



Tvang i psykisk helsevern

Hvordan kan sykepleier bidra til at tvangstiltak utføres på en god måte for pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling?

Kandidatnummer: 823
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9569
Dato: 15. April 2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 15.04.2018
Tittel Tvang i psykisk helsevern	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til at tvangstiltak gjennomføres på en god måte for pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Teoretiske perspektiver som legges til grunn er formell tvang med presentasjon av psykisk helsevernloven, uformell tvang, yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper, en presentasjon av pasientgruppen, samt Joyce Travelbees sykepleieteori.	
<u>Metode</u> Litteraturstudie. Tre forskningsartikler belyser problemstillingen sammen med annen faglitteratur, lovverk, yrkesetiske retningslinjer, nasjonale faglige retningslinjer og offentlige utredninger. Databasen PubMed er anvendt for å finne forskningslitteratur.	
<u>Drøfting</u> Sykepleierens bidrag til å utøve tvang på en god måte drøftes opp mot litteraturen og rammefaktorer som sykepleieren må forholde seg til. Hovedtemaer som drøftes er juridisk forankring og proporsjonalitet, tvang som omsorg og beskyttelse, sykepleieren i møte med pasienten og omgivelsenes betydning og struktur.	
<u>Konklusjon</u> Sykepleieren kan bidra til en bedre utøvelse av tvang ved å ha kjennskap til lovverket og ved å følge yrkesetiske retningslinjer. Gode observasjoner av pasienten er avgjørende. Sykepleierens evne til kommunisere omsorg kan bedre pasientens opplevelse ved tvang. Sykepleieren bør etterspørre og inkludere pasientens synspunkter, samt informere fortløpende om tvangens innhold og dele argumentene som ligger til grunn for det aktuelle tiltaket. Omgivelsene kan bidra til å forsterke pasientens negative opplevelser ved tvang og det bør tilrettelegges slik at disse er best mulig, blant annet ved å la pasienten ha personlige eiendeler rundt seg.	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.1	Problemstilling.....	2
1.1.2	Avgrensning og begrepsavklaring	2
1.1.3	Kontekst.....	2
1.1.4	Målgruppe.....	3
1.1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teori.....	4
2.1	Formell tvang	4
2.2	Uformell tvang.....	5
2.3	Pasientgruppen – hvem legges inn på tvang?	6
2.4	Sykepleierens funksjonsområder og yrkesetikk	7
2.4.1	Sykepleierens funksjonsområder	7
2.4.2	Etiske prinsipper	8
2.4.3	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	9
2.5	Presentasjon av sykepleieteori – Joyce Travelbee	9
3	Metode	11
3.1	Litteratursøk	11
3.2	Kildekritikk	12
3.3	Etiske vurderinger	13
4	Presentasjon av forskningslitteratur	14
5	Drøfting	16
5.1	Juridisk forankring og proporsjonalitet	16
5.2	Tvang som beskyttelse og omsorg	19
5.3	Møtet mellom sykepleier og pasient	21
5.3.1	Diagnose versus person	21
5.3.2	Lidelse som personlig fenomen	23
5.3.3	Kommunikasjon.....	24
5.4	Omgivelsenes betydning og struktur	25
6	Avslutning	28
7	Referanseliste	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tvang er potensielt svært integritetskrenkende og reiser ofte mange etiske utfordringer og dilemmaer (Husum, Hem, Pedersen & Aarre, 2017, s.190; Universitetet i Oslo [UiO], 2017). Gjennom flere år har det vært et helsepolitisk satsningsområde å redusere bruken av tvang både gjennom nasjonale strategier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; NOU 2011:9), og senest i 2017 ved lovendring i psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017b, s.2). Det er imidlertid usannsynlig å se for seg et psykisk helsevern helt uten bruk av tvang (Husum et. al, 2017, s.206; Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s.4). Det er enighet blant bruker- og fagfeltet om at arbeidet for å redusere, men også kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene må fortsette (Pedersen, Hellevik & Skui, 2016, s.5). Prosjektet ”Psykiske helsetjenester, etikk og tvang” (PET-prosjektet) er finansiert av Helsedirektoratet og pågikk mellom 2011 og 2016. Formålet var å bidra til mer kunnskap om etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Pasientperspektivet er i stor grad vektlagt i dette prosjektet da det anses som viktig for å kunne gjennomføre tvangsbruken på en minst mulig krenkende måte (UiO, 2017). Dette omfattende prosjektet viser at tematikken er dagsaktuell. To av forskningsartiklene som presenteres i resultat- og drøftingskapittelet er delstudier som inngikk i dette prosjektet.

Fenomenet tvang vekket min nysgjerrighet fra første stund jeg satte min fot inn i en psykiatrisk avdeling, og er noe jeg er like fascinert av den dag i dag. Siden 2009 har jeg jobbet som assistent og miljøterapeut i ulike psykiatriske avdelinger. Dette har medført at jeg har stått i flere situasjoner hvor tvang har vært gjeldende, og som har fått meg til å fatte en særskilt interesse for hvordan praksisen for tvang kan forbedres. Oppgavens formål er se på hvordan sykepleiere kan gjennomføre tvangsmessige tiltak på best mulig måte. Dette vil gjøres ved å undersøke pasientperspektivet. Sykepleiere har et stort ansvar knyttet til bruk av tvang, og det er derfor viktig å inneha kunnskap om hvordan det kan gjennomføres på en god og etisk forsvarlig måte (Norsk sykepleierforbund, 2017, s.23).

1.1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at tvangstiltak gjennomføres på en god måte for pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling?

1.1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Fokuset i denne oppgaven ligger på pasienterfaringer og deres ønsker og forslag til forbedring av praksis rundt tvang. I henhold til problemstillingens ordlyd er derfor begrepet *god måte* valgt. Med dette menes tvang utført på en slik måte som pasientene selv anser som god. Begrepet omhandler dermed hva pasientene anser som viktige holdepunkter for en god utøvelse av ulike tvangstiltak. Dette begrepet skiller seg fra *riktig bruk av tvang* som utelukkende omhandler den formelle delen av tvangsbegrepet, herunder det juridiske grunnlaget. Dette begrepet reiser spørsmål rundt når tvang er riktig å anvende og ikke, sett i sammenheng med lovverket (Sosial- og helsedepartementet, 2006, s.2). Det er imidlertid to perspektiver som på enkelte områder overlapper, og riktig bruk av tvang vil også bli drøftet.

I oppgavens drøftingsdel brukes begrepet *behandler*. Med dette menes lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning, og er den som er vedtaksansvarlig for tvangstiltakene (Helsedirektoratet, 2017b, s.9). For enkelthets skyld omtales sykepleieren som hun og pasienten som han.

1.1.3 Kontekst

Psykisk helsevern er en del av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016) og tvangsinnleggelse skjer i det alt vesentlige ved sykehusavdelinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s.8). Disse ivaretar funksjoner som krever mer spisskompetanse og personellmessige ressurser (Helsedirektoratet, 2018), som ofte gjør seg gjeldene ved tvang. Konteksten for oppgavens problemstilling er derfor akuttpsykiatriske avdelinger.

Forskningsartiklene som er valgt til resultat- og drøftingskapittelet tar også for seg slike avdelinger. Akuttpsykiatriske avdelinger plikter gjennom lov å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med øyeblikkelig hjelp menes at pasientene har lovmessig krav på inntak innen 24 timer etter henvisning (Vatne, 2015, s.19). Innleggelse kan dermed skje hele døgnet (Oslo Universitetssykehus, 2016), noe som kan prege atmosfæren i avdelingene. Videre har pasientene i akuttpsykiatriske avdelinger redusert kontakt med omverdenen og begrensninger

med hensyn til autonomi. Avdelingene har som regel en lukket skjermingsenhet og et såkalt åpent avsnitt (Vatne, 2015, s.19). Alle dører er låste, og ingen slipper ut eller inn uten at man har nøkkel. Personalet bærer alarmer og det er fokus på struktur og sikkerhet. Skjerming og ulike tvangstiltak gjennomføres når dette anses som nødvendig med tanke på behandlings- eller sikkerhetsmessige hensyn (Sørgård, 2016).

1.1.4 Målgruppe

Målgruppen er voksne mennesker fra 18 år og oppover innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Målet med oppgaven er å belyse holdepunkter for god utøvelse av tvang generelt, fremfor konkrete diagnoser eller tvangstiltak. Det er derfor valgt en bred tilnærming.

Forskningsartiklene som er valgt til resultat- og drøftingskapittelet omhandler også ulike former for tvangsopplevelser blant personer mellom 18-60 år med ulike psykiske diagnoser. Det kan derfor være store variasjoner i hvilke erfaringer deltakerne har med tvang. Dette anser jeg imidlertid som konstruktivt for å kunne belyse oppgavens problemstilling, da det er ønskelig å finne et overordnet inntrykk av hvilke holdepunkter pasientgruppen samlet mener er viktig for god utøvelse av tvang. De ulike tvangstiltakene beskrives i oppgavens teorikapittel.

1.1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel to presenteres relevant teori. Først omtales formell tvang ved å presentere deler av psykisk helsevernloven, deretter gis en kort beskrivelse av uformell tvang. Videre kommer en beskrivelse av pasientgruppen som oftest legges inn til døgnbehandling innen psykisk helsevern. Dette for å gi leseren et bilde på hvilke tilstander og diagnoser som ofte behandles med tvang. Deretter knyttes sykepleierens funksjonsområder opp mot relevante etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer, og avslutningsvis presenteres elementer fra Travelbees sykepleieteori. I kapittel tre omtales litteraturstudie som metode, og det gjøres rede for fremgangsmåte for innhenting av litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. I kapittel fire presenteres forskningslitteraturen i en tabell, med en kort fremstilling av hovedtemaer. I kapittel fem drøftes problemstillingen opp mot de valgte forskningsartiklene og øvrig faglitteratur. I sjette og siste kapittel oppsummeres de viktigste funnene med en kort sammenfatning som svar til problemstillingen.

