



Høgskolen i **Hedmark**

BASY 2013
Avdeling Kongsvinger
4BACH

Emma Børrud & Johanna Johansson
Veileder: Marit Berg

Tvang i psykisk helsevern

Coercion in mental health care

Antall ord: 12 973

Bacheloroppgave i Sykepleie

2016

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tvang er et omstridt tema og det medfører ofte etiske dilemmaer for sykepleiere. Det er mulig å redusere bruk av tvang ved at sykepleiere innehar gode kommunikasjonsferdigheter, til enhver tid setter pasienten og pleien i sentrum, er klar over hva lovverket tilsier rundt bruk av tvang, ikke overkjøre pasienten eller bruk av sterk paternalisme, men at pasienten får et tilbud som preges av fagkompetansen til sykepleiere. Sykepleiere må være klar over Empowerment og autonomibegrepet i deres yrkesutøvelse og ha gode holdninger i møte med utagerende pasienter. Tvang kan være nødvendig i visse tilfeller, men det handler om hvordan man utøver det overfor pasienten. Tvang skal ikke utøves som makt overfor pasienter, men for å hindre skade på pasienten selv eller andre når pasienten ikke er i stand til å se det beste for selv seg.

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i følgende problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å forsøke å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser som har tvangsvedtak?». I denne oppgaven anvendes litteraturstudie som metodisk tilnærming. Det vil si at vi innhenter pensum-og forskningslitteratur rundt temaet som allerede eksisterer. Denne metodiske tilnærmingen er på forhånd bestemt av Høgskolen i Hedmark og deres retningslinjer for oppgaveskriving preger denne oppgaven. Denne oppgaven er et sekundærstudie.

I teoridelen presenteres sykepleieteoretiker, lovverk og retningslinjer samt annen teori vi mener er av betydning for problemstillingen. Videre kommer drøfting der vi anvender teori og forskning for å forsøke å besvare den definerte problemstillingen. Deretter kommer konklusjon og alternativ tilnærming.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1 Case	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing	6
1.5 Begrepsavklaring.....	7
1.6 Anonymisering.....	7
1.7 Oppgavens oppbygging.....	8
2. Metode	9
2.1 Søkestrategi.....	9
2.2 Kvalitetsvurdering.....	10
2.2.1 Validitet og reliabilitet	11
2.2.2 Generalisering.....	11
2.3 Kildekritikk	12
2.4 Presentasjon av forskning.....	12
2.4.1 Forskningsartikkel 1.....	12
2.4.2 Forskningsartikkel 2.....	13
2.4.3 Forskningsartikkel 3.....	13
2.4.4 Forskningsartikkel 4.....	14
2.4.5 Forskningsartikkel 5.....	14
2.4.6 Forskningsartikkel 6.....	15
3. Teori	16
3.1 Sykepleieteoretiker	16
3.2 Tvangsbehandling	17
3.3 Paternalisme.....	18
3.4 Psykisk lidelse	19
3.5 Kommunikasjon og Empowerment	20
3.6 Å bygge allianse	21
3.7 Å oppnå mestring	21
3.8 Egostyrkende sykepleieprinsipper	22
3.9 Etske prinsipper.....	23
3.9.1 Autonomi	23

3.9.2 Velgjørenhet.....	24
3.9.3 Ikke-skade prinsippet	24
3.9.4 Rettferdighetsprinsippet	24
3.10 Lovverk	25
3.10.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	25
3.10.2 Psykisk helsevernloven.....	25
3.10.3 Helsepersonelloven	26
3.10.4 Pasient- og brukerrettighetsloven	26
4. Drøfting.....	27
4.1 Kommunikasjon i samarbeid med Per	27
4.2 Hvordan oppnå allianse med Per.....	31
4.3 Etikk og lovverk.....	34
5. Konklusjon.....	39
6. Litteraturliste	42
7. Vedlegg.....	45
7.1 PICO-skjema.....	45
7.2 Søkeshistorikk.....	46

