

Sammendrag

Bruk av tvang i psykiatrien er et komplekst praksisfelt som skal respektere pasientautonomi, samtidig som nødvendig omsorg og beskyttelse tilbys. Tvangsbruk er regulert i loven, men utfordrer prinsipper om autonomi og frivillighet som i utgangspunktet står sterkt i vår tid (Ursin, 2023). Denne litterære oppgaven har tatt sikte på å belyse hvilke faktorer som er sentrale for å minimere pasienters negative erfaringer med tvang. Pasienters ønske om å medvirke i egen behandling understrekes av litteraturen og lovgivningen om pasient- og brukerrettigheter. Imidlertid viser studier at mange pasienter opplever avmakt og manglende autonomi, til tross for retten til medvirkning. Å forklare beslutninger under innleggelse kan bidra til bedre forståelse og gjenopprette følelsen av kontroll hos pasienten, som så igjen kan påvirke relasjonen positivt. utfordringer som tidsbegrensninger og manglende kontinuitet i personalet kan imidlertid hindre effektiv kommunikasjon og opprettholdelse av ønskede relasjoner. Spørsmål om helsepersonellens egnethet og kompetanse er også relevante. Gjennom diskusjon av disse gjennomgående temaene blir det klart at faktorene for å redusere negative erfaringer med tvang er komplekse og sammensatte. Likevel viser drøftingen at uavhengig av helsepersonellens intensjoner, er strukturelle utfordringer noe som kan påvirke pasienters sine erfaringer med tvang, da ressursmangel kan begrense helsepersonellens mulighet til å imøtekomme pasientenes behov.

Abstract

The use of coercion in psychiatry is a complex field of practice aimed at respecting patient autonomy while providing necessary care and protection. Coercive measures are regulated by law but challenge principles of autonomy and voluntariness that are inherently strong in our time (Ursin, 2023). This literary assignment aimed to illuminate the central factors for minimizing patients' negative experiences with coercion. The literature and legislation on patient and user rights underscore patients' desire to participate in their own treatment. However, studies show that many patients experience powerlessness and lack of autonomy, despite the right to participate. Explaining decisions during admission can contribute to better understanding and restore the patient's sense of control, which can positively affect the relationship. Challenges such as time constraints and staff turnover can however hinder effective communication and maintenance of desired relations. Questions about the suitability and competence of healthcare personnel are also relevant. Through discussion of these persistent themes, it becomes clear that the factors for reducing negative experiences with coercion are complex and multifaceted. Nevertheless, the discussion shows that regardless of the healthcare professionals' intentions, structural challenges are something that can influence patients' experiences with coercion, as resource constraints may limit healthcare professionals' ability to meet patients' needs.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
1.0 Innledning	4
1.1 Begrepsavklaring	5
1.1.0 Tvang	5
1.1.1 Helsepersonell	5
1.2 Sosialfaglig relevans	6
1.3 Oppgavens oppbygning	6
2.0 Metode	7
2.1 Fremgangsmåte	7
2.2 Utvelgelse og kildekritikk	8
3.0 Rammebetingelser i psykisk helsevern	10
3.1 Pasientens rett til medvirkning	11
4.0 Erfaringer fra tvungen psykisk helsevern	12
4.1 Involvering i egen behandling	12
4.2 Tillit og relasjon	13
4.3 Behov for informasjon	14
4.4 Egnet personale	15
5.0 Hindringer ved faktorene	16
5.1 Pasienter ønsker å medvirke i egen behandling	16
5.2 Ressursknapphet	17
5.3 Tillit og relasjon som bærebjelke	21
6.0 Avsluttende refleksjoner	24
7.0 Referanser	25

1.0 Innledning

Psykatri er et praksisfelt hvor en rekke yrkesgrupper og profesjoner arbeider innenfor ulike omsorgsformer (Skårderud et al., 2010, s. 38). Det handler om arbeid med de som er rammet av psykiske lidelser, og hvordan støtteapparatet rundt arbeider med denne pasientgruppen (Skårderud et al., 2010, s. 38). Behandling av pasienter med psykiske lidelser krever en balanse mellom å respektere individets selvbestemmelse og samtidig sikre at nødvendig omsorg og behandling blir tilbudt. Psykisk helsevern står som et komplekst landskap der prinsipper om autonomi og integritet veves sammen med kliniske, etiske og juridiske hensyn.

Bruken av tvang i Norge er regulert gjennom psykisk helsevernlov og i Norge er hovedregelen at all helsehjelp er basert på samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) er sentral i arbeidet med mennesker, og det etterstrebes å vedlikeholde grunnprinsipper som medvirkning og autonomi. Utøvelse av tvang i psykiatrien reiser vanskelige problemstillinger og synspunktene på selve utøvelsen av tvang er i stadig endring i tråd med resten av samfunnet (Husum et al., 2017, s. 99).

Pasientautonomi står som et ideal i vår tid (Ursin, 2023). Samtidig må helsepersonell ta hensyn til kliniske vurderinger, etiske utfordringer og de juridiske rammene som regulerer tvangsbruk (Wynn, 2006 i Lorem et al., 2014, s. 115). Det kan derfor oppleves som krevende om en pasient motsetter seg behandling i situasjoner som signaliserer behov for hjelp. Det blir da en vurderingssak om hvor viktig behovet for behandling er. I utgangspunktet er tanken bak tvang at behovet for behandling og beskyttelse for den enkelte og andre er høyere, enn konsekvensene av svekket pasientautonomi, integritet og velvære (Wynn, 2006 i Lorem et al., 2014, s. 115).

Pasienter har ulike erfaringer med utøvelse av tvang, likevel er det gjennomgående at flere pasienter har negative opplevelser med bruk av tvang. Flere vitner om opplevelsen av manglende autonomi og medvirkning, og i en posisjon med lite eller ingen kontroll, kan det ende opp i en svært traumatisk opplevelse for pasienten (Lorem et al., 2014, s. s. 116). Det er derfor viktig å utforske hvordan negative opplevelser knyttet til utøvelse av tvang i psykiatrien kan minimeres. Gjennom å belyse pasienters og helsepersonells erfaringer, kan det identifisere ulike faktorer som kan bidra til å redusere negative konsekvenser av tvangsbruk. Denne oppgaven skal derfor belyse følgende problemstilling;

«Hvilke faktorer kan bidra til å minimere negative erfaringer med tvang?» .

1.1 Begrepsavklaring

1.1.0 Tvang

Tvang kan ofte bli kjennetegnet ved at det blir stilt et krav som motparten ikke har annen mulighet enn å adlyde (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 9). Tvang er dog et sammensatt begrep. Forskingen på feltet deler ofte tvang opp i formell og uformell tvang (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 5). Formell tvang er lovregulert tvang ved psykisk helsevern, tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmidler, skjerming og tvangshandling (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 10). Mens uformell tvang omhandler tvang som ikke er formulert som vedtak (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 5). Det kan bli kjennetegnet av press, trusler og betingelser, og at pasienten opplever at de ikke har en reell mulighet til selvbestemmelse eller frihet (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 11).