2 Teori

2.1 Formell tvang

Formell tvang innebærer tvang som er regulert av lovverk. I Norge er det psykisk helsevernloven som regulerer den formelle tvangsbruken i psykisk helsevern (Pedersen, Hellevik & Skui, 2016, s.9). Overordnet kan en si at den formelle tvangen i Norge innebærer innleggelse, samt ulike former for tvangstiltak ved selve gjennomføringen av innleggelsen:

- Legeundersøkelse (§3-1, et vilkår for å kunne legge inn pasienten på enten §3-2 eller §3-3).
- Innleggelse (Tvingen observasjon §3-2 og tvungent psykisk helsevern §3-3).
- Skjerming (§4-3).
- Behandling uten eget samtykke (§4-4 a. Herunder undersøkelse, medisiner eller ernæring).
- Innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (§4-5, som for eksempel beslag av PC og mobil for en periode).
- Undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§4-6).
- Beslag (§4-7, for eksempel av farlige gjenstander, rusmidler, legemidler og andre skadelige stoffer).
- Rusmiddeltesting av biologisk materiale (§4-7 a.)
- Mekaniske tvangsmidler (§4-8 a. som belter og remmer).
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (§4-8 b.)
- Enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler (§4-8 c, ofte i form av injeksjoner).
- Kortvarig fastholding (§4-8 d.).

(Helsedirektoratet, 2017b).

Vedtakene viser at selv om en person er innlagt mot sin vilje, begrenser psykisk helsevernloven når det er legitimt å bruke tvang i utøvelsen av det tvungne vernet. Det må fattes egne vedtak i forhold til de ulike formene for tvangstiltak (Psykisk helsevernloven, 1999, §4). Videre må en rekke vilkår oppfylles om en pasient skal kunne legges inn på tvingen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i henhold til §3-2 og §3-3 (Psykisk helsevernloven, 1999). 1.september 2017 trådte det i kraft en endring i psykisk helsevernloven som innebærer et nytt tilleggsvilkår om at pasienten må mangle

samtykkekompetanse for at vedkommende skal kunne tvangsinnlegges eller behandles mot sin vilje. Vilkåret gjelder imidlertid ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende fare for eget liv eller andres liv og helse (Helsedirektoratet, 2017b, § 2-1). Dette er en endring som har skjedd på bakgrunn av målsettingen om å redusere tvangsbruken i Norge, samt at psykisk helsevern forsøkes å sidestilles med somatikken ved at hovedprinsippene for helsehjelpen er selvbestemmelse og samtykke. Videre er det et tiltak for å styrke pasientenes rettssikkerhet. Det skal således være mulig for psykisk syke å nekte behandling, så lenge pasienten er samtykkekompetent og i stand til å reflektere rundt, samt forstå hvilke konsekvenser det kan føre til dersom helsehjelpen velges fra (Helsedirektoratet, 2017a).

Kontrollkommisjonen er pasientenes klageinstans innen psykisk helsevern, og skal sørge for at pasientenes rettssikkerhet ivaretas. Pasientene kan klage på alle vedtak etter psykisk helsevernloven til kontrollkommisjonen, med unntak av vedtak om behandling uten eget samtykke (§4-4), som behandles av fylkesmannen (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Uformell tvang

I tillegg til formell tvang regulert i lovverket, har man det som kalles uformell tvang. Det betyr ikke nødvendigvis at den er ulovlig, men det betyr at den ikke reguleres av en egen lovhemmel (Engerdahl, Molewijk & Pedersen, 2016, s.106). Uformell tvang kan være mer usynlig, strukturell eller avhengig av den enkelte medarbeiders moral, relasjonelle ferdigheter og personlighet. Derfor snakker man også om begrepet skjult tvang (Husum et. al, 2017, s.196). Uformell tvang anvendes ofte av helsepersonell i situasjoner der pasienten er uenig i det behandleren eller personalet mener er riktig å gjøre, både bevisst og ubevisst. Begreper som ”hindre”, ”nekte” og ”avlede” går igjen, og en fellesnevner er at personalet forsøker å påvirke pasientene i en retning de mener er best (Engerdahl et. al, 2016, s.106). Det kan også kjennetegnes som press, trusler eller betingelser som kan gjøre at pasienten opplever å ikke ha reell selvbestemmelse eller frihet. (UiO, 2017, s.10).

Skillet mellom frivillighet og tvang kan ofte være utydelig sett fra pasientens ståsted og i den daglige praktiseringen av lovverket. Mange innleggelses befinner seg også i en gråsoner mellom frivillighet og tvang, noe som innebærer at mange innleggelses verken er klart frivillig eller klart ufrivillig (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s.15). Opplevd tvang kan vise til pasientenes oppfatning av at de er tvunget til å motta psykiske helsetjenester, uavhengig av

om innleggelsen skjer via frivillig eller tvunget vern. Eksempelvis kan en pasient ved frivillig innleggelse ha opplevd å bli presset av andre, for eksempel pårørende, naboer eller politiet (Husum et. al, 2017, s.197). Pasienter kan også som en del av sin sykdom være ambivalent til behovet for hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s.15).

2.3 Pasientgruppen – hvem legges inn på tvang?

For døgninnleggelser i psykisk helsevern fra 2016 er psykoselidelser og affektive lidelser de to mest representerte diagnosegruppene, med en prosentandel på henholdsvis 25,7 og 25,4 (Indergård, Solbakken & Urfjell, 2017, s.12).

Psykososer er en fellesbetegnelse på en sammensatt gruppe psykiske lidelser med det til felles at personen med lidelsen har nedsatt eller manglende realitetstestende evne. Psykoselidelsene kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper av symptomer: positive symptomer, negative symptomer og affektforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2013, s.129). De positive symptomene representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er til stede, så som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. De negative symptomene er en reduksjon eller et bortfall av normale funksjoner, og kan innebære følelsesmessig avflatning eller passiv tilbaketrekking fra omgivelsene. Affektforstyrrelsene viser seg som følelses- eller tankemessige vansker som angst, depresjon og nedsatt kapasitet for læring, hukommelse og planlegging. Psykose er en individuell opplevelse, men en fellesnevner er at man mister grepet om hva som er virkelighet og fantasi. Å ha opplevelser som er annerledes enn andres er også en fellesnevner, og noe som ofte kan bidra til at personen som opplever det kan kjenne på redsel (Helsedirektoratet, 2013, s.129; Norsk psykologforening, udatert).

Alle tilstander med forandret stemningsleie kommer inn under fellesbetegnelsen stemningslidelser eller affektive lidelser. Dette innebærer blant annet diagnoser som depresjon, mani/manisk episode og bipolar lidelse. Bipolare lidelser er de stemningslidelsene hvor det i noen faser foreligger senket stemningsleie og i andre faser hevet stemningsleie. Mellom disse fasene kan det være perioder hvor pasienten er helt frisk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s.337, 340)

Vedvarende tristhet eller nedstemthet, og/eller tap av evnen til å føle interesse for noe eller glede seg, samt tristhet og redusert energi er nøkkelsymptomer ved depresjon. Videre finnes

en rekke relaterte symptomer som søvnforstyrrelser, nedsatt konsentrasjon, initiativløshet og ambivalens, lav selvtillit, skyldfølelse, selvbebreidelse og pessimisme, nedsatt eller økt appetitt, selvmordstanker eller selvmordshandlinger, uro eller psykomotorisk retardasjon (Helsedirektoratet, 2009, s.32-33). Depresjon kan skaleres i mild, moderat og alvorlig grad (Hummelvoll, 2014, s.198-200).

Ved mani er stemningsleiet hevet langt over det som harmonerer med forholdene, og i en grad som gjør at funksjonsevnen blir nedsatt. Personen kan være oppstemt, men også irritabel og utflytende. Behovet for søvn reduseres og det psykomotoriske tempoet er økt. Pasientene er ofte pratsomme, hektiske og oppjaget. Taletrang er vanlig. Selvtilliten stiger, og av og til ses grandiositet og overoptimisme. Atferden kan være både kritikkløs og farlig. Tankeflukt gjør det vanskelig å holde oppmerksomheten over tid, og mange blir svært distre. Manien kan ha psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger som ofte har et grandioست preg. Det kan dreie seg om å være en berømt og viktig person, å inneha spesielle evner eller å ha et kall. Det kan også dreie seg om mistenksomhet og forfølgelse. Hallusinasjoner kan forekomme (Helsedirektoratet, 2012, s.25).

2.4 Sykepleierens funksjonsområder og yrkesetikk

2.4.1 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleieryrket omfatter ulike funksjoner eller områder, som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.17). I rammeplan for sykepleierutdanningen identifiseres disse funksjonsområdene (Regjeringen, 2008, s.5-8), hvor yrkesetisk holdning og handling trekkes fram som særlig viktig relatert til denne oppgavens tematikk. Om det aktuelle funksjonsområdet står det beskrevet at grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Det fremheves at sykepleieren må inneha handlingskompetanse til å ivareta den enkelte pasients integritet, retten til medbestemmelse og til ikke å bli krenket. Videre løftes evnen til å yte helhetlig omsorg fram, og at sykepleien må utføres i tråd med yrkesetiske retningslinjer (Regjeringen, 2008, s.7). I følge Husum et al. er god kvalitet på behandlingstilbudet og god etisk praksis to sider av samme sak. Tvang kan potensielt være svært integritetskrenkende, og reiser etiske spørsmål blant annet rundt prinsippene autonomi, velgjørenhet og ikke-skade (2017, s.207). I

det følgende vil derfor både etiske prinsipper og relevante utdrag fra yrkesetiske retningslinjer beskrives.