1. Innledning

I en rapport fra VG i 2016 kom det frem at psykiatriske pasienter ble lagt i belter 3768 ganger i 2014, men kun 2802 av tilfellene ble rapportert (Åsebø, Norman og Nymo, 2016). Det vil si at 966 av tilfeller der pasienter ble lagt i belter ikke ble rapportert. Psykisk syke pasienter har i noen tilfeller en utagerende adferd og helsepersonell velger derfor å legge pasienter i belter for å få kontroll over situasjonen, hevder VG. Ifølge rapporten mener helsedirektoratet at mekanisk bruk av tvang (belter, reimer eller tvangstrøyer) oppleves i mindre grad i Norge, men VGs undersøkelse viser det motsatte (Åsebø, Norman og Nymo, 2016). Å legge en pasient i belte burde være noe man husker, ettersom det er noe av det mest inngripende man kan gjøre mot et menneske. Hvorfor velger enkelte sykepleiere å ikke rapportere det? En mulig faktor kan være at sykepleiere føler skyld etter en tvangshandling og derfor unnviker å snakke om temaet og dermed velger å ikke rapportere det, men dette er bare spekulasjoner.

I denne studien forsøker vi å belyse hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser. Særsilt i psykiatrien, men også generelt i helsevesenet er det få etiske aspekter som er så omstridt som tvang. I situasjoner der tvang utføres oppstår etiske dilemmaer som påvirker våre handlinger. I denne sammenhengen finnes en balansegang mellom tvang og autonomi som sykepleieren behøver å ta hensyn til. Målet med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forsøke å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser som har tvangsvedtak.

1.1 Case

Per er 27 år gammel og innlagt i psykiatrisk avdeling. Han har flere sammensatte psykiske lidelser, har til tider angstanfall og vanskeligheter med å stole på andre mennesker, deriblant sykepleiere. Han har hatt en tøff oppvekst der mor var alkoholiker og far var fraværende mesteparten av tiden. Ettersom Per til tider ikke stoler på sykepleierne og mangler innsikt i egen helsesituasjon, kan han til tider true sykepleierne verbalt og hendelser har oppstått der han utagerer og går til angrep på sykepleierne. For å hindre at Per skal enten skade seg selv eller andre, må personalet til tider holde han, og i verste fall legge ham i belter. Samtidig som han motsetter seg helsehjelp gir han uttrykk for at sykepleiere skal hjelpe han å få orden på livssituasjonen sin. Han gir også uttrykk for at gode samtaler med sykepleierne av og til er til

hjelp, mens andre ganger opplever han sykepleiere som uinteresserte og dømmende. Per har den siste tiden ignorert grunnleggende behov som hygiene, og andre pasienter vil sjelden sitte i nærheten av han på grunn av lukt. Han vil heller ikke ha bistand til personlig hygiene fordi han mener sykepleierne skal drukne han eller skolle han med varmt vann. Det ble søkt om, og godkjent tvangsvedtak i forhold til personlig hygiene og holding for å hindre skade på seg selv og andre.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å forsøke å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser som har tvangsvedtak?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Problemstillingen presentert ovenfor valgte vi i denne oppgaven fordi vi ønsket å utfordre oss på et område vi selv har opplevd som vanskelig. Tvang kan innebære etiske dilemmaer og kan være utfordrende for sykepleiere å imøtekomme. Tvang er et omstridt tema, men samtidig noe vi ønsket å utforske ytterligere. Gjennom problemstillingen belyses hvordan sykepleiere kan imøtekomme pasienter med psykiske lidelser. Det belyses også hva tvang innebærer og hvordan sykepleiere kan forsøke å redusere bruk av tvang overfor denne pasientgruppen. Det er en stor pasientgruppe som vi har hatt fokus på gjennom sykepleierutdanningen. Sykepleiere møter pasienter med psykiske lidelser ofte i yrkesutøvelsen og derfor har problemstillingen relevans for sykepleiefaget.

1.4 Avgrensing

I denne oppgaven valgte vi å dra inn pasientens perspektiv for å styrke sykepleieperspektivet. Vi må se «den andres» perspektiv for å kunne løse et problem. Vi velger å utelate pårørende i denne oppgaven, da det blir for mange perspektiv å forholde seg til. Vi utelater kommunehelsetjenesten i denne oppgaven, og fokuserer på psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Vi inkluderer lovverk som gjelder for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som gjelder uansett foretak. Vi fokuserer på bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser, selv om tvang

også foregår overfor personer med demens og ikke minst psykisk utviklingshemmede personer.

