til funn der pasienter snakker om «opplevd tvang», at de ble «frivillig» innlagt på tvang grunnet manglende innflytelse på beslutningen (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 421; Lorem et al., 2014, s. 118). Manglende informasjon om vurderinger angående pasientenes egne behandlinger vanskeliggjorde medvirkning i egen behandling (Lorem et al., 2014, s. 121). I tillegg ble diskusjoner rundt behandlingen tatt på møterommet der pasientene selv ikke hadde mulighet til å delta (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 432). Funn fra Verbeke et al. (2019, s. 93) viser til at

pasienter opplevde at sine formidlere ikke var viktige, da det var ansatte som valgte ut hvilke av emnene som skulle tas tak i og hvilke som skulle ignoreres.

En pasient fra artikkelen «Omsorg under tvang- ...» skildrer opplevelse av «frivillig» tvang grunnet ytre press: «... Du vet: «Hvis du ikke kommer frivillig, så bruker vi tvang.» Hva er frivillig da?» (Lorem et al., 2014, s. 118).

Nye retningslinjer, bevegelsesfrihet og korrigerende bidro til at pasientene følte seg mindreverdige, og at de ikke lengre hadde mulighet til å gjøre «normale» ting (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 429-432; Verbeke et al., 2019, s. 92). Eksempelvis hva de skal spise, når de skal spise og når de skal gå ut (Verbeke et al., 2019, s. 92). Samtidig gjør Verbeke et al. (2019, s. 93) rede for noen positive aspekter ved frafall av autonomien. Pasienter skildret at ved et godt individuelt forhold med ansatte var det godt å kunne gi slipp på deler av autonomien, når symptomtrykket tilsa at det var behov for det. Lignende funn er blitt dokumentert av Lorem et al. (2014, s. 118-119) der en pasient beskriver at det var godt å slippe å ta beslutninger når hun ikke var i stand til det.

«Jeg tror faktisk at jeg var ble litt sånn lettet over at det ikke var mitt valg. (...) Og det synes jeg var veldig greit fordi jeg har litt problemer med å ta valg. Så når de tok dem for meg, så synes jeg det var ganske greit.» (Lorem et al., 2014, s. 118-119).

## 5.0 Diskusjon

Målet med denne litteraturstudien var å utforske problemstillingen: «*Hvordan oppleves tvangsbruk i psykisk helsevern for både pasienter og helsepersonell? Og hvordan kan disse erfaringene bidra til å forebygge bruken av tvang?*». I dette kapitlet skal hovedfunnene, som er presentert i kapittel 4.0 *Resultater*, diskuteres opp mot teorien som ble presentert i kapittel 2 *Teori*.

### 5.1 Erfaringer

Alle de fem vitenskapelige artiklene viser til funn som tar for seg erfaringer med tvang fra flere sider. Det ble i gjentatte artikler beskrevet som et «nødvendig onde», som var viktig for å holde enkelte situasjoner under kontroll og garantere sikkerheten til både pasienter og ansatte (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 156; Larsen & Terkelsen, 2014, s. 431). Befring (2019, s. 114) beskriver tvang som gjennomførelse av tiltak mot individets vilje. Når tvang skal eller kan utøves er forankret i norsk lovverk. Psykisk helsevernlov (1999, §4-8) bemerker at tvangsmidler kun skal brukes når det er høyst nødvendig for å forhindre skade mot pasienten selv eller andre, avverge skade på inventar eller andre materielle gjenstander. Snoek og Engedal (2017, s. 296) påpeker likevel at vurderinger for slike tiltak skjer fra yrkesutøvers eget ståsted. Dette er i tråd med flere av funnene som skildres i de fem forskningsartiklene. Mer erfarne ansatte så seg mer kritiske til tvangsbruk enn de som var mer uerfarne. I tillegg mente de at uerfarne ansatte håndterte tvangsinngrep kritikkverdige (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 157). Hvis en ser dette i sammenheng med det Snoek og Engedal beskriver, vil den «personlige kompetansen» ha et særlig innspill i vurderingen. Den personlige kompetansen utvikler seg gjennom erfaringer og refleksjoner av disse (Skau, 2017, s. 61). Derfor kan en tørre å påstå at de med mer erfaring i arbeidslivet vil naturlig ha tilegnet seg en bredere personlig kompetanse, enn de med mindre erfaring. I lys av dette kan vi se på funn som viser til at det legges vekt på at ledelsen bør prioritere en balanse av erfarne og uerfarne på jobb, som følge av at man handler ut fra erfaringer (Chambers et al., 2015, s. 292-293).