Pasientens opplevelse av tvang kan derimot ikke avgrenses til noe definerbart, og noe tvang er også i gråsonen mellom frivillighet og tvang (Norvoll og Pedersen, 2017, s. 11). Pasienter kan også etter psykisk helsevernloven §2-2 (1999), samtykke til å være underlagt reglene for tvungent psykisk helsevern i inntil tre uker etter innleggelsen. Det er derfor viktig å påpeke at det er gråsoner mellom en tvangsinnleggelse og en frivillig innleggelse, da de pasientene som er tvangsinnlagt, ikke trenger å oppleve selve innleggelsen som et tvangsinngrep. Mens mange frivillige innlagte pasienter kan oppleve at de er tvangsinnlagt (Høyser og Dalgård, 2002 i Skårderud et al., 2010, s. 252).

1.1.1 Helsepersonell

Når jeg i det følgende bruker begrepet "helsepersonell", inkluderer jeg alle de ulike yrkesgruppene som kan jobbe ved en institusjon eller behandlingseenhet som arbeider med psykisk helsevern. Dette omfatter sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og lignende.

1.2 Sosialfaglig relevans

Sosionomer har en unik kompetanse som gjør de i stand til å arbeide med ulike individer og grupper i ulike livssituasjoner (Berg et al., 2015, s. 20). En kompetanse som omfatter evnen til å kunne se helheten ved et menneske og den situasjonen de står i (Berg et al., 2015, s. 26). Innenfor psykiatrien kan sosionomen anvende nettopp denne kompetansen for å kartlegge og sørge for at både psykiske, somatiske og sosialfaglige forhold ivaretas gjennom enten miljøterapi eller ved å være i behandlingsteamet til pasienten. Det er også muligheter for å ta videreutdanning eller å spesialisere seg innenfor ulike områder på feltet. Videre er det også sentralt for en sosionom som arbeider innenfor tvungen psykisk helsevern å vite hvordan utøvelse av tvang og tvangsinnleggelse kan oppleves for pasientene man arbeider med, og hvordan dette kan bli gjort slik at det ivaretar pasienten på best mulig måte.

1.3 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven innledet med en presentasjon av temaet og problemstillingen. Deretter følger en redegjørelse av begrepet tvang, hvor jeg presiserte hvilken forståelse som ligger til grunn for resten av oppgaven. I metoddelen beskriver jeg prosessen ved litteratursøk, samt gir en begrunnelse for eventuell fravær eller inkludering av litteratur. Litteraturdelen inkluderer en kort gjennomgang av relevante rammebetingelser innenfor psykisk helsevern, og en redegjørelse for brukermedvirkning. Deretter anvender jeg litteratur for å kaste lys over ulike pasienters erfaringer med bruk av tvang. Videre utforskes også helsepersonells erfaringer og utfordringer i møte med tvang. Drøftingsdelen tar for seg de ulike faktorene som kan innvirke i pasienters opplevelse, før jeg avslutningsvis presenterer hovedfunnene som fremkom av drøftingen.

2.0 Metode

Dette er en litterær oppgave, som vil si at man henter allerede eksisterende data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). I dette kapitlet skal jeg beskrive prosessen med gjennomføringen av litteratursøk, samt hvilke vurderinger som er blitt tatt i utvelgelsen av litteratur.

2.1 Fremgangsmåte

Jeg gjennomførte litteratursøk for å innhente informasjon for å utforske problemstillingen «Hvilke faktorer kan bidra til å minimere negative erfaringer med tvang?».

Innhentningen av litteratur startet med en rekke søk i databasene Idunn og Oria. Det ga meg innsikt i hvor mye litteratur det var på feltet, og hvorvidt jeg kunne belyse problemstillingen jeg ønsket å arbeide med. I begynnelsen av søkeprosessen søkte jeg på begreper for å få oversikt over hvilke begreper som gikk igjen.

Når jeg søkte på begreper som ‘tvang’ og ‘pasienterfaringer’, kom det opp mange ulike artikler som virket å omhandle temaet, men med ulik relevans for min problemstilling. Det ble derfor en utvelgelsesprosess hvor jeg fokuserte på de artiklene som hadde en tittel som virket å passe min problemstilling best. Deretter ble dette en gjentakende prosess, hvor jeg noterte meg begreper og litteratur som gikk igjen. Dette ga meg grunnlag for å søke videre med desto mer relevante begrep som senere ble til nøkkelbegrep i min oppgave. Det være seg ‘relasjon’, ‘medvirkning’ og ‘erfaringer’.

I de innledende søkene brukte jeg også søkeord som ‘coercion’, ‘psychiatry’ og ‘experiences’. Jeg valgte å bruke engelske søkeord da det er mye forskning som er publisert på engelsk, slik at jeg så det som sannsynlig at jeg ville finne relevant litteratur for min problemstilling ved å inkludere dette i søkene.

Ut fra tittelens relevans, ble det tatt en vurdering på hvorvidt jeg leste både sammendrag, introduksjon og resultat. Det gjorde at jeg kunne være effektiv samtidig som jeg fikk til å gå gjennom mye litteratur. Det skal dog sies at det er mange sammendrag som ble lest, men mange artikler uteble også på grunn av manglende relevans for oppgaven.

Videre har det også vært inspirerende å lese andre studentoppgaver og forskningsartikler for å se hvordan litteratur og begrep har blitt anvendt. Ved å lese andre studentoppgaver og forskningsartikler har jeg fått innsikt i hvordan andre har anvendt litteratur, hva de har anvendt og hvorvidt litteraturen har bidratt til å styrke eller svekke argumenter i drøftingen.

2.2 Utvelgelse og kildekritikk

I litteraturdelen har jeg valgt å innlemme erfaringer fra både pasienter og helsepersonell. Det ble gjort for å skape dybde og forståelse for kompleksiteten i utøvelsen av tvang. Å kun innlemme pasienter sine erfaringer kan tenkes at ville utelatt realiteten ved at det er flere parter involvert, og erfaringer fra flere parter bidrar da til en bedre forståelse for fenomenet. Videre er det også relevant å inkludere helsepersonell sine utfordringer, da det faktisk er helsepersonell som utøver tvang. Det ble også tatt en vurdering ved hvorvidt pårørende sine erfaringer skulle blitt inkludert. Jeg endte på å ikke inkludere det, da problemstillingen min ikke tar sikte på å belyse pårørende sitt perspektiv. Ser det likevel som relevant å påpeke at jeg anerkjenner verdien ved pårørende sine erfaringer for å belyse hvordan negative erfaringer med tvang kan minimeres.

Jeg har også prioritert å gjøre rede for lovverket knyttet til tvungen psykisk helsevern, samt enkelte av rammebetingelsene man arbeider innenfor i psykiatrien. Det ble prioritert da det er helt avgjørende å forstå hvilke rammer man arbeider under for å kunne skape en dypere forståelse av kompleksiteten omhandlende temaet.