1.5 Begrepsavklaring

Med *tvang* menes det at man utfører helsehjelp til personer som motsetter seg helsehjelp uten lovhjemmel (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Psykisk lidelse eller psykisk sykdom defineres som psykososiale reaksjoner på stress som har innvirkning på eller hindrer en å tilfredsstille menneskelige behov og som derfor har vanskeligheter for å tilpasse seg en kultur (Hummelvoll, 2012).

Sykepleier er en utdannet person som arbeider med å pleie syke mennesker (Bokmålsordboka, 2015).

Pasient er en person som er syk og får behandling for sykdommen (Bokmålsordboka, 2015).

Personal er en gruppe mennesker som arbeider på samme sted eller foretak (Bokmålsordboka, 2015).

Angstanfall er opplevelse av sterk frykt eller oppleve en krise (Bokmålsordboka, 2015).

Utagerer, en person som opptrer voldsomt og uten hemninger (Bokmålsordboka, 2015).

Livssituasjon, situasjon som et menneske nå befinner seg i (Bokmålsordboka, 2015).

Hygiene, å være renslig for å forebygge eventuelle sykdommer (Bokmålsordboka, 2015).

Etisk dilemma er når det finnes flere alternativer, men der ingen av de er ønsket (Slettebø, 2007).

Vedtak er en beslutning som tas av offentlige myndigheter og fungerer som retningslinjer for plikter og rettigheter (Psykisk helsevernloven, 1999).

1.6 Anonymisering

Anonymisering vil si at materialet i denne oppgaven ikke skal være gjenkjennbart. Navn, personnummer eller andre personlige opplysninger skal være erstattet med en kode eller fiktive navn, slik at opplysningene blir aidentifisert. Casen er oppdiktet og delvis basert på boken *23-salen* (Ambjørnsen, 1981). Innholdet i casen skal derfor på ingen måte være gjenkjennbar (Dalland, 2011).

1.7 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 presenterer vi hensikten med studien. Videre kommer case, problemstilling, begrunnelse for valg av problemstilling, avgrensing, begrepsavklaring og anonymisering. I kapittel 2 presenteres metoden, søkestrategi, kvalitetsvurdering (validitet og reliabilitet samt generalisering), kildekritikk (kontroll av kvaliteten til forskningsartiklene) og presentasjon av forskningsartikler vi inkluderte i denne oppgaven. Kapittel 3 handler om valg av sykepleieteoretiker, definisjon av tvang, psykisk lidelse, kommunikasjon og empowerment, paternalisme, å bygge allianse, mestring, egostyrkende sykepleie og aktuelt lovverk og etikk. I kapittel 4 kommer drøftingsdelen vår. I kapittel 5 presenterer vi konklusjonen og i kapittel 6 presenteres litteraturlisten. I kapittel 7 ligger PICO-skjema og søkehistorikk vedlagt.

2. Metode

Dalland (2011) beskriver metode som et fremgangsmiddel for å komme frem til ny kunnskap. I denne oppgaven benytter vi oss av et litteraturstudie, som er bestemt på forhånd av Høgskolen i Hedmark. Vi er derfor nødt til å følge deres retningslinjer for metodisk tilnærming. Et litteraturstudie går ut på å innhente informasjon som allerede er skrevet om temaet vi har valgt. Vi anvender pensumlitteratur fra de tre årene på sykepleierutdanningen, samt egenvalgt litteratur som inkluderer både ulike fagbøker og forskningsartikler. I tillegg har vi funnet skjønnlitterære bøker som er av relevans for problemstillingen. I konklusjonen anvender vi våre egne erfaringer fra blant annet praksis og egen arbeidserfaring.

2.1 Søkestrategi

I forbindelse med litteraturstudiet satt vi opp et PICO-skjema vi gikk ut i fra da vi søkte etter relevante forskningsartikler (se vedlegg 1).

Et PICO-skjema skal brukes som forberedelse til litteratursøket. I utfyllingen av skjemaet tok vi utgangspunkt i den definerte problemstillingen og satt inn søkeord under de ulike delene som skal fylles ut i skjemaet. Skjemaet brukes for å finne passende søkeord og på den måten gjøre det lettere å finne relevante forskningsartikler. Skjemaet settes opp etter population, intervention, comparison, og outcome (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

P – (Population) pasienten eller problem, altså hvilken pasientgruppe spør vi etter eller sykdom det dreier seg om, som i vårt tilfelle blir psykiske lidelser. I – (Intervention) intervensjon, altså hvilken intervensjon eller tiltak dreier det seg om? C – (Comparison) hva sammenlignes tiltaket med? O – (Outcome) utfall, hva er det ønskede utfallet? (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