2.4.2 Etiske prinsipper

Prinsippet autonomi omhandler menneskets rett til selvbestemmelse, og til å ta egne valg (Nortvedt, 2016, s.98). Det er to sentrale aspekter ved verdien autonomi. Det ene er at selvbestemmelse forutsetter bestemte egenskaper som gjør at personen kan ta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne. Evnen til kritisk rasjonalitet er essensielt i denne sammenhengen. Det andre aspektet er at mennesket på bakgrunn av fornuftsevnen innehar en status som medfører rettigheter. Selvbestemmelse for det enkelte individ blir dermed en viktig etisk verdi (Nortvedt, 2016, s.136). Autonomien er imidlertid ikke absolutt. For at en person skal kunne handle autonomt, må vedkommende være i stand til å bruke denne selvbestemmelsesretten på en meningsfull måte. Denne evnen kan forstås som det å være samtykkekompetent. (Larsen & Pedersen, 2017, s.240). Slettebø fremhever at en person likevel har en autonom vilje, selv om tvang kan begrense mulighetene til å handle autonomt. Hun mener derfor at bevissthet rundt dette er viktig for hvordan man behandler vedkommende (2013, s.89). Motsatsen til autonomi er paternalisme (Lillemoen, 2015, s.307). Paternalisme kommer fra det latinske ordet *pater* og betyr faderlighet (Alvsvåg, 2015, s.165). I helsefaglig sammenheng betyr paternalisme at den profesjonelle tar beslutninger til pasientens beste uten at pasienten selv involveres i beslutningen (Lillemoen, 2015, s.305).

Velgjørenhet og ikke skade-prinsippet blir ofte omhandlet under ett fordi begge fokuserer på å gjøre vel for pasienten (Slettebø, 2013, s.103). Velgjørenhetsprinsippet omhandler å både ville og, etter beste evne gjøre det beste for pasienten. Dette innebærer å sette pasienten i fokus, og krever en evne til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon (Nortvedt, 2016, s.97).

Velgjørenhet er i følge Larsen & Pedersen (2017, s.243) den viktigste begrunnelsen for å anvende tvang. Ikke skade-prinsippet omhandler sykepleierens plikt til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten (Slettebø, 2013, s.102). Innenfor den prinsippbaserte etikken må da eventuell skade veies opp mot eventuelle positive virkninger, hva pasienten selv ønsker, og eventuelt prinsippet om rettferdighet. Sistnevnte kan gjelde i tilfeller hvor hensynet til andre eller samfunnet må veies opp mot hensynet til pasienten (Husum et. al, 2017, s.201).

2.4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utgjør standarder og normer for yrkesutøvelsen, og er en viktig rettesnor for hva sykepleiere skal vektlegge i vanskelige situasjoner (Slettebø, 2013, s.16). Retningslinjene består av seks hovedpunkter som sykepleiere må forholde seg til i sin utøvelse av sykepleiefunksjonen (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016). I det følgende vises det til retningslinjenes to første punkter som anses relevante for oppgavens problemstilling.

I første punkt som omhandler sykepleieren og profesjonen, kommer det fram at sykepleieren har et personlig ansvar for å sette seg inn det lovverket som regulerer tjenesten. Sykepleieren har også et ansvar for at egen yrkesutøvelse er både faglig, juridisk og etisk forsvarlig. Videre fremheves det at de yrkesetiske retningslinjene skal anvendes som et styringsverktøy, og at sykepleieren har et særskilt ansvar for å legge til rette for etisk refleksjon og fagutvikling i sin daglige praksis (NSF, 2016).

Det andre punktet omhandler sykepleieren og pasienten. Her løftes autonomibegrepet frem ved at sykepleieren har et ansvar for å gi pasienten tilstrekkelig informasjon slik at pasienten får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleieren skal også yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Å understøtte pasientens livsmot, håp og mestring trekkes fram som viktige sykepleieoppgaver. En annen viktig oppgave som trekkes fram er at sykepleieren skal yte helhetlig omsorg, og bidra til å fremme helse og forebygge sykdom. Videre har sykepleieren et viktig ansvar rundt å beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (NSF, 2016).

2.5 Presentasjon av sykepleieteori – Joyce Travelbee

Valget av Joyce Travelbees teori begrunnes i hennes fokus på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. For å forstå hva sykepleie er, hevder Travelbee at man må ha en forståelse av det som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasientens tilstand. Teoriens sentrale begreper er menneske-til-menneske-forhold, mennesket som individ, lidelse, mening og kommunikasjon (Kirkevold, 2006, s.113-117).

Travelbee anser sykepleie som mellommenneskelig prosess, fordi det alltid dreier seg om mennesker i møte med hverandre. Med prosess menes det at sykepleie er en hendelse eller serier av hendelser mellom sykepleieren og et individ, og det har en dynamisk karakter hvor forandring står sentralt (1999, s.29-30). Hun understreker betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold mellom sykepleieren og pasienten, det hun kaller et menneske-til-menneske-forhold. I dette forholdet deles opplevelser og erfaringer av sykepleieren og den som er syk. Hun tillegger sykepleieren stort ansvar i at dette forholdet målbevisst blir etablert og opprettholdt (Travelbee, 1999, s.41). I dette forholdet hevder Travelbee at det er viktig å anerkjenne pasienten som et individ, og ikke bare som en diagnose eller en pasient. Begrepet pasient kan i følge henne bidra til å slette ut individets spesielle trekk, og kun fremheve det generelle. Videre anser Travelbee lidelse som et høyst personlig fenomen som oppleves ulikt for hvert enkelt menneske. Travelbee underkjenner også til dels diagnose som verktøy, da hun mener at personens egen opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere å fokusere på. Hun mener en forståelse av personens egen opplevelse av sin tilstand er en viktig forutsetning for å kunne hjelpe vedkommende til å finne håp og mening, som er et av hennes mål med sykepleien (Kirkevold, 2006, s.113-114). Travelbee legger altså vekt på å kjenne den man skal ha omsorg for. Hver og en opplever og reagerer forskjellig på ulike påkjenninger, og sykepleieren bør tilstrebe å kjenne til hvordan den enkelte reagerer for å kunne gi meningsfull hjelp (1999, s.141).

Kommunikasjon trekkes fram som en viktig ferdighet for sykepleieren, og ifølge Travelbee skal innholdet i kommunikasjonen være velgjørenhet. Hun hevder at kommunikasjon er en komplisert prosess som krever forskjellige evner som kunnskap, evne til å anvende denne, sensitivitet, en velutviklet sans for ”timing”, samt mestring av ulike kommunikasjonsteknikker (1999, s.149). Kommunikasjon er en prosess der sykepleieren søker å gi informasjon og et middel der pasienten søker å få hjelp. Videre er kommunikasjon en prosess der sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandre og tillit kan skapes. Sykepleieren formidler også omsorg gjennom kommunikasjonen og gjør sykepleieren i stand til å etablere menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s.136). Sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon inngår i det Travelbee kaller ”terapeutisk bruk av seg selv”, noe som innebærer en bevisst bruk av seg selv, sin personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos den syke (Kirkevold, 2006, s.119).

3 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er en metode som baserer seg på en gjennomgang av eksisterende litteratur vedrørende emnet, så som fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s.207). I denne oppgaven er det valgt ut tre forskningsartikler som presenteres i resultat- og drøftingskapittelet, hvor alle tre er kvalitative. Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp opplevelser og mening som ikke er målbart. Metoden går i dybden og er velegnet for å få frem det som er spesielt og særegent. Forskerne ser fenomenet innenfra, og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2017, s.53). Det har vært bevisst å lete etter kvalitative forskningsartikler, da problemstillingen er vanskelig å belyse ut fra kvantitative data. Den kvantitative metoden karakteriseres av å gi data i form av målbare tall og statistikk, og tar sikte på å formidle forklaring fremfor forståelse (Dalland, 2017, s.52-53).

3.1 Litteratursøk

Søkeprosessen med å finne artikler var omfattende. Det ble først gjort søk i databasene CINAHL, SweMed+, MEDLINE og Google scholar. De første søkene var brede og med formål om å finne ut av hva som fantes av forskning på området. Noen av søkeordene som ble benyttet var ”coercion”, ”mental health care”, ”psychiatric ward”, ”ethics”, ”patient-nurse relations”, ”empathy”, ”patient autonomy” og ”involuntary treatment”. Disse ble kombinert med de boolske operatørene AND og OR. Deretter ble søkene innsnevret ved å spisse søkeordene etter å ha kikket gjennom ulike artikler som ga forslag til nye emneord. Databasen PubMed ble også inkludert, da det ikke ble funnet artikler som var relevante i de andre databasene. Det var en del litteratur å finne rundt emnet psykisk helsevern og tvang, men få artikler så på pasientperspektivet ved selve gjennomføringen av tvang. Tabellen under viser fremgangsmåten ved søket til den første artikkelen som ble inkludert.