Når jeg startet arbeidet med hvilke kriterier jeg ønsket å ha for litteraturen jeg skulle anvende, bestemte jeg meg først for at en avgrensning under litteratursøkingen skulle være at forskningsartikler måtte være utgitt i Europa etter 2014. Imidlertid, etter grundig vurdering og refleksjon, bestemte jeg meg for at det også kunne være relevant å inkludere forskningsartikler fra utenfor Europa. Jeg valgte å inkludere forskningsartikler fra utenfor Europa da denne oppgaven ikke tar utgangspunkt i å spesifisere erfaringer fra visse deler av verden. Slik sett bidro en utvidelse av søket til at jeg fikk enda mer relevant litteratur til å lande problemstillingen min.

Mye av litteraturen jeg har brukt, er funnet gjennom snøballmetoden. Det vil si at jeg har sett på referansene til litteratur jeg har funnet relevant, for så å finne mer anvendelig litteratur

derfra (Thagaard, 2018, s. 56). Enkelte av artiklene jeg har anvendt, er ikke fagfellevurdert. Likevel har jeg vurdert kildene som pålitelige, da forfatterne av artiklene har hatt relevant utdanning og kompetanse på feltet. Til tross for at dette er en sosialfaglig oppgave, er noe av litteraturen skrevet av andre profesjoner. Det ble tatt en vurdering på hvorvidt jeg skulle innlemme disse forskningsartiklene, jeg endte dog på at pasientene sine erfaringer kan være de samme uavhengig av hvordan profesjon personalet har.

3.0 Rammebetingelser i psykisk helsevern

Når man arbeider i psykiatrien, arbeider man innenfor ulike rammebetingelser. De juridiske og politiske rammene har stor innvirkning i hvordan utøvelsen av faget er, og har en direkte påvirkning på hvordan utøvelsen av arbeidet med pasientene vil være. Politikere på Stortinget legger føringer på nasjonalt nivå, hvor det blir vedtatt lover som støtter opp om den vedtatte politikken (Berg, 2015, s. 69). Videre lager kommunene budsjetter som legger de økonomiske rammene for de politiske prioriteringene politikerne vedtar (Berg, 2015, s. 69). Politikken omhandlende psykiatri påvirker derfor hvorvidt det blir tildelt økonomiske ressurser til psykiatrien, som igjen påvirker hvordan utøvelsen av faget blir værende.

Den formelle tvangen innenfor psykisk helsevern i Norge er hjemlet i psykisk helsevernlov (Psykisk helsevernloven, 1999). I dag omfatter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) regler for behandling og undersøkelse i det psykiske helsevernet både med og uten pasientens samtykke. Loven gjelder for både voksne og barn med psykiske lidelser som har behov for undersøkelse og behandling, samt den pleie og omsorg det krever, ved spesialisthelsetjenesten (Psykisk helsevernloven, 1999).

Lovens formål er å sikre gjennomføring og etablering av psykisk helsevern på en forsvarlig måte, og i takt med grunnleggende rettighetsprinsipper og menneskerettigheter (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1). Videre er det også et formål å forebygge, samt begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1). I paragrafens formål står det også at helsehjelpen som tilbys, skal respektere både den fysiske og psykiske integriteten til mennesket, og i størst mulig grad tilpasse seg pasientens behov og rett til selvbestemmelse, samt respektere menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1).

I §3-3 i psykisk helsevernlov (1999) står det om vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det er her listet ulike vilkår som må være oppfylt om det skal utøves tvungen psykisk helsevern. Sentrale vilkår for tvungent helsevern er at pasienten har en sinnslidelse og at behandlings- eller farekriteriet er oppfylt, det må også være slik at legen har undersøkt pasienten selv og at tvang fremstår som klart beste løsning (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-1). I denne vurderingen skal belastningen av det tvangsmessige inngrepet legges særlig vekt på (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-1). I forarbeidene ved psykisk helsevernloven er det hjemlet flere forskrifter som skal bidra til å utfylle lovens bestemmelser (Psykisk

helsevernloven, 1999, §3-1). I psykisk helsevernloven kapittel 4 (1999) er det ulike bestemmelser som regulerer bruk av ulike tvangsmessige tiltak under gjennomføring av psykisk helsevern.

3.1 Pasientens rett til medvirkning

I kapittel 3 i lov om pasient og brukerrettigheter står det om pasientens eller brukerens rett til medvirkning og informasjon (1999). Der står det at ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester har pasient eller bruker rett til å medvirke. Det kan være å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsformer. Det spesifiseres også at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Brukermedvirkning er et begrep man finner i alle deler av et hjelpeapparat (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Brukermedvirkning er ikke noe nytt, men et begrep som har vokst og fått en stadig sterkere posisjon i faget og i samfunnet generelt (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Det forventes fra statlig hold at brukeren har mulighet til å medvirke i egen behandling og det er også, slik tidligere nevnt, forankret i juridiske lover som norsk helsevesen arbeider etter (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106).

Brukermedvirkning vektlegger at brukere skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Det er ingen konkretisering i seg selv i begrepet som tilsier hvor mye en bruker må medvirke for at det skal betegnes som brukermedvirkning (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Men en tilnærming som ofte blir brukt, er å se på brukerens eierforhold til problemet (Peyrot, 1982; Rønning & Solheim, 1998 i Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109). Det rettes da fokus på hvorvidt brukeren er delaktig og har innflytelse over faktorer som handler om brukerens rett til å definere hva som er riktig for han/hun i den gitte situasjon. Rønning og Solheim (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109) kaller dette å ha eiendomsrett til sine problemer. Det er også sentralt å påpeke at reell brukermedvirkning ikke kan finne sted uten at det har en myndiggjørende tilnærming (Adams, 2008 i Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106).

4.0 Pasient- og helsepersonell sine erfaringer med tvang

I dette litteraturkapitlet går jeg nærmere inn på pasienter og helsepersonell sine erfaringer med utøvelse av tvang. Kapitlet er da delt opp i fire undertemaer som var gjennomgående i litteraturen, det være seg involvering i egen behandling, tillit og relasjon, medvirkning og betydningen av egnet personale.

4.1 Involvering i egen behandling

I Lorem et al. (2014, s. 114). sin studie var temaet brukermedvirkning, behandling og bedringsprosesser med fokus på hvordan pasientene selv forstod behandlingen, samt samspillet med helsearbeidere. Det var gjennomgående at pasientene opplevde liten grad av medvirkning i avgjørelsene som endte med tvangsbruk (Lorem et al., 2014, s. 117). Enkelte pasienter beskrev tvangen som traumatisk, og følte at det var unødvendig og imot egne interesser (Lorem et al., 2014, s.117). En pasient beskrev også at symptomene opplevdes som forsterket av tvangen og at hennes mistanke mot personale økte. Videre opplevde hun også å være usikker på om personale ønsket hennes beste (Lorem et al., 2014, s. 118). Andre pasienter beskrev at det var greit at de ikke medvirket, da det bidro til å opprettholde interesser.