Vi valgte «advanced search» i databasene vi søkte i og forskningen skulle helst ikke være eldre enn fem år, så sant den ikke er svært relevant for problemstillingen. Det er også av betydning at den er overførbar til norsk praksis dersom forskningen er fra et annet land med

en annen kultur enn hva som preger Norge. Dersom forskningen er gammel, skal den være overførbart til dagens praksis. Vi har søkt med ulike MESH termer. Mesh er beskrevet som *medical subject headings* og er medisinske og helsefaglige termer på engelsk og norsk. Det skal hjelpe oss å forbedre søket i ulike databaser. Mesh termene fant vi gjennom de ulike databasene da vi søkte etter forskning (Kunnskapssenteret, 2016).

Søkeordene vi har anvendt er; *nurse, nursing, mental disorder, coercion, force, hidden coercion, hidden force, measures* og *prevention*. Vi fikk flest treff på søkeordene *mental disorder, coercion,* og *nursing*. Vi har brukt databasene Cinahl, Medline, Svemed+ og EBSCOhost. Vi har også laget et skjema som gir god oversikt over hvilke databaser vi har søkt i, hvor mange treff vi fikk, tittelen på artikkelen, dato og om den er fagfelleurdert eller ikke. Dette gjorde vi tidlig i skriveprosessen og på den måten fikk vi strukturert søkene som gir god oversikt for sensorer (se vedlegg 2).

Artiklene vi fant er engelskspråklige, utenom en artikkel som er skrevet på norsk. Noen av de engelskspråklige er utført i Norge og Sverige, mens andre er utført i USA og Nederland. Artiklene handler om spesialisthelsetjenesten. Vi har ikke valgt noen spesiell alder på verken pasientgruppen eller sykepleierne som er med i studien, da dette ikke er av betydning for problemstillingen.

2.2 Kvalitetsvurdering

For artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter stilles det krav om innhold og form. De gjennomgår fagfellevurdering (peer review) som betyr at de blir godkjent av eksperter innen artikkelens fagområde (Dalland, 2014). Et av kriteriene i denne studien var at forskningen skal være fagfelleurdert i nivå 1 eller nivå 2. Vi anvendte nettsiden NSD (Norsk Senter for Forskningsdata), og gikk inn på lenken *publiseringskanaler*. På lenken skrev vi inn ISSN nummeret til artikkelen og får vite om den er fagfelleurdert og i hvilket nivå (Norsk Senter for Forskningsdata, 2016). Videre ser vi om artiklene er strukturert etter IMRaD. Det er en forkortelse av I – introduksjon, M – metode, R – resultat og (and) D – diskusjon. Av de artiklene vi har funnet er alle strukturert etter IMRaD. Vi er klar over at enkelte fagartikler også kan være strukturert etter IMRaD, derfor har vi også kontrollert at de er fagfelleurdert før vi har anvendt de (Dalland, 2014).

Man skiller ofte mellom kvalitative og kvantitative metoder, og det er lurt med en kombinasjon av de to metodene. Kvalitative og kvantitative metoder er knyttet til hvordan forskeren samler data. Kvantitative studier handler ofte om målbare data og forskerne blir da ofte omtalt som «tellere», mens de kvalitative studiene «tolker» dataene basert på fenomener, erfaringer eller opplevelser (Dalland, 2014). I denne oppgaven anvendes kvalitativ forskning som går ut på at det blir utført intervjuer av deltakerne og deretter tolkes dataene. Det er av betydning for problemstillingen da vi skal komme frem til hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruk av tvang. For å forske på det emnet er man avhengig av å få frem deltakernes perspektiv og intervju er da velegnet. Samtidig må man stole på at de som blir intervjuet snakker sant (Dalland, 2014).

Videre har vi kvalitetssikret forskningen vi fant ved å bruke kunnskapssenteret sin sjekkliste for å vurdere forskning. Der går man gjennom flere punkter som vurderer resultatene og hva resultatene påpeker og om resultatene kan stoles på. Sjekklisten er nyttig å bruke for å kvalitetssikre forskningen (Kunnskapssenteret, 2014).