Flere av studiene avdekket funn som redegjør for ansattes opplevelser under gjennomføring av tvang. De mest gjentakende var angst, sårbarhet, hjelpeløshet og sympati for pasienten (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 156-157). Disse følelser vil påvirke vår dømmekraft og egenskap til å kunne ta gode faglige vurderinger (Eide & Eide, 2017, s. 96-97). Lerner et al. (2015, s. 803) tar dette videre med å vise til at de integrerte emosjonene oppstår når en avgjørelse må tas, og vil derfor overstyre det som ellers ville vært rasjonelle handlingsmåter. Derfor kan en mulighet være at ansatte vurderer situasjonen annerledes enn det de ellers ville gjort på bakgrunn av egne følelser og opplevelser ved tvangsinngrep. Støttende funn viser at enkelte

ansatte holdt seg unna enkelt situasjoner grunnet frykten for å bli utsatt for vold (Chambers et al., 2015, s. 292). Følelser som angst kan ha en påvirkning på når ansatte velger, eller ikke velger, å gripe inn i en situasjon. Samtidig som de opplevde skam da det opplevdes som de selv hadde manglende mulighet til å innfri forventinger om kunnskap rundt utfordrende atferd og evne til å stå i situasjonene (Chambers et al., 2015, s. 292).

På den ene siden henger dette tett opp med etikk, da handlinger kunne blitt vurdert etter egne holdninger og verdier (Lingås, 2008, s. 20). Ut fra Lorentzens (2015, s. 48) beskrivelse av nærhetsetikk forstås det at tilnærmingen utvikles mens situasjonen foregår, og etikken viser seg i hvordan selve handlingen blir utført. Erfarent og utdannet helsepersonell vil ha et grunnleggende fundament om etikk, og hvilke etiske prinsipper profesjonen står for, i tillegg til det personlige. Uerfarne vil sannsynlig på et større grunnlag handle kun på individuelle og personlige prinsipper. Samtidig kan det oppstå etiske dilemmaer her, da kolleger har sine forventninger som videre kan stilles opp med pliktetikken. I tillegg til at en selv har sine oppfatninger og meninger som kan stilles opp mot omsorgsetikken, og disse vil nødvendigvis ikke samstemme. På den andre siden kan etikk ikke bare sees på som noe subjektivt uten sosial sammenheng (Lorentzen, 2015, s. 48), da andre faktorer spiller inn. Ansatte opplevde kognitiv dissonans når organisasjonens retningslinjer ikke tok høyde for alle høytrykksituasjoner (Chambers et al., 2015, s. 292). I en slik situasjon vil ansattes samlede profesjonelle kompetanse, egne holdninger/verdier og ikke minst lovverket stille krav til de handlingene som blir gjort, men vil ikke nødvendigvis være samstemte. Og det vil igjen her bli gjort en vurdering fra det subjektive ståstedet til yrkesutøveren (Snoek & Engedal, 2017, s. 296). Likevel vil det i flere tilfeller være tvang som utøves på bestilling fra leger, men sykepleiere er de som må gjennomføre tiltaket. Dette gjorde at sykepleierne opplevde seg selv som overgrepspersoner (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 431). Her vil ikke den subjektive vurderingen til sykepleierne stå sentralt, noe som kan stille dem i etiske dilemmaer. Eksempelvis at samspeilet mellom pasient og ansatt ikke blir vurdert, og at pliktetikken prinsipp derfor går fremfor omsorgsetikkens (Befring, 2017, s. 48-50). Men utføring av plikt kan også være en form for omsorg og ivaretagelse. For eksempel når pasienten ikke selv klarer å ta rasjonelle valg for sin egen helse, vil helsepersonell bistå og ivareta pasienten på best mulig måte (Befring, 2017, s. 53). Likevel viser funn at tvangsbruk ødelegger relasjonen mellom ansatt og pasient (Chambers et al., 2015, s. 292).