Søkeord	Database	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
”coercion” ”patient perspective” kombinert med den boolske operatøren AND.	PubMed	Ikke eldre enn 5 år Fulltekstilgang Engelsk språk	27	Patients moral views on coercion in mental health care (Norvoll & Pedersen, 2016)

Denne artikkelen baseres på en studie utført i Norge, noe som førte til ideen om å forsøke å finne flere studier fra Norge. Kjedesøk ble derfor veien videre. Gjennom å benytte funksjonen ”similar articles” i PubMed, samt ved å benytte kjedesøk med utgangspunkt i artikkelen til Norvoll & Pedersen (2016) ble det tydelig at det i Norge har vært satset på forskning rundt temaet tvang og etikk innen psykisk helsevern. Dette resulterte i at de to andre artiklene som ble inkludert også er basert på forskning utført i Norge. Ved anvendelse av kjedesøk anbefales det at artikkelen det tas utgangspunkt i er av nyere dato (Rienecker & Jørgensen, 2010, s.209), noe artikkelen fra Norvoll & Pedersen (2016) er.

Den øvrige litteraturen er valgt ut etter møysommelig arbeid med prosjektbeskrivelsen, hvor det ble utarbeidet en detaljert disposisjon for oppgaven. Denne prosessen resulterte i at nøkkeltemaer kom til som således har vært utgangspunktet for å velge ut relevante kilder. I tillegg til forskningslitteraturen, har det i denne oppgaven blitt benyttet offentlige dokumenter og rapporter, lover, yrkesetiske retningslinjer, nasjonale faglige retningslinjer, pensumlitteratur, sykepleieteori og enkelte selvvalgte fagbøker.

3.2 Kildekritikk

De tre forskningsartiklene er basert på forskning utført i Norge, noe som sikrer en bedre overførbarhet til praksis. Sammenligning av tvangsbruk innen psykisk helsevern har nemlig vist seg å være vanskelig, både nasjonalt og internasjonalt. Dette skyldes blant annet at lovgrunnlaget, organisering av tjenestene og det enkelte lands definisjon av tvang varierer betydelig (Helsedirektoratet, 2015, s.13). Blant forfatterne av de valgte forskningsartiklene har flere bakgrunn som sykepleiere, og innehar sentrale roller innen forskningsmiljøet. Flere av forfatterne er også professorer, blant annet innen etikk (Pedersen & Nortvedt, 2017). Dette anses som relevant fagbakgrunn i henhold til oppgavens tematikk. Formålet med studiene kommer også tydelig fram i alle tre artiklene. Det nevnte er faktorer som Dalland hevder er avgjørende for å sikre kildens kvalitet (2017, s.159-160).

Videre er alle artiklene av nyere dato, noe som sikrer at kunnskapen er oppdatert. Enkelte av fagbøkene som er anvendt er imidlertid av noe eldre dato da det viste seg å være vanskelig å finne oppdaterte fagbøker rundt temaet psykisk helse for konteksten som er valgt for denne oppgaven. Disse bøkene er med på å belyse elementer jeg selv innehar kunnskap om på

bakgrunn av min erfaring fra området. Noen av de eldste kildene det refereres til er således med på å understøtte poenger som jeg vet er gjeldene i dagens praktisering innen akuttpsykiatriske avdelinger.

Fagfellevurdering er ytterligere en kvalitetsindikator (Svartdal, 2014), og samtlige av artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter med fagfellevurdering. Videre er relevans et grunnleggende krav til litteraturen som anvendes (Dalland, 2017, s.60), og de inkluderte artiklene anses som relevante da de bevarer problemstillingen blant annet ved å utforske pasientperspektivet. En svakhet ved studiene kan være påliteligheten da de alle er kvalitative, noe som kan medføre at det kan oppstå feiltolkninger under intervjuene og observasjonene (Dalland, 2017, s.60). Likevel er kvalitativ metode ansett som relevant for å kunne belyse problemstillingen best mulig.

Utover forskningsartiklene, er det inkludert et rikt utvalg av offentlige dokumenter og rapporter og nasjonale faglige retningslinjer. Denne litteraturen anses som relevant da det omhandler helsepolitiske føringer som er en overordnet ramme sykepleieren må forholde seg til. Kildens troverdighet anses ivaretatt da mye er hentet fra offentlige instanser, som blant annet Helsedirektoratet .

3.3 Etiske vurderinger

Oppgaven følger retningslinjer for oppgaveskriving og andres arbeid krediteres fortløpende gjennom teksten. I drøftingsdelen presenterer jeg innledningsvis et kort eksempel på egne erfaringer fra praksis. Anonymitet og taushetsplikt ivaretas ved at det ikke kommer fram fra hvilket sykehus eller avdeling erfaringene stammer fra, og ingen konkrete eksempler som involverer pasienter er anvendt.

Det er gjort rede for etiske overveielser i de tre valgte forskningsartiklene av Norvoll & Pedersen (2016), Larsen & Terkelsen (2014) og Lorem, Hem & Molewijk (2014) som presenteres i resultat- og drøftingskapittelet. Alle de tre studiene har søkt og fått godkjenning av etikk- og forskningskomiteer. Kun deltakere med informert samtykke er inkludert, og alle deltakere er anonymisert og tildelt oppdiktete navn i fremstillingen av funnene.

4 Presentasjon av forskningslitteratur

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Reidun Norvoll & Reidar Pedersen, 2016 * Delstudie i PET-prosjektet	Patients' moral views on coercion in mental health care	Nursing Ethics	Undersøke hvilke etiske hensyn og normative argumenter som er inkludert i pasientenes evaluering av tvang. Se på om deltakerne anser tvang som riktig eller galt, og deres syn på beste praksis for tvang.	Kvalitativ studie. Individuelle intervjuer med tre innlagte pasienter Tre fokusgruppeintervjuer med fem til syv deltakere. To brukere tok selv kontakt med forfatterne og ønsket å dele sine erfaringer. Totalt deltok 10 kvinner og 14 menn med ulike psykiske diagnoser, og som har opplevd tvangsinnleggelse og andre tvangstiltak	Hvordan tvangen ble utført, samt innholdet og konsekvensene av tvangen var avgjørende for pasientene. De kunne anse tvangen som moralsk forsvarlig dersom personalet møtte dem på en god måte. Paternalistisk kultur kritisert av pasientene. Videre ble det av forfatterne presentert forslag til hvordan tvang kan gjennomføres på best mulig måte.
2	Inger B. Larsen & Toril B. Terkelsen, 2014	Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff	Nursing Ethics	Utforske både pasientenes og helsepersonells syn på tvang.	Kvalitativ studie. Data innsamlet gjennom observasjoner og samtaler, samt intervjuer med personalet i løpet av en periode på fire måneder i 2010. Totalt 12 pasienter og 22 ansatte deltok. Pasientene: ni menn og tre kvinner med diagnosene schizofreni, bipolar lidelse, rusutløst psykose og personlighetsforstyrrelser. Personalet: 8 kvinner og 14 menn. Sykepleiere både med og uten videreutdanning, helsefagarbeidere, to psykiatere og noen ufaglærte.	Fire hovedelementer beskrives av både pasientene og personalet. 1. Korrigering og husregler 2. Situasjoner der tvang oppfattes nødvendig 3. Betydningen av materielle omgivelser 4. Bli behandlet som et menneske.
3	Geir, F. Lorem, Marit Helene Hem & Bert Molewijk, 2014 * Delstudie i PET-prosjektet	Good coercion: Patient's moral evaluation of coercion in mental health care	International Journal of Mental Health Nursing	Utvikle ny innsikt i hvordan pasienter betrakter god/riktig bruk av tvang, for å kunne forbedre utøvelsen av tvang i fremtiden.	Kvalitativ studie. Observasjoner (213 timer over en periode på syv måneder), individuelle intervjuer med fem pasienter og fokusgruppeintervjuer med seks sykepleiere.	Tre hovedkategorier om hvordan pasientene opplevde tvang og evaluerte det moralsk. 1. Godtar og aksepterer: opplever tvang som omsorg/hjelp. 2. Bekjemper eller motstår: fysisk motstand og appell om pasientrettigheter.

						<p>3. Resignasjon: få valgmuligheter, maktmisbruk.</p> <p>Videre presenterer forfatterne forslag til tre hovedelementer for god og riktig bruk av tvang.</p>
--	--	--	--	--	--	--

5 Drøfting

Hvordan pasienten selv opplever tvang kan bidra til økt forståelse og bedre kvalitet på behandlingen (UiO, 2017). Ut fra mine egne erfaringer med tvang, er det en vekker at tvangen ofte oppleves ulikt av pasientene og personalet. Mens personalet på den ene siden kan anse tvang både som omsorg og nødvendig hjelp, uttrykker pasientene ofte at det oppleves som både krenkende og lite hjelpsomt. Lorem, Hem & Molewijk poengterer imidlertid at pasientenes syn på tvangen i etterkant av gjennomføringen kan avvike fra hvordan de opplever tvangen under selve gjennomføringen. Når pasientene betrakter tvangen i retrospekt er det ofte enklere for dem å se at tvangen på noen måter var nødvendig (2014, s.8). Dette samsvarer med mine egne erfaringer, hvor flere pasienter i etterkant av tvangssituasjoner har fortalt at de har en forståelse og aksept for hvorfor tvangen ble utført. Et viktig mål bør likevel være at pasientens opplevelse av tvangen skal være best mulig også under selve gjennomføringen. I det følgende besvares oppgavens problemstilling med utgangspunkt i pasienters egne erfaringer og vurderinger av tvangssituasjoner gjennom forskningsartiklene til Lorem, Hem & Molewijk (2014), Norvoll & Pedersen (2016) og Larsen & Terkelsen (2014). To av artiklene involverer også erfaringer fra helsepersonell, og enkelte av deres synspunkter vil også drøftes. Målet med drøftingen er å komme fram til hva pasientene anser som beste praksis for utøvelse av tvang, og for å oppnå dette inkluderes både negative og positive erfaringer. I følge Lorem et. al kan de negative erfaringene gi gode ledetråder om hva som kan være nødvendig for å gjøre utøvelsen av tvang mindre dårlig, bedre eller til og med god (2014, s.3). For ordens skyld repeteres problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier bidra til at tvangstiltak gjennomføres på en god måte for pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling?