2.2.1 Validitet og reliabilitet

Det stilles krav til at materialet i forskningen skal være troverdig kunnskap og derfor skal validitet og reliabilitet samt krav det stilles, oppfylles. Validitet i forskningen handler om at innholdet skal være relevant og gyldig. Det som undersøkes og måles må ha tilknytning og være relevant i forhold til problemstillingen forskeren spør etter. Reliabilitet handler om at målingene som utføres skal være riktig og mangler med studien skal opplyses. Reliabilitet handler altså om at forskningen skal være pålitelig. Sentralt står også generalisering eller overførbarhet (Dalland, 2014). I denne studien har vi sikret gyldig og pålitelig data ved å søke etter forskning som er fagfellevurdert og deretter brukt kunnskapssenteret sin sjekkliste for kvalitetsvurdering.

2.2.2 Generalisering

Generalisering handler om at forskningen vi benytter oss av er overførbar til vår praksis slik at flere kan dra nytte av resultatene som presenteres. For at det skal kunne overføres må utvalget være representativt (Dalland, 2014). Det kan tenkes at problemstillingen i denne studien også

eksisterer i kommunehelsetjenesten, og våre funn kan ha overføringsverdi også i kommunehelsetjenesten.

2.3 Kildekritikk

I form av kildekritikk er det vesentlig å påpeke at artiklene vi har funnet er engelskspråklige. Vi har oversatt de etter beste evne, men det kan tenkes at det kan være en svakhet dersom vi mistolker budskapet i artiklene. Vi har da spurt om hjelp av bekjente med spesielt gode engelskkunnskaper og vi har anvendt engelsk-norsk ordbok. Vi var avhengige av å kombinere de riktige søkeordene i søkefeltet for å finne relevant forskning. Etter å ha funnet forskning som begynte å bevege seg innenfor vårt område, fikk vi gjennom artiklene forslag til mesh termer å anvende for å finne forskning for temaet vårt. Vi har ikke anvendt kvantitativ forskning fordi vi ikke fant noe som var relevant for problemstillingen, det kan være en svakhet med denne studien.

Videre er det viktig å skille mellom primær- og sekundærstudier. Primærstudie vil si at det er ny kunnskap innenfor et område, mens sekundærstudie baserer seg på forskning som allerede eksisterer, men der dataene reanalyseres (Dalland, 2014). I denne oppgaven anvendes det hovedsakelig primærlitteratur, men også noe sekundærlitteratur. Ved bruk av sekundærlitteratur kan deler av informasjonen utelates og det blir ny fortolkning av emnet, som kan føre til at viktige detaljer uteblir (Dalland, 2014).

2.4 Presentasjon av forskning

I dette delkapittelet presenterer vi forskning vi har valgt å inkludere i denne oppgaven.

2.4.1 Forskningsartikkel 1

Landeweer, Abama og Widdershoven (2010) har utarbeidet en kvalitativ studie som fokuserer på kjerneverdiene til sykepleiere som jobber innenfor psykiatri, samt deres relasjon i forhold til begrensning og tvang. Hensikten med studien var å redusere bruk av tvang på en lukket sengepost i et psykiatrisk sykehus. Det ble utført fokusgruppe - intervju med ti til tolv respondenter og intervjuene varte fra to til tre timer og de ble tatt opp på lydopptaker. I studien har de brukt filosofien til Hans-Georg Gadamer og Margaret Urban Walker. Studien

har stimulert sykepleiere til å redefinere rollen deres og videre utvikle en dypere forståelse av kjerneverdiene i sitt yrke. Vi valgte å bruke denne forskningsartikkelen ettersom den tar for seg sykepleiernes syn på tvang og ulike handlingsalternativer de satt i gang som bidro til å redusere bruk av tvang. Dette er svært relevant i forhold til problemstillingen, fordi den tar for seg sykepleierens rolle. Studien er utført i Nederland og den er litt eldre enn ønsket, likevel er den overførbart til dagens praksis og til norsk praksis. Den er også fagfellevurdert av «Advanced in Nursing Science» til nivå 2 som er det beste nivået for forskningsartikler.

2.4.2 Forskningsartikkel 2

Larsen og Terkelsen (2014) har utarbeidet en kvalitativ studie som handler om hvordan pasienter og personalet i en lukket psykiatrisk avdeling opplever tvang. 12 pasienter og 22 ansatte deltok i studien, og både observasjon og intervju er benyttet. Studien er utført av to norske kvinner fra Universitet i Agder og den har foregått i Norge. Studien er blitt godkjent av nasjonal komité for medisinsk helsefaglig forskningsetikk. Den er også fagfellevurdert av «Nursing Ethics» til nivå 2. Denne artikkelen er svært relevant for vår oppgave, da den tar for seg sykepleierperspektivet og deres syn på bruk av tvang. Den tar også for seg pasientperspektivet, som også er av betydning for å få en bedre forståelse av emnet.