### **5.3 Relasjon, kommunikasjon og samhandling**

Flere funn gjennom litteraturstudien viser til hvordan tvang påvirker både relasjon, kommunikasjon og samhandlingen mellom ansatte og pasienter. Verbeke et al. (2019, s. 91-92) avdekket at pasienter opplever en segregering fra helsepersonell. I tillegg til at de

subjektive rollene hos både pasienter og ansatte ble hvisket ut (2019, s. 92-93). Dersom dette er tilfellet, bryter det med det med «den andre som subjekt», som er en essensiell grunnholdning til å utvikle en god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 178). Røkenes & Hanssen (2017, s. 178) snakker også om hvordan det å reifisere hverandre vil påvirke utviklingen av relasjonen. Dette kommer videre frem gjennom funnene der ansatte blir sett på som en umenneskelig skapning som kun er til stede for å holde seg til retningslinjer og regler (Verbeke et al., 2019, s. 92). Men er det virkelig slik at en objektiverer hverandre ut fra de «rollene» som er forutbestemt?

Tillitt og krenkelser er også grunnelementer i hvordan en relasjon overlever, tillitt bygger opp og krenkelser river ned (Skau, 2017, s. 35). Flere av pasientene skildrer manglende kommunikasjon, informasjon og dialog rundt tvangssituasjonene i det hele tatt (Chambers et al., 2015, s. 292; Krieger et al., 2021, s. 156; Lorem et al., s. 120). Samtidig når det var kommunikasjon til stede valgte de ansatte ut hvilke temaer som ble ansett som relevant (Verbeke et al., 2019, s. 93). Dersom dette er tilfellet, vil det også kunne være vanskelig å bygge opp en relasjon fra start. Det å innskrenke pasienter inn i teoretiske rammer er krenkende, som igjen vil påvirke tilliten, og dernest vil ha en betydning for relasjonen (Skau, 2017, s. 37).

En annen mulig forklaring på hvorfor pasienter opplever manglende tilstedeværelse av kommunikasjon og informasjon, er at en ofte kan undervurdere hva kommunikasjon består av (Eide & Eide, 2017, s. 17). Manglende bevissthet på eget kroppsspråk, tonefall og ordvalg kan være en triggerfaktor, og dermed påvirke utfallet på en situasjon (Chambers et al., 2015, s. 293; Eide & Eide, 2017, s. 155; Lorem et al., 2014, s. 119-120). På den ene siden kan en ikke kontrollere mottaksforholdene i en kommunikasjonsprosess, men en kan på den andre siden være bevisste på egen påvirkning av kommunikasjonsprosessen (Skau, 2017, s. 96-97). Eksempelvis kan «bekreftende kommunikasjon» eller «personorientert kommunikasjon» være enkle tiltak (Eide & Eide, 2017, s. 155). Vi kan se på at når pasienter har opplevd tvangsbruk som noe positivt er det satt lys på betydningen av en god dialog og relasjon (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433; Lorem et al., 2014, s. 119; Verbeke et al., 2019, s. 93), mens manglende dialog var en av årsakene til at tiltak opplevdes tvungent (Verbeke et al., 2019, s. 93).

## 5.4 Autonomi

Ved etablering av tvangstiltak, f.eks. tvangsinnleggelse, skal frivillige alternativer være forsøkt da tvang bryter på kravet om samtykke (Pasient- og brukerrettighetslov, 1999, §1-1; Psykisk helsevernlov, 1999, §2-1). Litteraturstudien har presentert funn som avdekker at autonomien til pasienter er mangelfull (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 421; Lorem et al., 2014, s. 118). Pasienter opplevde at innleggelse på frivillighet skjedde på