5.1 Juridisk forankring og proporsjonalitet

Et viktig argument fra pasientenes ståsted er at tvangen må ha et rettmessig grunnlag for at den skal kunne forsvares (Norvoll & Pedersen, 2016, s.9). Dette understøttes av Lorem et. al, som fremhever juridisk bakgrunn for å anvende tvang og respekt for pasientrettigheter som et av flere konkrete punkter som bør inkluderes for at tvangen skal kunne karakteriseres som god (2014, s.7). I studien av Norvoll & Pedersen kom det fram at flere av pasientene hadde en

opplevelse av at tvangen ikke ble utført på rettmessig grunnlag, og at bruken av tvang var basert på terapeutenes forutinntatte eller overfladiske vurderinger.

Ved behandling av pasienter i en akuttpsykiatrisk avdeling fattes tvangsvedtakene av behandler (Helsedirektoratet, 2017b, s.9), som blant annet beror på sykepleierens observasjoner av pasienten. For at sykepleieren skal kunne bidra til å ivareta prinsippet om juridisk bakgrunn for anvendelse av tvangen, er det derfor avgjørende at hun kan foreta gode observasjoner. I en akuttpsykiatrisk avdeling vil sykepleieren være en av dem som tilbringer mest tid sammen med pasienten (Poulsen, Munk-Jørgensen & Bolwig, 2004, s.28), og hun har således et godt utgangspunkt for å kunne gjøre dette. Gode observasjoner innebærer blant annet å iaktta pasienten, utføre kliniske undersøkelser og samtale med pasienten. En kombinasjon av disse vil bidra til gode observasjoner og derigjennom vurderinger som kan si noe om pasientens tilstand (Dahl & Skaug, 2014, s.28-29). Videre er dokumentasjon en viktig del av å innhente data (Dahl & Skaug, 2014, s.20), og vil således være ytterligere et tiltak for sykepleieren i hennes bidrag til å ivareta dette prinsippet. På denne måten kan sykepleieren bidra til at tvangsvedtakene som fattes av behandler blir tatt på riktig grunnlag.

Proporsjonalitet ved anvendelse av tvang var et annet viktig tema som kom fram av forskningsartiklene (Lorem et. al, 2014; Norvoll & Pedersen, 2016). Pasientene mente det måtte være et proporsjonalt forhold mellom typen og omfanget av tvangstiltak, og alvorlighetsgraden av den psykiske tilstanden eller den faktiske faren for skade (Norvoll & Pedersen, 2016, s9). I likhet med pasientene i denne studien, hevder Lorem et. al at tvangstiltakene og varigheten av dem må avhenge av den bestemte situasjonen som et ledd i god utøvelse av tvang (2014, s.7). Tvang anvendt i situasjoner som var preget av mindre forstyrrende atferd, for eksempel ved ubegrunnet personalangst, manglende overholdelse av strenge husregler eller manglende compliance vedrørende medisiner, ble nevnt som eksempler på uforholdsmessig bruk av tvang av pasientene. Dette kunne medføre at tvangen ble ansett som en straff, og ikke som omsorg eller hjelp. Videre hevdet noen av pasientene at de anså det som nytteløst å klage på tvangsvedtak fordi rettssikkerheten var utilstrekkelig (Norvoll & Pedersen, 2016, s.9-10).

Psykisk helsevernloven slår fast at dersom mindre inngripende tiltak er tilstrekkelig, skal disse benyttes (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2). Juridisk bakgrunn for anvendelse av tvang og proporsjonalitet kan således anses som to sider av samme sak, idet det handler om at

det juridiske må ligge til grunn. Sykepleieren skal i følge de yrkesetiske retningslinjene beskytte pasienten mot ulovlig eller unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (NSF, 2016). Dersom sykepleieren på bakgrunn av sine observasjoner blir oppmerksom på at tvangen ikke har et solid juridisk grunnlag, blir det således hennes ansvar å melde fra om dette (NSF, 2016). En forutsetning for at sykepleieren skal kunne oppdage urettmessig tvang, er at hun har tilstrekkelig kjennskap til lovverket, noe som også påpekes som et ansvarsområde for sykepleieren i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016). Et av formålene med endringen i psykisk helsevernloven av 1. september 2017 er blant annet å sikre større rettsikkerhet for pasientene ved at de tilbys fri rettshjelp i forbindelse med klagesaker (Helsedirektoratet, 2017b, s.11). Kontrollkommisjonen og fylkesmannen er pasientenes klageorgan (Helsedirektoratet, 2016), og er noe sykepleieren bør tilstrebe å informere pasientene om. Hvorfor pasientene i studien til Norvoll & Pedersen (2016) anså rettsikkerheten som utilstrekkelig i forbindelse med å klage på tvangsvedtak kommer ikke fram. Det er likevel nærliggende å tro at dersom sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om lovverket som regulerer bruken av tvang, samt informerer pasientene om retten til å klage, kan dette bidra til at rettsikkerheten ivaretas i større grad.

Tvang kunne på en annen side anses som forholdsmessig av flere pasienter i studien til Norvoll & Pedersen, dersom en person faktisk var voldelig. Samtidig tematiserte de behovet for å balansere det juridiske farekriteriet ”å være til fare for seg selv eller andre” opp mot potensiell skade fra tvang. Pasientene mente mulige skader ved tvang kunne være opplevelse av tortur, traumer og ydmykelse, psykisk nedbrytelse, skam og sosial angst (2016, s.6,9). Dette understøttes av Paulsrudutvalget, som sto bak forslaget om lovendringen i psykisk helsevernloven. De viser til en rekke dokumenterte fysiske og psykiske skadevirkninger ved tvang. Skadene pasientene presenterer i studien til Norvoll & Pedersen (2016) er nevnt i denne utredningen, blant flere andre (NOU 2011:9, s.118).

Husum et. al mener i likhet med pasientene i studien til Norvoll & Pedersen at det er viktig for helsepersonell å være oppmerksom på eventuelle skadevirkninger ved tvang (2017, s.201). Psykisk helsevernloven slår også fast at det bare skal benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene med tiltaket (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2). Behandlingen av pasienter på en akuttpsykiatrisk avdeling består i stor grad av tverrfaglig samarbeid (Poulsen, Munk-Jørgensen & Bolwig, 2004, s.28), og det vil være viktig at sykepleieren i dette samarbeidet bidrar med sine etiske holdninger, juridiske kunnskap, og

observasjoner. I følge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et særskilt ansvar for å legge til rette for etisk refleksjon i sin utøvelse av praksis (NSF, 2016). I PET-prosjektet kom det også fram at etisk refleksjon blant helsepersonell kan bidra til å kvalitetssikre bruken av tvang (UiO, 2017, s.3). Ved at sykepleieren oppfordrer til diskusjon rundt hvilke potensielle skader tvangstiltakene kan påføre pasienten og hvilke etiske prinsipper som står på spill, kan dette bidra til at tvangstiltakene som fattes ikke påfører pasienten unødig skade. Således kan hun bidra til å ivareta et viktig etisk prinsipp som ikke skade-prinsippet.

5.2 Tvang som beskyttelse og omsorg

Tvang kan være et uttrykk for omsorg gjennom behandling som tar sikte på å lindre lidelse, av hensynet til pasientens beste - altså velgjørenhet (Husum et. al, 2017, s.199). Dette er noe pasientene også evner å se i visse tilfeller, andre ganger ikke.

En av pasientene i studien til Lorem et. al (2014, s.4) hadde gjennom en femårsperiode slitt med alvorlige depresjoner, gjentatte innleggelse og selvmordsforsøk. Hun beskrev tvangsinnleggelse som en stor lettelse, og at hun opplevde å endelig få den omsorgen og hjelpen hun trengte. Hun klarte å se at tvangen ivaretok hennes interesser ved å beskytte henne mot sine egne skadelige handlinger. Et mer nyansert syn på tvang ved suicidalitet presenterte seg i studien av Norvoll & Pedersen hvor noen få av pasientene nevnte retten til å begå suicid. Flere av pasientene vurderte derimot tvangen som moralsk riktig, og til en viss grad som en moralsk plikt dersom en person var suicidal (2016, s.7).

Det er forståelig at det kan være lettere for pasientene å akseptere tvangen dersom helsepersonells inngripen med tvang handler om å redde liv og beskytte. Paulsrudutvalget argumenterte for strengere tvangsregler og prinsippet om svak paternalisme. Unntaket mente de burde være ved suicidalitet, hvor de forsvarer bruk av sterk paternalisme (NOU 2011:9, s.18-19). Sterk paternalisme i form av tvang kan krenke pasientens autonomi. Samtidig kan ønsket pasienten måtte ha om å dø på bakgrunn av alvorlig depresjon eller annen sykdom, avvike fra hvilket ønske pasienten har rundt det å leve i sin habitualtilstand. Dermed kan man ved suicidalitet til en viss grad forsvare at tvangen anvendes ved at det kan ivareta pasientens "egentlige" autonomi (Magelssen & Pedersen, 2017, s.25). Videre er ambivalensen som mange suicidale strever med et viktig poeng. Pasienten kan ha ønske om å dø og kanskje til og med ha planlagt selvmordet, samtidig som ønsket om å bli hjulpet ut av det er tilstede

(Larsen & Pedersen, 2017, s.242). Farekriteriet er i henhold til psykisk helsevernloven en unntakstilstand, hvor tvang kan benyttes til tross for at pasienten innehar samtykkekompetanse (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3b). Sykepleieren plikter også gjennom helsepersonelloven å redde liv, uavhengig av samtykkekompetanse (1999, § 7). Således kan man si at det ved suicidalitet ikke bare finnes rettmessige årsaker som kan forsvare tvangen, men også en sterk etisk begrunnelse i form av å redde liv og ivareta et viktig prinsipp som autonomi på sikt.