I 2018 gjennomførte Blakstad sykehus et prosjekt hvor de intervjuet pasienter om deres opplevelser med tvang i akutt psykisk helsevern, også her var det gjennomgående at pasienter opplevde liten medvirkning i beslutninger omhandlende deres behandling (Sykepleierforbund, 2019). Pasientene oppgav å erfare at beslutninger ble tatt over hodene deres, og at de ikke fikk medvirke i beslutningsprosessen. Videre påpekte også pasienter at til tross for at behandlingen fungerte, var tvangen såpass inngripende at det ble en negativ opplevelse, da deres meninger og erfaringer ikke ble tatt stilling til (Sykepleierforbund, 2019).

Å kunne medvirke i egen behandling er noe som går igjen i flere av studiene. I Wyder et al. (2015, s. 187) sin studie oppgir majoriteten av pasientene at det var viktig at pasientene fikk samarbeide med helsepersonell, og flere ønsket muligheten til å kunne komme med innspill til behandlingsplanen. For andre var det nok å få vite om behandlingsplanen, og at deres bekymringer ble tatt stilling til (Wyder, et al. 2015, s. 187).

I studien til Molin et al. (2016, s. 3) forteller deltakerne at de opplevde at helsepersonell ikke svarte på pasienten sine spørsmål og handlet ut fra regler fremfor å lytte til pasienten sine ønsker og behov. Det bidro til at pasientene kunne føle seg usynlig, samt en følelse av å bli behandlet som et barn som ikke blir involvert i beslutninger rundt eget liv (Molin et al., 2016, s. 3). Pasienter fortalte også om at det var lettere å holde avtaler hvis personalet var engasjert, da det førte til en følelse av å bli lyttet til, være involvert, samt muligheten til medvirkning og kontroll (Molin et al., 2015, s. 4).

4.2 Tillit og relasjon

I Molin et al. (2016) sin studie fremkom verdien av kvaliteten på interaksjonen mellom pasient og helsepersonell. Pasienter forteller at personalet var sentralt for pasienten sin hverdag, og at en tillitsfull relasjon kunne bidra til å kompensere for en ellers forvirrende tilværelse (Molin et al., 2016, s. 7). Det ble fortalt at tillit fremmet følelsen av å bli forstått, og at deltakerne ble lettet og følte støtte når slik tillit ble opparbeidet. Dette bidro til at deltakerne kunne snakke om følelsene sine, noe som igjen skapte en trygghet til at personalet visste hvordan deltakeren hadde det (Molin et al., 2016, s. 5).

Verdien av tillit og relasjon kan også belyses gjennom Wyder et al. (2015) sin studie, da det var gjennomgående at alle deltakere refererte til hvordan relasjon og interaksjon med helsepersonell var, uavhengig av om deres generelle opplevelse av innleggelsen var god eller dårlig. Her forteller pasientene om hvordan enkeltpersoner har vært helt avgjørende for at de skulle komme seg gjennom innleggelsen (Wyder et al., 2015, s. 187). Det fremhever viktigheten av at pasientene føler tillit til helsepersonellet. På den andre siden forteller det også om hvordan enkeltpersoner sine holdninger og atferd har potensial til å forverre innleggelsen.

Det ble også oppgitt av deltakere i studien til Lorem et al. (2015, s. 117) at tillit til personale er sentralt for hvordan behandlingen opplevdes. En deltaker i studien fortalte om hvordan relasjonen til en lege førte til at deltakeren opparbeidet tillit til legen og hvordan tvang kunne bidra til å ivareta hennes eget beste og hennes verdighet (Lorem et al., 2014, s. 119). Videre viste studien deres at langvarige og stabile omsorgsrelasjoner er svært viktige i enkelte situasjoner, og at det forutsetter at helsepersonell aktivt sikrer forutsigbarhet, stabilitet og gjensidig forståelse (Lorem et al., 2014, s. 123).

4.3 Behov for informasjon

I Wyder et al. (2015, s. 186) sin studie, fremkom det at pasienter setter pris på helsepersonell som tar seg tid til å kommunisere og lytte til pasientene. Det bidro til at deltakerne følte seg anerkjent, og at de ble tatt på alvor (Wyder et al., 2015, s. 186). Deltakere i studien på Blakstad sykehus (Sykepleierforbundet, 2019) fortalte at de følte seg til oppbevaring og at de kun gikk og ventet på ny informasjon. Det være seg informasjon om behandlingsalternativer eller muligheten til å utforske andre sosiale tiltak (Sykepleierforbundet, 2019).

Wyder et al. (2015, s. 186) sin studie viser at flere pasienter opplever at en innleggelse kan være forvirrende, og at denne følelsen ble forsterket ved å ikke vite om avdelingen sine regler og rutiner. Helsepersonell som ga pasientene informasjon, ble beskrevet som respektfulle og at det var en viktig måte å engasjere pasienten på (Wyder et al., 2015, s. 186).

I Lorem et al. sin studie forteller en pasient om en situasjon hvor han ikke fikk informasjon om hvorfor han ble skjermet, og fikk heller ikke muligheten til å forklare hva som var foranledningen til utageringen som fant sted (Lorem et al., 2014, s. 120). Å ønske samtale etter utagering var dog gjennomgående i studien, da det var flere som ønsket å snakke med noen om hvilke regler på avdelingen som var gjeldende, samt hvordan nye episoder med tvangsbruk kunne unngås (Lorem et al., 2014, s. 120). Flere av deltakerne mente derfor at tvang i flere situasjoner kunne vært avverget dersom personale hadde vært mer fleksible og tatt seg mer tid (Lorem et al., 2014, s. 121).

Deltakere ved studien på Blakstad sykehus rapporterer om at samtalene deres med behandler var sjeldne og kortvarige (Sykepleierforbundet, 2019). Det var også flere som ikke var klar over hvem som var behandleren deres, samt at de hadde byttet behandler flere ganger (Sykepleierforbundet, 2019). Det fremkom også av studien at pasienter savnet mer tid med personale ved avdelingen og da spesielt kontaktpersonen sin (Sykepleierforbundet, 2019). Studien til Molin et al. (2016, s. 3) bidrar til å belyse at pasienter kan oppleve personale som fraværende. Deltakerne vitnet om personale som virket å ha vanskeligheter med å prioritere oppgaver og at de ofte prioriterte oppgaver som ikke involverte deltakerne (Molin et al., 2016, s. 3). Et eksempel som ble nevnt var at personale brukte mye tid på kjøkkenet og på vaskerommet, noe deltakerne tolket som manglende interesse og engasjement.

En pasient forteller at han satt pris på at psykiateren hans tok seg tid med han, og opplevde at hun forsøkte å sette seg inn i situasjonen hans (Lorem et al., 2014, s. 119). Helsepersonell opplever dog at tiden ikke strekker til og at for få folk på jobb fører til økt bruk av tvang (Husum et al., 2018, s. 105).