bakgrunn av ytre press fra ansatte (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 421; Lorem et al., 2014, s. 118). Samtidig er en viktig forutsetning for å motsette seg helsehjelp det å ha forståelse ovenfor egen situasjon (Befring, 2017, s. 52). Det vil si at når tvungent psykisk helsevern blir etablert (tvangsinnleggelse), er det vurdert for pasientens eget beste (Snoek & Engedal, 2017, s. 293). Dokumenterte funn viser også til at pasientene opplevde tvangen som en del av sine vrangforestillinger, og at ansatte ikke ønsket dem vel (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 431; Lorem et al., 2014, s. 118; Verbeke et al., 2019, s. 93). Dersom dette er tilfellet, må en se det i sammenheng med pasientens tilstand. Det vil være en sannsynlighet for at pasienten selv ikke er klar over hvor pregende deres symptombilde er, og at situasjonen kunne blitt verre dersom ingen hadde grepet inn. Samtidig er det sentralt å huske på at nøkkelpunktet er at helsehjelpen skal individuelt tilpasses etter pasientens egne psykiske integritet, behov, selvbestemmelse og i respekt for menneskeverdet (Psykisk helsevernlov, 1999, §1-1).

Likevel ser det ut til at det er motsetningen av dette pasientene selv opplever. Konstant korrigering, regler, retningslinjer og begrenset utetid gav pasientene en følelse av mindreverdighet (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 429-432; Verbeke et al., 2019, s. 92). Dette bryter både med selvbestemmelsen, og viser ikke respekt til personens integritet, som gir at det bryter med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-1). Samtidig er det dokumentert positive opplevelser ved å miste autonomien, blant annet det å kunne la andre ta valg når en selv ikke var i stand til det (Lorem et al., 2014, s. 118-119). Her har ansatte sannsynligvis anvendt riktig form for samhandling og kommunikasjon, da pasient ser sine egne begrensninger og behov for egen helse.

## 5.5 Metodediskusjon

Hovedvekten av artiklene i litteraturstudien er av kvalitativ metode, noe som ansees som en styrke i oppgaven da problemstillingen: «*Hvordan oppleves tvangsbruk i psykisk helsevern for både pasienter og helsepersonell? Og hvordan kan disse erfaringene bidra til å forebygge bruken av tvang?*», bygger på menneskers tanker, opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 76). Studien utført av Krieger et al. (2021) benyttet seg av kvantitativ metode, noe som kan begrense påliteligheten i svarene, da «svaralternativ» ikke alltid dekker det en subjektivt oppfatter. Likevel økte relabiliteten da funnene samsvarte med de andre studiene.

Tre av artiklene stammer ikke fra Norge, og en kan derfor ikke si at definisjonen eller synet på «psykisk helsevern» er totalt dekkende for oppgaven. Likevel er landene holdt innenfor Europa og studiene er foretatt innenfor spesialisthelsetjenesten, slik at det er vurdert som overførbart verdi til norske helsetjenester. Samt at fire av de fem artiklene skrevet på engelsk, som gav behov for oversettelse under tolkning og analyse av tekst. Dette kan medføre at noe av oversettelsen ikke samsvarer med det deltakerne har

skildret. I tillegg er det viktig å påpeke at flere mer relevante studier kan ha blitt oversett, samt at søkeordene kunne vært utviklet og mer treffende for egen oppgave. Egen forforståelse kunne også ha hatt en innvirkning på utvelgelse av artikler, og relevant pensum, noe som påvirker både diskusjon og konklusjon. Flere spennende temaer og funn er heller ikke tatt videre, grunnet begrensningen i oppgaven, som kan gjøre konklusjonen svakere.

I flere av artiklene er det ikke redegjort for om pasientene er innlagt på tvang eller frivillighet, selv om funnene henviser til begge pasientgrupper. Som igjen bidrar til at det blir vanskelig å skille mellom tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler, da det kun snakkes om den subjektive oppfatningen av tvangsbegrepet i seg selv.