En kontrast til den suicidalens evne til å oppfatte tvangen som beskyttelse og omsorg, kan være den maniske pasienten som ikke ønsker hjelp. En manisk person mangler ofte sykdomsinnsikt, og høyt oppdrevne maniske pasienter er blant de sykeste som mottar behandling på en akuttpsykiatrisk avdeling (Berg, 2008, s.92). For pasientene i studien til Lorem et. al, var det mulig å godta tvang dersom de opplevde tvangen som sammenfallende med sine egne interesser, og når det kunne tolkes som en måte å sikre deres autonomi og integritet på. Tvangen ble da ansett som et viktig tiltak for å beskytte dem mot sine egne impulser, som ikke alltid var for deres eget beste (2014, s.3-4). Ved behandling av mani handler det nettopp om å beskytte vedkommende mot sine egne ukritiske handlinger (Berg, 2008, s.92), slik som pasientene i studien til Lorem et. al beskriver. Imidlertid er det ofte slik at den maniske selv ikke evner å oppfatte behandlingen som sammenfallende med sine egne interesser i den maniske fasen (Poulsen, Munk-Jørgensen & Bolwig, 2004, s.178), noe som kan medføre at pasienten behandles med tvang – ofte med tvangsmedisinering.

Blant pasientene i studien til Norvoll & Pedersen ble tvangsmedisinering løftet fram som et av de mest negative tvangstiltakene (2016, s.6-7). Flere av pasientene hadde opplevd trivialisering av bivirkninger (Lorem et. al, 2014, s.5-6; Norvoll & Pedersen, 2016, s.7). Ved mani er medikamentell behandling en hjørnestein i behandlingen og krever rask oppstart for å fjerne symptomer og normalisere funksjonsnivået (Helsedirektoratet, 2012, s.63). For en sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling er det ofte hennes oppgave å gjennomføre selve medisineringsen. Lorem, et. al fremhever at valgmuligheter vedrørende behandlingen er viktig for en god utøvelse av tvang (2014, s.7). For at sykepleieren skal kunne redusere de negative opplevelsene ved tvangsmedisinering, kan et tiltak være at hun informerer pasienten om potensielle bivirkninger. Sykepleierens plikt til å informere pasienten om behandlingen er nedfelt både i lovverket og yrkesetiske retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, § 10; NSF, 2016). Motsatt er pasientens rett til informasjon nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, og

her nevnes blant annet informasjon om potensielle bivirkninger (1999, § 3-2). Videre bør det i tilfeller hvor det er mulighet for å velge mellom ulike preparater, tilstrebes at pasienten kan få velge det han måtte foretrekke, selv om medisineringen gis med tvang. Dette beror da mye på at sykepleieren dokumenterer pasientens ønsker og videreformidler dette til behandleren, og ikke minst at hun er lydhør overfor pasienten.

Selv om utøvelse av tvang ofte bunner i sykepleierens omsorg og velgjørenhet overfor pasienten, er ikke alltid dette noe pasienten klarer å se mens det står på. Pasientene i studien til Lorem et. al som beskrev at tvang kunne oppfattes som beskyttelse mot sine egne ukritiske impulser, vurderte tvangen i retrospektiv (2014, s.3) Det kan bety at de ikke nødvendigvis var fornøyd under selve gjennomføringen av tvangen. Denne påstanden understøttes av studien til Norvoll & Pedersen, hvor pasientene medga at tvangen ofte kunne skape midlertidig sinne mens tvangen pågikk, selv om de i etterkant kunne betrakte tvangen som riktig (2016, s.6). Dette viser at selv om pasientene har evne til å vedkjenne at tvangen er en form for omsorg eller beskyttelse, betyr ikke dette nødvendigvis at det oppleves godt under gjennomføringen. Hvordan sykepleieren møter pasienten i tvangssituasjonene vil derfor være av betydning for hvordan pasienten oppfatter tvangen. Dette vil belyses nærmere i det følgende.

5.3 Møtet mellom sykepleier og pasient

Funnene fra artiklene viser at pasientenes syn på god tvang samsvarer med Joyce Travelbees sykepleieteori på flere områder. I det følgende vil derfor Joyce Travelbees sykepleieteori knyttes opp mot funnene fra forskningsartiklene og øvrig litteratur.

5.3.1 Diagnose versus person

I studiene fremhevet flere pasienter viktigheten av å bli behandlet som mennesker og ikke bare som en diagnose (Larsen & Terkelsen, 2014, s.433; Norvoll & Pedersen, 2016, s.10). Mange av pasientene var kritiske til den psykiatriske beskrivelsen av deres problemer fordi det fikk dem til å føle seg unormale. De mente det ville være bedre dersom personalet behandlet dem som vanlige, men komplekse mennesker med problemer, som for eksempel mangel på søvn eller hvile (Larsen & Terkelsen, 2014, s.433). I likhet med pasientene, mener Travelbee at et ensidig fokus på diagnose er uheldig. Hun underkjenner til dels diagnose som verktøy, med begrunnelsen at det kan utslette menneskets spesielle trekk og redusere dem til

en kategori (1999, s.69). Hun hevder også at ved å betrakte personen som en ”pasient” fremfor et unikt menneske, vil det kunne føre til en avhumaniseringsprosess som gjør det vanskelig for sykepleieren å føle medlidenhet og varme overfor personen (1999, s.64).

Ettersom sykepleieren i en akuttpsykiatrisk avdeling tilbringer mye tid sammen med pasienten, har hun gode muligheter for å kunne bli bedre kjent med pasienten som person og etablere et menneske-til-menneske-forhold i tråd med Travelbees tenkning. I studien til Larsen & Terkelsen støttet flere av de ansatte pasientens syn på at diagnose kunne bidra til at de følte seg unormale (2014, s.433). Karlson (2009) hevder på sin side at sykepleierens evne til å se atferd i sammenheng med diagnose er viktig. Ved å kjenne til diagnosen kan det være lettere å forstå hva som skjer med pasienten, for deretter å kunne iverksette relevante tiltak. For sykepleieren i en akuttpsykiatrisk avdeling handler pasientens opphold i stor grad nettopp om å kartlegge behov for videre oppfølging (Akershus Universitetssykehus, udatert). Dette fører til at man bruker mye tid på å observere symptomer og på mange måter kategorisere pasienten. De psykiatriske diagnosesystemene DSM-5 og ICD-10 er også overordnede rammer sykepleieren underrettes (Ringén, 2018), og fører til at sykepleieren må forholde seg til begrepet diagnose – enten hun vil det eller ei. De er i stor grad deskriptive, og denne kategoriske tenkningen kan ha vansker med å fange opp variasjoner og overlapp. Dette kan gi begrensninger i møte med den enkelte pasient (Ringén, 2018). Flere av de ansatte i studien til Larsen & Terkelsen mente at slike overordnede rammer kunne medføre at deres dårlige samvittighet over å anvende tvangstiltak kunne lette. Dette som en følge av at de var underordnet ”systemet” og gjorde det riktige ved følge legens ”ordre” om å utføre tvangstiltak (2014, s.431).

Til tross for at sykepleieren er underordnet rammer og i stor grad må forholde seg til begrepet diagnose, har hun likevel anledning til å tilstrebe å bli kjent med personen hun møter. Hvis hun evner dette, kan det i tråd med Travelbees tenkning bidra til at hennes evne til å føle varme overfor pasienten øker, og dermed bidra til at pasienten føler seg mer anerkjent og respektert. De ansatte i studien til Larsen & Terkelsen påpekte betydningen av å gjøre vanlige ting med pasientene i normale settinger, samt betydningen av normal hverdagsprat. Dette ble ansett som et tiltak for å få pasientene til å føle seg mer normale, og ikke bare som syke pasienter (Larsen & Terkelsen, 2014, s.433). Å gjøre ”vanlige ting” kan fremstå som noe abstrakt. I lys av min erfaring rundt tilgjengelige aktiviteter på en akuttpsykiatrisk avdeling, forstår jeg det imidlertid som eksempelvis å gå tur, tilberede mat, se på tv, sette på en

klesvask, spille spill eller lytte til radio, som noen eksempler. Altså hverdagsaktiviteter som ikke nødvendigvis har noe med innleggelsen å gjøre, og som dermed kan tenkes å bidra til at pasienten føler seg som et menneske fremfor en diagnose. Videre tolker jeg normal hverdagsprat som samtaler rundt temaer som ikke har noe med innleggelsen å gjøre. Larsen & Terkelsen intervjuet i sin studie en ansatt de karakteriserte som en typisk ”favorittansatt” blant pasientene. Han mente det var viktig å vite noe om pasientene og hva som interesserte dem. Han mente dette var et utgangspunkt for gode samtaler (2014, s.433). Dette understøttes av Hummelvoll som hevder at det er viktig å snakke med pasienten som du ville gjort med andre du vil bli kjent med (2014, s.427). På bakgrunn av dette, bør sykepleieren i en akuttpsykiatrisk avdeling ta seg tid til stunder med pasienten hvor hans interesser og personlighet kan være i fokus. Det kan tenkes å bidra til at tvangen oppleves som bedre fordi fokuset flyttes vekk fra det unormale, og pasienten i større grad kjenner seg anerkjent som en person, og ikke bare en diagnose.