4.4 Egnet personale

Flere studier viser til at pasienter opplever tvang som straff for motstand eller manglende etterstrebelse (Lorem et al. 2014, s. 121). I studien til Molin et al. (2016, s. 4) forteller deltakere om situasjoner hvor deltakerne har følt seg utrygge med enkelte helsepersonell. Deltakerne opplevde at pasientene fikk konsekvensene for at et personal følte seg utrygg og handlet ut fra egne følelser (Molin et al., 2016, s. 4). Det ble også fortalt om maktmisbruk som i enkelte tilfeller resulterte i tvangsmidler (Molin et al., 2016, s. 4). Dette kunne resultere i at pasientene valgte å opptre forsiktig og holde seg unna personale for å unngå negative konsekvenser i fremtiden (Molin et al., 2016, s. 4).

At helsepersonell fremmer bruk av tvang som følge av egen frykt og usikkerhet, kan også belyses i studien til Husum et al. (2018). Her beskriver helsepersonell kollegaer som er uegnet til arbeidet og/eller ikke passer til å jobbe med sårbare mennesker (Husum et al., 2018, s. 106). Det blir da eksemplifisert at enkelte av deres kollegaer er for raske til å bruke tvang og at de kan bidra til å eskalere konflikter som skaper angst og aggresjon (Husum et al., 2018, s. 106). Enkelte fortalte også om hvordan helsepersonell kan bruke tvang ut fra egen preferanse eller vane, fremfor å henvende seg til pasientens beste og lovens kriterier for tvangsbruk (Husum et al., 2018, s. 104). Det fremkommer også av studien at det er mye ufaglært personale som fører til økt bruk av tvang (Husum et al., 2018, s. 105).

5.0 Hindringer ved faktorene

I dette kapitlet vil jeg undersøke hvordan medvirkning, tillit og relasjon, kommunikasjon og egnet personale kan forstås i praksis, og identifisere potensielle hindringer og utfordringer som kan oppstå før jeg lander problemstillingen;

«Hvilke faktorer kan bidra til å minimere negative erfaringer med tvang?».

5.1 Pasienter ønsker å medvirke i egen behandling

Slik det fremgår av valgt litteratur, er det gjennomgående at pasienter ønsker muligheten til å medvirke i egen behandling. Dette er også noe pasientene har rett på slik det blir formulert i lov om pasient og brukerrettigheter (2023, §3-1). Likevel er det mange av deltakerne i studiene som følte på avmakt, beslutninger som ble tatt over hodene deres og lite autonomi. Graden av medvirkning skal slik det er formulert i bruker og pasientloven (2023, §3-1), tilpasses den fysiske og psykiske formen til den enkelte. Det kan medføre at graden av mulighet til medvirkning kan variere under en innleggelse, men gitt at pasienten er i bedring kan muligheten for medvirkning øke underveis i innleggelsen. For at dette skal skje, krever det derfor at personale kjenner pasienten og har evne til å forstå den enkelte pasienten sine forutsetninger for medvirkning.

Videre påpekes det i studiene at pasienter velger å gå med på behandlingsplaner til tross for at de egentlig ikke er enig (Wyder et al., 2015, s. 187). Det kan da stilles spørsmål ved hvorvidt disse pasientene faktisk er med å medvirke. Slik Rønning og Solheim (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109) påpeker, handler medvirkning om hvorvidt man har eiendomsrett til problemene sine. Fokus er da i hvilken grad brukeren har innflytelse over faktorer som er med å bestemme hva som er rett for han eller hun, samt hvilke virkemidler som blir tatt i bruk (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109). I denne pasienten sitt tilfelle, kan det tenkes fra et helsepersonell sitt ståsted at pasienten får mulighet til å velge om de ønsker behandlingsplanen eller ikke, og at det dermed er en reell medvirkning da det er pasienten som tar siste beslutning. Men for pasienten sin del, kan det stilles spørsmål ved hvorvidt pasienten faktisk opplevde å ha andre muligheter enn å adlyde. Om pasienten hadde sagt nei til behandlingsplanen, hadde det da

fantas andre reelle handlingsalternativer? Videre er det også sentralt å være bevisst på at det er en vesentlig forskjell ved samtykke og medvirkning. At en pasient får en behandlingsplan i fanget og får mulighet til å si ja eller nei til denne, er ikke medvirkning. For at en pasient skal få muligheten til å medvirke stilles det krav til at pasienten sine ønsker blir lyttet til, og at helsepersonell våger å se pasienten og lar pasienten engasjere seg (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109).

I lys av denne pasienten sin erfaring, kan det vise til at grensen mellom formell og uformell tvang kan være noe utvisket. Det kan tenkes at konsekvensene ved å ikke samtykke til behandlingsplanen, likevel hadde vært at tiltakene i planen hadde blitt gjennomført. Ved at tiltakene blir gjennomført selv om pasienten sier nei, blir det som først fungerer som et valg, fungerende som tvang. Det bidrar til å vise at til tross for at man kan dele tvang opp i to definerbare former, kan følelsen og konsekvensene av tvang være det samme.

Videre er det også et sentralt poeng å reflektere over hvordan holdninger blant helsepersonell kan være med å påvirke pasienters mulighet til å medvirke i egen behandling.

Erfaringskonsulent Dorte Gytri (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, 2021) påpeker at mennesker med psykiske lidelser kan oppleve forskjellsbehandling på grunn av feilaktige fordommer i samfunnet. Slik sett er det interessant hvorvidt det er noe som kan være med å påvirke om helsepersonell involverer pasienter i beslutninger om behandlingen. Et eksempel som da kan utspille seg kan være at helsepersonell ikke anerkjenner pasientene sin kompetanse og erfaring, og at de i stedet verdsetter sin egen kunnskap som mer relevant i møte med pasienten.

For å kunne minimere pasienters negative erfaringer med bruk av tvang, ser vi da at en faktor er medvirkning. Derfor er det viktig at pasientene sin kunnskap og erfaring om eget liv blir anerkjent for at medvirkningen skal finne sted (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 100),

5. 2 Ressursknapphet

Det er en gjennomgående oppfatning blant pasienter at helsepersonell som tar seg tid til å kommunisere med dem, bidrar til at de føler seg ivaretatt. Pasienter referer til situasjoner hvor de har opplevd at beslutninger blir tatt over hodet deres, og at de på ulike tidspunkt har vært usikre på hvorfor ulike beslutninger har blitt tatt (Sykepleierforbund, 2019). Ut fra pasientene sine utsagn i valgt litteratur, kan det virke til at opplevelsen av tvang kunne vært annerledes

om pasientene hadde fått informasjon underveis og blitt informert om hvorfor ting blir gjort. Dermed er det sentralt å se på hvilke faktorer som spiller inn når det kommer til hva som skiller de situasjonene som består av kommunikasjon og ikke.