Litteraturstudien omfatter både synspunkt og litteratur som omfatter pasienter og ansatte. Dette gir oppgaven et mer nyansert og utfyllende bilde over opplevelse av tvang. Men det kan også bidra til at oppgaven ikke er så utfyllende som den kunne ha blitt, dersom den hadde forholdt meg til et synspunkt. Samtidig baserer forskningsartiklene seg på en subjektiv oppfattelse av tvang, slik at det handler ikke eksklusivt om tvangsinnleggelse eller tvangsmidler. Disse blir heller brukt litt om hverandre, noe som svekker relabiliteten i min litteraturstudie. Samtidig vil ansatte ha et mer formelt og faglig syn på tvang, mens hos pasienter ligger det mer på oppfattelse og personlige meninger. Dette vil derfor ikke være et generalisert utgangspunkt for samfunnet, men har klare overførbare verdier i form av ulike sider av opplevelse.

## 6.0 Konklusjon

Formålet med denne litteraturstudien var å utforske ansattes og pasienters opplevelse ved bruk av tvang, og hvordan dette kan bidra til å forebygge bruk av tvang. Med utgangspunkt i de fem inkluderte vitenskapelige artiklene, kan en se at situasjoner som innebærer bruk av tvang oppleves som en emosjonell byrde for både pasienter og ansatte (Chambers et al., 2015; Krieger et al., 2021; Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al., 2014; Verbeke et al., 2019).

Betydningen av relasjonskompetanse, samt kunnskap om kommunikasjon og samhandling, fremkommer i samtlige artikler. Disse påvirker hvordan pasienter opplever sine interesser og sin integritet som ivaretatt. I tillegg til at de påvirker om tiltak oppleves som tvungent. Det kommer frem at manglende dialog påvirker autonomien til pasienten, og reduserer muligheten for medvirkning.

Det opprettes et skille mellom erfarent og uerfarent helsepersonell, som følge av ulike vurderings- og handlingsgrunnlag. Følelser som angst og frykt vil ha påvirkning på hvordan ansatte handler i en situasjon, og dermed også hvordan pasienter blir behandlet. I tillegg oppstår det en avstand mellom pasient og ansatt som følge av at begge går inn i hver sin rolle og objektiverer hverandre, som er et resultat av manglende relasjonskompetanse. Helsepersonell må møte pasienter som et menneske, og ikke som diagnosen de har.

Resultatene i denne litteraturstudien tolkes til at det mest virkningsfulle tiltaket for å forebygge negative opplevelser for pasient og helsepersonell, er å skape en god relasjon mellom ansatt og pasient. Derfor må det legges vekt på faglig utvikling i kommunikasjons- og relasjonskompetanse, og andre tillitsskapende tiltak som kan fungere som alternativ til tvang. Dette legger grunnlag for videre forskning og studie.

## 7.0 Litteraturliste

- Andersen, A. J. W. & Braut, G. S. (2021, 27. januar). Psykisk helsevern. I *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/psykisk\\_helsevern](https://sml.snl.no/psykisk_helsevern)
- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal.
- Befring, A. K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Cappelen Damm Akademisk.
- Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V. & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(5), 289-297. <https://doi.org/10.1111/jpm.12199>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.hkdir.no. Hentet 25. mai 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2017). *Om vernepleieryrket*. <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *Sjekkliste for kvalitative studier*. Helsebiblioteket.no. Hentet 10. mai 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *Sjekklistes*. Helsebiblioteket.no. Hentet 15. mai 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistes>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28 (2), 149-162.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12643>

Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436.

<https://doi.org/10.1177%2F0969733013503601>

Lerner, J. S., Li Y., Valdesolo, P. & Kassam, K. S. (2015). Emotions and Decision Making. *The Annual Review of Psychology*, 66, 799-823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4 utg.). Gyldendal Akademisk.

Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 114-124.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>

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

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.

Norvoll, R. og Pedersen, R. (2017) *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer*. Hentet 03.05.2022 fra <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikkhelsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshefte-tvang-pasienterparorende120517.pdf>

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>

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%20helsevernlov>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3 utg.). Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4 utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Universitetsforlaget.

Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1111/jpm.12199>

Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang, og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1175-1181. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/frivillighet-tvang-og-menneskeverd-ved-innleggelse-i-det-psykiske-helsevernet>