5.3.2 Lidelse som personlig fenomen

Pasientene i studien til Norvoll & Pedersen mente det var viktig at personalet var oppmerksomme på deres problemer og synspunkter (2016, s.10). Dette understøttes av Hummelvoll som hevder at god sykepleie innen psykisk helsearbeid innebærer å inkludere en nyansert forståelse av lidelse hvor pasienten selv bidrar med gode opplysninger om hva hjelpen bør inneholde (2014, s.433). Lorem et. al hevder også at en god utøvelse av tvang innebærer å ta pasientens tidligere erfaringer med tvang på alvor, og at det er viktig å være oppmerksom på de negative følelsene rundt tvang (2014, s.7). For å utøve tvang på en god måte kan dermed sykepleieren med fordel anvende Joyce Travelbees prinsipp om lidelse som et personlig fenomen, og anerkjenne pasienten som en ekspert på seg selv og sin situasjon. Hun mener nemlig det er avgjørende at sykepleieren får en forståelse av personens egen opplevelse av sykdom og lidelse for å kunne hjelpe personen (Kirkevold, 2006, s.113-114).

Sykepleieren skal i følge yrkesetiske retningslinjer yte helhetlig omsorg for pasienten (NSF, 2016). Selv om tvang er rammen for behandlingen bør ikke det være et hinder for å tilstrebe dette. I følge Hummelvoll er pasientens egen opplevelse av lidelsen en viktig del av å kunne yte helhetlig sykepleie (2014, s.432). For pasientene i studien til Norvoll & Pedersen viste det seg at tvangen samlet sett var lettere å akseptere dersom personalet var orientert mot

samarbeid på like vilkår (2016, s.10). Det vil blant annet innebære å inkludere pasientenes synspunkter. Hummelvoll hevder at samtalen er et godt utgangspunkt for et slikt samarbeid (2014, s.435). Sykepleieren bør derfor tilstrebe å lytte til pasienten vedrørende hans synspunkter rundt behandlingen i samtaler. Dette kan hun gjøre både direkte og indirekte. Sykepleieren kan starte en samtale med formålet om å kartlegge pasientens synspunkter, men hun kan også tilegne seg disse ved å lytte i en samtale med et annet utgangspunkt. Dette vil være en del av det som Dahl & Skaug omtaler som innhenting av data, og skal således dokumenteres i journalen (2014, s.34-45). På denne måten kan informasjonen bli tilgjengelig for behandleren som har det overordnede ansvaret for behandlingen, og dermed medføre en større sannsynlighet for at pasientens synspunkter inkluderes i det videre forløpet. Videre vil pasientenes tidligere erfaringer med tvang være viktig for sykepleieren å sette seg inn i. Ved å lytte til hvilke erfaringer pasientene har med tidligere tvangssituasjoner, vil sykepleieren kunne ta med seg dette inn i den aktuelle tvangssituasjonen for å gjøre den bedre og eventuelt finne alternative løsninger. Et eksempel på dette kan være å anvende fastholding fremfor bruk av belter i situasjoner hvor inngripende tiltak er nødvendig. Dersom pasienten har hatt tidligere negative erfaringer med belter, kan det tenkes at fastholdning kan oppleves som mindre inngripende og krenkende (Veland & Jacob, 2016, s.51). Som en del av god tvang, mener Lorem et. al at pasientene også bør tilbys systematiske oppfølgingsamtaler etter benyttelse av tvangstiltak (2014, s.7). Etter endringene i psykisk helsevernloven av 1. September 2017 er dette nå innført som et krav (Helsedirektoratet, 2017b, s.54), og er således ikke bare noe pasientene bør tilbys – men noe de skal tilbys. Dette er noe som forhåpentligvis på sikt kan medføre at sykepleiere og øvrig helsepersonell blir gjort oppmerksomme på hva som oppleves som henholdsvis god og dårlig utøvelse av tvang sett fra pasientens perspektiv.

5.3.3 Kommunikasjon

I studien til Norvoll & Pedersen beskrev noen av pasientene tvang som en sosial situasjon med stort potensiale for ydmykelse og fornærmelser, men som enkelt kunne unngås i noen grad ved å forbedre elementer som kommunikasjon og omsorg (2016, s.10). Travelbee tillegger kommunikasjonen stor verdi. Hun mener at det er via kommunikasjon sykepleieren formidler omsorg, ofte via blikket eller måten hun gjennomfører sykepleieoppgavene på (1999, s.137). En pasient i studien til Norvoll & Pedersen reflekterte rundt hva som karakteriserte de mer positive opplevelsene ved tvang. Hun nevnte da personale som viste

henne respekt, snakket til henne som et medmenneske og evnet å lytte (2016, s.10). Motsatt ble en autoritær stil og ovenfra og ned-holdning beskrevet som bidragende til en negativ opplevelse av tvangssituasjoner i studien til Larsen & Terkelsen. En pasient beskrev en situasjon hvor en av de ansatte stilte seg foran henne i gangen med armene i kryss, og forklarte henne ”reglene”. Hun opplevde at den ansatte kikket på henne som om han var en dørvakt som jobbet på et diskotek. Dette opplevde hun som ydmykende (2014, s.429).

I en akuttpsykiatrisk avdeling må sykepleieren ofte formidle informasjon om rammer som setter begrensninger for pasientens autonomi, for eksempel at pasienten ikke kan forlate skjermet enhet som han ønsker, eller at pasienten ikke kan forlate avdelingen uten følge fra personalet. Travelbee hevder at kommunikasjonen både kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, eller til å støte dem bort (1999, s.137). Eksempelet over viser tydelig at den ansatte ikke evnet å formidle budskapet på en gode måte, noe som opplevdes vanskelig for pasienten og medførte en større avstand mellom de to. Ved at han stilte seg foran pasienten med armene i kryss samtidig som han forklare ”reglene”, vil det kunne tenkes at det negative budskapet ble forsterket. Hummelvoll hevder at ordene får styrke og kraft ved kroppslige uttrykk. Ansiktsuttrykk, gester, tonefall og stemmebruk kan både komplettere, dempe, avkrefte eller motsi budskapet (2014, s.425). Dersom sykepleieren er bevisst dette, kan det tenkes at hun kan lykkes i å formidle omsorg via sin kommunikasjon, til tross for et negativt budskap. Hun kan da dempe det negative budskapet ved å være bevisst sin non-verbale kommunikasjon som beskrevet over. Da kan det tenkes at pasienten i større grad føler seg respektert, til tross for frihetsberøvelsen budskapet eventuelt måtte inneholde.

5.4 Omgivelsenes betydning og struktur

I likhet med sykepleierens non-verbale kommunikasjon, kan også omgivelsene forsterke opplevelsen av tvang. Som beskrevet tidligere i oppgaven preges akuttpsykiatriske avdelinger av orden og struktur. I forskningsartikkelen til Larsen & Terkelsen kom det fram at en slik struktur var ment til pasientenes fordel. Likevel opplevde flere av pasientene dette som fornærmende og bidragende til at de følte seg unormale. Både mangel på fysiske ting som i skjermet del, og tilstedeværelse av gjenstander som sikkerhetsalarmer, bidro til dette (Larsen & Terkelsen, 2014, s.431-432). Personalet på sin side, var klar over hvilken makt for eksempel beltesengene kunne representere. En av de ansatte fulgte opp med å fortelle at det

måtte være forferdelig for pasientene å se en ferdig oppreidd belteseng som noe av det første når de ankom skjermet del (Larsen & Terkelsen, 2014, s.432). Konfiskering av personlige eiendeler ble også kritisert av en pasient i studien til Lorem et al. Hun hevdet at personalet konfiskerte flere av hennes personlige eiendeler, og at hun til slutt knapt hadde noen ting igjen på rommet sitt (2014, s.5).

Avdelingens omgivelser er en overordnet ramme sykepleieren må forholde seg til i sitt møte med pasienten. Det er ikke alt ved omgivelsene som ligger innenfor sykepleierens makt å gjøre noe ved. Å fjerne beltesengene fra fellesarealer kan imidlertid være et enkelt, men sannsynligvis effektivt tiltak som sykepleieren kan bidra med. Å fjerne beltesenger fra fellesarealene har vist seg å ha effekt for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler (LDS, udatert). Samtidig kan det tenkes et slikt tiltak vil bidra til at omgivelsene virker tryggere for pasienten. Hva angår personlige eiendeler, vil det i enkelte tilfeller være nødvendig å begrense pasientens tilgang på dette. Nasjonale retningslinjer sier at døgneheter bør ha skriftlige prosedyrer for å fjerne gjenstander som kan benyttes til hengning fra pasienter med alvorlig selvmordsrisiko. Dette kan være gjenstander som tau, belter, skolisser, skjerf og slips (Helsedirektoratet, 2008, s.23). På en annen side vil det være stor forskjell på å kun fjerne gjenstander som potensielt kan forvolde skade, mot å ta nærmest alle pasientens eiendeler slik som kvinnen i studien over beskrev. Sykepleieren bør derfor tilstrebe at inndragelse av personlige eiendeler begrenses til et nødvendig minimum. Dette understøttes av Lorem et. al som hevder at en god utøvelse av tvang innebærer å la pasienten ha personlige eiendeler rundt seg, da dette har vist seg som betydningsfullt for pasientene i deres studie (2014, s.7).