Flere pasienter forteller at det hadde vært ønskelig med en samtale etter utøvelse av tvang (Lorem et al., 2014, s. 120). Ved at pasienten får innsikt i hva som gjorde at helsepersonellet så tvang som eneste løsning, kan det bidra til at pasienten får bedre forståelse for hvorfor de ulike beslutningene blir tatt (Lorem et al., 2014, s. 120). En konsekvens av dette kan også være at pasient får en dypere forståelse for hvilke grenser avdelingen har for oppførsel/atferd og hvordan personale tenker i de ulike situasjonene. Kommunikasjon med pasientene etter utøvelse av tvang kan også spille en rolle ved at det kan bidra til å kompensere for tapt autonomi. Når en pasient blir underlagt tvang, kan det oppleves for flere av pasientene som en følelse av manglende kontroll og autonomi over beslutninger og vurderinger i eget liv. Slik sett kan det tenkes at en samtale kan bidra til at pasienten får muligheten til å gjenopprette en følelse av kontroll ved å delta aktivt i diskusjoner og beslutninger omhandlende videre behandling. Samtalen kan da også styrke tilliten mellom pasient og helsepersonell ved at pasienten kan føle at helsepersonell lytter og tar stilling til hvilke ønsker pasienten har.

Slik sett kan en samtale etter utøvelse av tvang også være en mulighet for helsepersonell til å utforske og reflektere over hendelsen. Ved å sette ord på sine egne vurderinger og beslutninger under situasjonen, får helsepersonell ikke bare muligheten til å evaluere omfanget av tvangsbruken, men også til å identifisere potensielle forbedringsmuligheter i lignende situasjoner ved en senere anledning. Denne prosessen med å gjennomgå og analysere hendelsen kan avdekke om det var andre alternativer enn tvang som ikke ble vurdert tilstrekkelig, eller om situasjonen på noen måte ble misforstått. Denne refleksjonen kan gi innsikt i de underliggende faktorene som ledet til utageringen, enten det var kommunikasjonssvikt, mangel på forståelse eller utilstrekkelig håndtering av den enkeltes behov. Ved å forstå disse årsakene bedre, kan helsepersonell lære å identifisere advarselssignaler tidligere og dermed bli mer bevisst på hvordan man kan unngå dette, som sådan kan minimere tvang i fremtiden. Videre kan en slik reflekterende samtale bidra til å styrke tilliten og samarbeidet mellom både helsepersonell og pasienter. Når helsepersonell viser vilje til å lytte, lære og forbedre seg, kan det tenkes at det også kan bidra til å skape trygghet for pasienten.

Samtidig er det også sentralt å påpeke at kommunikasjon etter utøvelse av tvang ikke kan fungere som en fullverdig kompensasjon for tapt autonomi. Selv om det fremkommer av

litteraturen at dialog og kommunikasjon er viktig, kan pasienten likevel oppleve en betydelig ubalanse i maktforholdet mellom seg selv og helsepersonell. Det kan tenkes at pasienter kan oppleve at deres meninger blir veid opp mot kliniske vurderinger og hvorvidt helsepersonellet har gjennomføringsevne til pasienten sitt ønske. Slik sett kan samtalen ha mindre verdi da pasienten kan oppleve at selv om de fikk en samtale i etterkant, har de fortsatt begrenset innflytelse over egen behandling.

Selve kommunikasjonen kan også være preget av asymmetri hva gjelder makt. Pasienten kan ønske å ha et godt samarbeid med behandler og annet helsepersonell, men det kan oppleves som utfordrende om man er ytterst uenig i de anbefalinger og vurderinger helsepersonell har tatt. Slik kan pasienter, som det tidligere ble referert til, ende opp med å samtykke til behandlingsplaner de ikke ønsker eller forstår, men på grunn av deres avmaktsposisjon opplever pasienten å føle seg presset til å gå med på det likevel.

Til tross for at pasienter forteller om den mulige effekten av en samtale etter utøvelse av tvang (Lorem et al., 2014, s. 120) opplever helsepersonell at det kan være vanskelig å oppnå. De erfarer nemlig at en av de største utfordringene knyttet til utøvelse av tvang er mangel på tid til å kunne kommunisere med pasientene sine (Husum et al., 2018, s. 105). Helsepersonell opplever at tidsmangel hindrer dem i å kunne ha lengre samtaler med pasientene hvor de kan utforske og finne mulige løsninger sammen (Husum et al., 2018, s. 105).

I lys av helsepersonellet og pasientene sine erfaringer, kan det virke som at konsekvensene av tidsmangel hos helsepersonellet kan gå utover pasientene. Det kan bidra til at pasientene opplever manglende omsorg og sympati fra helsepersonellet da pasientene ikke sitter igjen med en følelse av at helsepersonellet ønsker pasienten sitt beste, fordi de ikke har tid til å snakke med pasientene når de er i behov for det. Slik sett, kan dette reise spørsmål ved hvorvidt personalet faktisk ønsker å etterstrebe pasientene sine ønsker, men blir hindret av ressursmangel. Ved at det hadde vært flere helsepersonell på jobb og mindre ansvarsområder per ansatt, kan det tenkes at det kunne bidratt til at pasientene opplevde at helsepersonellet tok seg tid til å snakke med pasientene. Slik kunne også pasient og helsepersonell bygget en sterkere relasjon som også kunne styrket behandlingen.

Videre kan også personalets kompetanse og egnethet være av betydning om man skal se på hvordan rammebetingelser kan legger føringer for hvordan utøvelsen av tvang kan fungere i praksis. Slik litteraturen belyste, er også personalets kompetanse og egnethet en faktor som kan bidra til å minimere negative erfaringer med tvang i psykiatrien. Helsepersonell

rapporterer om en manglende kompetanse blant personalet, samt hyppig bruk av vikarer i stedet for fast personale (Husum et al., 2018, s. 105). Vikarer har ofte ikke like mye kjennskap til pasientene, og det kan tenkes at de ikke har samme faglig bakgrunn som en fast ansatt. Denne mangelen på stabilitet og kontinuitet i personalet kan også påvirke kvaliteten på omsorgen som tilbys pasientene ved at det kan være uheldig for pasienten sitt behandlingsløp om det ikke er kontinuitet i hvem som følger de opp.

I tillegg til at det er sentralt for pasientene at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, er det også helt avgjørende at helsepersonell føler seg trygge og opplever støtte i jobben sin. Dette innebærer å ha tillit til egne ferdigheter og kompetanse, men også tillit til kollegaer og det overordnede systemet man arbeider under. Å ha tillit til kollegaene sine betyr at man kan stole på at man har et team bak seg som kan bistå i utfordrende situasjoner, og at man kan samarbeide om å møte pasienters behov på best mulig måte. Videre er det viktig at helsepersonell føler seg trygge og kompetente til å håndtere situasjoner som inkluderer utagering og/eller trusler på en hensiktsmessig måte.

Det kan tenkes at konsekvenser som kan forekomme om man opplever at disse behovene ikke er dekket, kan være svært negative. Ved å stadig møte på utfordringer og hindringer i arbeidet uten tilstrekkelig støtte eller mulighet til å løse problemene, kan det tenkes at det kan føre til en usikkerhet rundt egen kompetanse og hvordan arbeidet bør gjennomføres. Dette er igjen noe som kan resultere i en redusert evne til å yte omsorg på et optimalt nivå, da det blir vitnet om at noe helsepersonell kan misbruke sin autoritet ved å bruke tvang for å opprettholde en følelse av kontroll og skjule egen sårbarhet (Husum et al., 2018, s. 106). Det er derfor sentralt at helsevesenet fokuserer på å tilby tilstrekkelig ressurser og kompetansehevingstiltak for helsepersonell, for å hindre at personale utøver unødvendig bruk av tvang og maktmisbruk.

Når pasienter opplever maktmisbruk under behandlingen, kan det tenkes at pasientene føler seg enda mer sårbare og maktesløse. Dette kan føre til en opplevelse av avmakt og manglende kontroll over sin egen situasjon. I stedet for å føle seg trygge og ivaretatt under innleggelsen, kan dette heller føre til økt mistillit og fiendtlighet mot helsepersonellet. Denne økte følelsen av avmakt og mistillit kan igjen føre til mer motstand mot behandlingen, det være seg å ikke ønske å samarbeide med helsepersonell om ulike ting som skal gjennomføres. Dette kan så resultere i at helsepersonellet føler behov for å bruke mer tvang for å håndtere situasjonen, noe som ytterligere forsterker pasientens opplevelse av manglende kontroll og avmakt.

Dette kan da enda opp i en negativ spiral bestående av økende konflikt og tvang, som igjen kan gjøre det vanskeligere å etablere tillit og relasjon med pasienten. Samtidig kan det også tenkes at kombinasjonen av disse elementene kan ha en uheldig innvirkning på pasientens bedringsprosess.

Å anvende kompetanse riktig, handler om å bygge tillit og respekt ovenfor anerkjennelsen av brukerens livsverdier og selvbestemmelse (Kleppe, 2015, s. 126). Likevel rapporteres det om tilfeller der helsepersonellet ikke er egnet for jobben (Husum et al., 2018, s. 106). Dette kan naturligvis skyldes flere ting, men en vesentlig faktor kan igjen være ressursmangel. Den begrensede tilgangen på ressurser påvirkes av hvordan politikken prioriterer psykiatrien i budsjettet, noe som igjen vil påvirke tilgjengeligheten på ressurser til kompetanseheving og ansettelse av kvalifisert personell. Knappheten på ressurser kan føre til en sårbarhet i systemet, da det kan føre til at helsepersonell som i utgangspunktet mangler kompetanse eller nødvendig støtte, likevel må håndtere pasienter i situasjoner som oppleves som utfordrende.

Det er tydelig pasienter ønsker å få informasjon til rett tid, og at personale som arbeider med pasientene har både kompetanse og er egnet til jobben. Om man ser pasientene sine erfaringer i takt med helsepersonellens erfaringer, kan det virke til at konsekvensene for manglende ressurser påvirker hvordan pasientene ser på både helsepersonell og selve innleggelsen. Ressursknapphet kan dermed være en hindring som kan påvirke måten helsepersonell kan være i møte med pasienter.

5. 3 Tillit og relasjon som bærebjelke

Grunnlagsdokumentet for sosialarbeidere (FO, 2023) legger vekt på relasjonen mellom sosialarbeider og bruker. Dette blir også vektlagt i en rekke andre profesjoner innenfor helse og omsorgsykker. Tillit mellom profesjonsutøver og den som trenger bistand, er med andre ord noe som står sterkt i helse- og sosialfaglig arbeid (FO, 2023). Hvilken betydning det har for pasienter å ha god relasjon og tillit til helsepersonell belyses også gjennom valgt litteratur. Pasienter forteller om hvordan enkeltpersoner har vært helt essensielle for deres innleggelse, og at det har bidratt til å kompensere for en ellers forvirrende tilværelse (Molin et al. 2016, s. 7). På den andre siden viser det også hvordan enkeltpersoner og situasjoner kan skape negative opplevelser hos pasienter.

Å etablere og vedlikeholde en god relasjon mellom pasient og personal kan ha en betydelig innvirkning på behandlingen. Når helsepersonell forstår pasienten sine tanker og ønsker, kan det ha en positiv innvirkning på samarbeidet under innleggelsen. I beslutninger som omhandler videre behandling og løsninger rundt pasienter, kan det ha en positiv effekt om pasienten opplever at personale forsøker å være mer tilbøyelig for å etterstrebe pasienten sine ønsker. En konsekvens av dette kan igjen være at pasienten føler seg forstått og lyttet til.

Personer med psykiske lidelser er en gruppe som står i risiko for å bli marginalisert i samfunnet (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, 2021) og det kan tenkes at noen av pasientene kan ha negative erfaringer omhandlende relasjoner og ekskludering. Slik sett er det derfor viktig at de som arbeider med disse menneskene har verktøy og muligheter til å bli satt i stand til å håndtere de ulike situasjonene man vil møte på med denne gruppen for å kunne minimere negative opplevelser ved utøvelse av tvang.

Slik det fremkom av litteraturen og tidligere drøfting, opplevde helsepersonell utfordringer med å ha tid til å kommunisere nok med pasientene (Husum et al., 2018, s. 105). På den andre siden kan pasienter erfare at de pasientene som ble godt likt ble prioritert (Molin et al. 2016, s. 4). Om man tar dette i betraktning, kan det virke som at relasjonen mellom pasient og personal har innvirkning på hvor mye kommunikasjon og samhandling som blir gjennomført, samtidig som at det å samhandle med pasientene, også gir positiv innvirkning på relasjonen.

Til tross for at helsepersonell kan oppleve det som krevende å bruke den tiden de ønsker med pasientene og at det igjen påvirker relasjonen, er det sentralt å være bevisst på at det ikke kan fungere som en årsak til hvorfor en relasjon kan ha utfordringer. Som sosionom eller annet helsepersonell, arbeider man innenfor juridiske og organisatoriske rammer som bidrar til å sette rammer for hva som er mulig og ikke mulig å gjøre (Levin & Ellingsen, 2015, s. 120). Derfor er det viktig å være bevisst på at man som profesjonsutøver ikke kan avskrive seg selv fra situasjonen og gjøre seg selv til et instrument for den forvaltning eller tjeneste man jobber i (Levin & Ellingsen, 2015, s. 120). Ved å ha systemer og rutiner som årsaksforklaringer til hvorfor ting blir som det blir, kan det bidra til å skape en distanse som utfordrer relasjonen (Levin & Ellingsen, 2015, s. 120). Det handler da om å legge makten i yrkesutøverens faglige kunnskap og skjønn, fremfor i systemets regler og rutiner (Levin & Ellingsen, 2015, s. 121). Det kreves derfor at yrkesutøvere er bevisst på å inkludere bruker som en deltaker i arbeidet, til tross for at systemet kan oppleves som rigid og lite fleksibelt (Levin & Ellingsen, 2015, s. 120).