Korrigeringer og husregler er også en del av det strukturerte miljøet ved en akuttpsykiatrisk avdeling. I studien til Larsen & Terkelsen kom det fram at dersom slike regler ble anvendt rigid, opplevde mange pasienter det som provoserende og bidragende til at de følte seg underlegne. En pasient erkjente at regler noen ganger kunne være nødvendig, men at fleksibilitet også var viktig. Et divergerende syn på korrigering og husregler presenterte seg blant personalet (2014, s.429-430).

Sykepleieren i en akuttpsykiatrisk avdeling vil i enkelte situasjoner ha behov for å korrigere pasientens atferd (Lovisenberg Diakonale Sykehus [LDS], udatert). Et eksempel kan være den maniske pasienten, som ofte kan utvise krevende atferd og fremme sine krav på en pågående måte (Hummelvoll, 2014, s.240). Korrigeringen kan da dreie seg om mild paternalisme som

er mer eller mindre forsvarlig. Samtidig kan det være en form for uformell tvang som kan bidra til at pasienten føler seg krenket (Husum et. al, 2017, s.196). Derfor vil det være av betydning at sykepleieren kan gi en grundig forklaring på hvorfor atferden korrigeres (LDS, udatert). Denne forklaringen bør i følge Hummelvoll være enkel og direkte uten invitasjon til videre diskusjon (2014, s.240). Likeledes viser det seg at sykepleierens evne til å forklare og argumentere er viktig også ved utøvelsen av den formelle tvangen. Pasientene i to av forskningsartiklene anså kommunikasjon om tvangen som en forutsetning for en god utøvelse (Lorem et. al, 2014, s.6; Norvoll & Pedersen, 2016, s.10). Det kunne være vanskelig for pasientene å forstå hvorfor enkelte tvangstiltak ble igangsatt når argumentasjonen bak ikke ble kommunisert av personalet (Lorem et. al, 2014, s.6). Pasientene i studien til Norvoll & Pedersen hevdet også at fortløpende informasjon om tvangstiltaket var viktig for å kunne bli forberedt på det som skulle skje (2016, s.9-10). For å utøve god tvang, mener Lorem et. al at en felles forståelse av hvorfor tvangen anvendes er viktig. Derfor mener de at argumentene for anvendelse av tvang må kommuniseres tydelig til pasientene. Videre mener de at pasienten må få grundig informasjon om tvangens innhold (2014, s.7). Sykepleieren får dermed en viktig rolle i å formidle denne informasjonen til pasientene. Det kan være å gi informasjon om når og hvorfor en tvangsmedisinering skal finne sted, årsaken til at personlige eiendeler konfiskeres eller at skjerming er vurdert som hensiktsmessig, for å nevne noe. Dersom sykepleieren evner å gi denne informasjonen fortløpende, kan det tenkes at pasienten i større grad aksepterer tvangstiltaket til tross for frihetsberøvelsen det måtte medføre. Og en større aksept kan tenkes å føre til en bedre opplevelse. Således kan den informative delen av kommunikasjonen også være en måte for sykepleieren å vise omsorg overfor pasienten på.

6 Avslutning

I denne oppgaven har hensikten vært å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å gjennomføre tvang på en god måte, gjennom å undersøke pasienters erfaringer med tvangsopplevelser. Kvalitetssikring av tvangsutøvelsen har vist seg gjennom faglitteraturen å være et viktig og dagsaktuelt fokusområde, og at pasientenes perspektiv må inkluderes i dette arbeidet (UiO, 2017, s.1; NSF, 2017, s.23).

Forskningsartiklene viser at et solid juridisk grunnlag er en forutsetning for at pasientene skal kunne oppfatte tvangen som riktig og god, og at rettsikkerheten må ivaretas. Lovendringen i psykisk helsevernloven innebærer flere tiltak som skal bidra til dette. Oppgaven viser at det juridiske og etiske er nært forbundet, og at sykepleieren ved å følge yrkesetiske retningslinjer vil kunne ivareta viktige juridiske prinsipper. Sykepleieren bør likevel ha grundig kjennskap til lovverket, samt foreta gode observasjoner av pasienten som dokumenteres i journalen. Således kan hun bidra til at behandler kan fatte tvangsvedtak på riktig grunnlag.

Forskningsartiklene viser at det for mange pasienter er lettere å betrakte tvangen som riktig og god i etterkant av gjennomføringen. Hvordan sykepleieren møter pasienten i tvangssituasjonen er likevel av stor betydning, og kan bidra til å bedre opplevelsen for pasienten. Sykepleieren bør tilstrebe å betrakte pasienten som en person fremfor en diagnose, ved å ta seg tid til samtaler og aktiviteter med pasientens interesser som utgangspunkt. Videre bør pasientens synspunkter vedrørende behandlingen etterspørres og inkluderes. Ved å være bevisst non-verbal kommunikasjon kan sykepleieren vise omsorg overfor pasienten, og redusere opplevelsen av ydmykelse i situasjoner hvor sykepleieren må begrense pasientens autonomi.

Omgivelsene i avdelingen viser seg å kunne forsterke pasientens opplevelse av tvang, og sykepleieren bør bidra med å tilrettelegge slik at disse fremstår som tryggere. Å tillate pasienten å ha personlige eiendeler rundt seg viser seg som en viktig del av dette. Ved at sykepleieren gir pasienten fortløpende informasjon om tvangens innhold kan hun skape større forutsigbarhet og forståelse hos pasienten. Likeledes er det viktig at sykepleieren deler argumenter om hvorfor tvangstiltaket anvendes med pasienten. Således kan hun gjøre det lettere for pasienten å akseptere tiltaket i større grad, samt bidra til at opplevelsen av krenkelse reduseres.

Denne oppgaven har kun undersøkt pasienterfaringer gjennom tre kvalitative studier med et begrenset utvalg av deltakere. Den viser likevel at sykepleierens rolle i utøvelsen av tvang kan være av betydning for å gjøre opplevelsen bedre for pasientene.

7 Referanseliste

- Akershus universitetssykehus. (udatert). *Akuttpsykiatrisk avdeling*. Hentet fra <https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern/akuttpsykiatri>
- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg, s.156-176). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Berg, J. E. (2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engerdahl, I. S., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2016). Etske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern: Når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 102-110 Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=457512&a=3
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/965/UT-rapport%20IS-2314%20Internasjonalt%20perspektiv%20psykisk%20helsetjeneste.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kontrollkommissjonens saksbehandling: saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommissjonene i det psykiske helsevernet*. (Rundskriv IS-6/2016). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kontrollkommissjonens-saksbehandling>
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig->

[retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Helsedirektoratet. (2017a). *Om samtykkekompetanse (PDF)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Sider/Psykisk-helsevernloven.aspx>

Helsedirektoratet. (2018). *Psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2017b). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. (Rundskriv IS-1/2017). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/seksjon?Tittel=psykisk-helsevernloven-med-kommentarer-11222>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Bedre kvalitet – økt frivillighet - Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr.64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.190-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Indergård, P. J., Solbakken, T. & Urfjell, B. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1297/IS-2608-Aktivitetsdata-PHV-TSB-2016.pdf>
- Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres spesialkompetanse (2.artikkel). *Sykepleien*, 91(13), 40-43. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0045>
- Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 1* (3.utg, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, K. & Pedersen, R. (2017). Selvmord, etikk og tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.229-254). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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/10.1177/0969733013503601>
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg, s.297-335). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lorem, G.F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2014). Good coercion: Patient's moral evaluation of coercion in mental health care. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 231-240. doi: 10.1111/inm.12106

Lovisenberg Diakonale Sykehus. (udatert). *Redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.*

Hentet fra <https://www.lds.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/innhold/reduert-bruk-av-tvang-innen-psykisk-helsevern/>

Magelssen, M. & Pedersen, R. (2017). Hva er etikk?. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.19-39). Oslo: Norsk Gyldendal Forlag AS.

Norsk psykologforening. (udatert). *Hva er psykose?* Hentet fra

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-finn-en-psykolog/hva-er-psykose>

Norsk sykepleieforbund. (2017). *Politisk plattform for psykisk helse og rus.* Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187307/1212763/Politisk-plattform-for-psykisk-helse-og-rus>

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norvoll, R. & Pedersen, R. (2016). Patients' moral views on coercion in mental healthcare.

Nursing ethics, <https://doi.org/10.1177/0969733016674768>

NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.* Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>

Oslo Universitetssykehus. (2016). *Døgnbehandling i psykiatri.* Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/dogndagbehandling-psykiatri>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr.63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Pedersen, P. B., Hellevik, V. & Skui, H. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1251/Kontroll_av_tvang_2015_IS-2452-2015.pdf
- Poulsen, H. D, Munk-Jørgensen, P. & Bolwig, T. G. (2004). *Psykiatri – en grundbog* (2. utg). København: Munksgaard Danmark
- Psykisk helsevernloven - phvl. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2 juli 1999 nr.62. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2010). *Den gode opgave* (3. utg). Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Ringen, P. A. (2018). Psykiatrien – hvor står du, hvor går du? *Tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/02/essay/psykiatrien-hvor-star-du-hvargar-du>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf

- Svartdal, F. (2014). Fagfelleevaluering. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Sørgård, J. (2016). *Åpen dialog bak lukkede dører* (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Sørøst-Norge). Hentet fra <http://docplayer.me/46133445-Apen-dialog-bak-lukkede-dorer.html>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Universitetet i Oslo. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer* [Ressurshefte]. Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/>
- Vatne, E. (2015). *Bruk av tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling* (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/281912>
- Veland, C. & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. I *Sykepleien forskning*, 104(4), 48-51. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>