Likevel er det viktig å påpeke at utbrenthet dessverre er overrepresentert i yrker hvor man jobber med mennesker, og det kan tyde på at det er mange som strekker seg langt for å ivareta egen profesjonskunnskap innenfor trange rammer. Slik tidligere nevnt, rapporterer helsepersonell (Husum et al., 2018, s. 105) om begrenset tid til å utføre oppgaver på en tilfredsstillende måte og mangel på personell med relevant faglig bakgrunn. Ved å ta valgt litteratur i betraktning, kan det tenkes at mangel på kompetanse blant personale på en arbeidsplass, kan føre til ubalanse i fordelingen av ansvar og oppgaver. Slik at de som har den nødvendige kompetansen eller utdanningen, kan ende opp med å påta seg ekstra mye ansvar for å fylle gapet etter manglende kompetanse hos andre kollegaer for å sikre at alle oppgaver blir utført på en tilfredsstillende måte.

Et resultat av dette ekstra ansvaret kan være at de med den nødvendige kompetansen eller utdanningen får en betydelig økning i arbeidsbyrden. Noe som igjen kan resultere i redusert tid til å håndtere de opprinnelige arbeidsoppgavene som allerede eksisterer. Når helsepersonellet er overarbeidet og belastet, kan det føre til at relasjonen og tilliten blir redusert da helsepersonell sin evne til å kommunisere effektivt, vise empati og være til stede i situasjonen blir påvirket. Det kan resultere i at helsepersonell oppleves som fraværende og uoppmerksom, og pasientene sin relasjon og tillit til helsepersonellet kan bli svekket.

Ved å se på relasjon og tillit som en faktor som kan innvirke i hvordan pasienter opplever tvang, ser vi at en positiv relasjon med helsepersonell spiller en avgjørende rolle i hvordan pasienter opplever innleggelsen, og kan kompensere for andre utfordringer de møter. Likevel avdekker også disse funnene barrierer som tidsmangel og ufaglært personale som videre påvirker helsepersonellens mulighet til å etablere ønskede relasjoner med pasientene. Det kan da stilles spørsmål ved rammene som helsepersonell arbeider under, da myndighetene faktisk har et ansvar for å gi fagpersoner de nødvendige rammer til å kunne utføre jobben sin på en tilstrekkelig måte.

6.0 Avsluttende refleksjoner

Denne oppgaven har tatt sikte på å lande problemstillingen "Hvilke faktorer kan bidra til å minimere negative erfaringer med tvang?". Det fremkommer av litteraturen at kommunikasjon, tillit og relasjon, medvirkning og egnet personale er avgjørende faktorer for hvordan pasienter opplever utøvelsen av tvang i psykiatrien. Selv om disse faktorene er identifisert som sentrale, avdekker drøftingen også en rekke hindringer som kompliserer forståelsen av disse faktorene ved utøvelsen av tvang.

Det er viktig å erkjenne at betydningen av disse faktorene varierer blant pasientene, da pasienter i psykiatrien, som andre steder, er en svært mangfoldig gruppe med ulik bakgrunn, erfaring og individuelle behov. Derfor kreves det en individuell tilnærming for å møte pasientenes ulike behov og preferanser. Det innebærer å aktivt lytte til pasientene og involvere pasientene i beslutningsprosesser så langt det er mulig for å sikre at pasienter sine behov i størst mulig grad blir forsøkt dekket. Ved å erkjenne den individuelle variasjonen blant pasientene og tilpasse omsorgen deretter, kan helsepersonell bedre imøtekomme pasienters behov og bidra til å skape en mer positiv opplevelse selv i utfordrende situasjoner.

Videre avdekker drøftingen hvordan lovgivningen som regulerer bruken av tvang, kan være utfordrende å overholde på grunn av begrensede ressurser. Dette inkluderer både knapphet på personale, som fører til tidsbegrensninger, og en overvekt av ufaglært personale, som kan påvirke kvaliteten på behandlingen. Denne oppgaven bidrar slik sett til å illustrere hvordan rammebetingelsene i psykiatrien direkte påvirker personalets mulighet til å imøtekomme pasientenes behov under tvangssituasjoner. Ved å adressere de underliggende strukturelle og organisatoriske utfordringene, ser vi hvordan faktorene som pasientene tar opp, kan knyttes direkte til de rammene helsepersonell arbeider innenfor.

7.0 Referanser

- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid* (s. 65-79). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal.
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid* (s. 97-111). Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen. (2023, 18. november). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*.
https://issuu.com/fellesorganisasjonen/docs/ferdig_yrkesetiskgrunnlagsdokument?fr=xKAE9_zUINQ
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2017). En brytningstid i synet på psykiske vansker og behandling. I R. R. Diseth (Red.), ‘*I beste hensikt, men...*’ (s. 55-67). Det norske medisinske selskap.
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos helsepersonell i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2-3), 98-111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-0>
- Kleppe, L. C. (2015). Sosialfaglig kompetanse. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid* (s. 139-153). Universitetsforlaget.
- Levin, L. & Ellingsen, I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid* (s. 112-124). Universitetsforlaget.

Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. EA. (2014). Omsorg under tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2), 115-124. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>

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*, 1-11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. (2021, 11. januar). *Stigma fører til diskriminering*. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/stigma-forer-til-diskriminering/>

Norvoll, R. & Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer*. Universitet i Oslo. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshefte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf>

Pasient- og brukerrettigheter. (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%20bruker>

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>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. Gyldendal akademisk.

Sykepleierforbundet. (2019, 8. oktober). *Utforsket pasienters opplevelse av tvang*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-78900.pdf>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg).
Fagbokforlaget.

Ursin, L. (2023, 7. september). Pasientautonomi. I *Store Norske Leksikon*.
<https://sml.snl.no/pasientautonomi>

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2014). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 93-189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>

Dokumentasjon av søk / Søkelogg

Dato for søk	Database	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall utvalgte kilder
07.02.2024	Idunn	Pasienterfaringer AND Tvang	Siste ti år.	6	2	0
07.02.2024	Idunn	Psykatri AND Pasienterfaringer	Siste ti år.	6	1	0
07.02.2024	Idunn	Erfaringer AND Tvang	Siste ti år.	660	5	2
16.03.2024	Idunn	Tvang AND Makt	Siste ti år.	602	6	1
16.03.2024	Idunn	Tvang AND Relasjon	Siste ti år. Forskningsartikkel.	286	2	1
16.03.2024	Idunn	Tvang AND Medvirkning	Siste ti år. Forskningsartikkel.	60	1	1
02.04.2024	Oria (NTNU Universitetsbibliotek)	Coercion AND Experiences	Siste ti år. Fagfelleverderte tidsskrift.	2224	0	0
02.04.2024	Oria (NTNU Universitetsbibliotek)	Coercion AND Psychiatry	Siste ti år. Fagfelleverderte tidsskrift.	1192	4	0
03.04.2024	Oria (NTNU Universitetsbibliotek)	Coercion AND Psychiatry AND experiences	Sist ti år. Fagfelleverderte tidsskrift.	429	5	1