2.4.3 Forskningsartikkel 3

Olofsson, Jacobsson og Norberg (2015) har omarbeidet sin fenomenologiske kvalitative studie med en hermeneutisk tilnærming. Fjorten personer deltok i studien; fem mannlige sykepleiere og syv kvinnelige sykepleiere. Forskningen belyser sykepleierens egne erfaringer ved bruk av tvang i psykiatrien. Det ble utført intervju av deltakere som hadde erfaring fra 3 til 33 år innen psykiatri. Under alle intervjuene brukte de teoretikeren Paul Watzlavik sin kommunikasjonsmodell for å få en klarere forståelse av sykepleiernes bruk av tvang. Selv om de hadde vedtak for å kunne utføre tvang, følte sykepleierne at det ikke var riktig å behandle et menneske på denne måten. Det skapte ubehag hos sykepleierne når de utførte tvang, selv om de forsøkte å se positivt på det. Sykepleierne fortalte at de ikke ville utøve tvang overfor pasientene, men de hadde vanskeligheter med å se andre alternativer eller løsninger. De forsøkte derfor å utføre tvang så skånsomt som mulig, og forsøkte å ta i bruk de alternativene som unnviker kamp og vold. Resultatet viser at sykepleierne behøver hjelp til å ta fokuset fra

det tradisjonelle settet og å prøve ut nye løsninger som forhindrer tvang. Forskningen har stor innvirkning på problemstillingen i denne studien, da den belyser sykepleiernes opplevelse ved bruk av tvang til psykiatriske pasienter. Artikkelen er fagfelleurdert til nivå 2.

2.4.4 Forskningsartikkel 4

Olofsson og Norberg (2015) har utført en kvalitativ studie av sykepleiere, leger og pasienters erfaringer av tvangsbruk i forhold til sine egne og hverandres erfaring. I studien ble syv sykepleiere, pasienter og leger med samme erfaringer rundt tvangshendelser intervjuet. 21 intervjuer ble analysert med fokus på det fortellende element. Sykepleierne og legene følte at de ikke fikk kontakt med pasientene, samtidig som pasientene ga uttrykk for at de ville ha mer kontakt med de. Derimot var alle tre partene enige om at relasjoner og menneskelig kontakt er viktig i forhold til å unngå bruk av tvang. Sykepleierne og legene ga uttrykk for at når de ble bedre kjent med pasientene følte det «lettere» å utøve tvang, samtidig som deres utførelse ble mindre krenkende for pasienten. Det som kommer frem i studien er at behovet for menneskelig kontakt og gjensidig relasjon har stor betydning for bruk av tvang. Resultatet tyder på at det er stort behov for dialog mellom pasientene og helsepersonellet. Dialogen bør ha som formål å forstå pasientens følelser bedre rundt bruk av tvang, samt at helsepersonellet må bli flinkere til å informere hva de gjør og hvorfor de gjør det på denne måten. Vi har satt fokuset på sykepleierne i denne studien, samt pasienten, og ettersom den tar for seg ulike handlingsalternativer for å unngå bruk av tvang er den relevant for problemstillingen i denne studien. Forskningsartikkelen er fagfelleurdert til nivå 2.

2.4.5 Forskningsartikkel 5

O'Brien og Golding (2015) har omarbeidet sin kvalitative studie, hvor det kommer frem at tvangsbruk er vanlig i en psykisk institusjon, men tvang blir etisk problematisk da det innebærer utførelse der individets autonomi står i fare. De mener at bruk av tvang bør begrenses så langt det lar seg gjøre og de ønsker at man skal forsøke å se andre alternativer og løsninger på situasjoner som oppstår med bruk av tvang. Studien påpeker forskjeller mellom begrepene tvang og paternalisme, både sterk og svak paternalisme. Det kommer ikke frem i studien hvor mange som deltok. Forskningen er av betydning for denne oppgaven fordi den tar for seg bruk av tvang og paternalisme. Dette er viktig i forhold til hva Martinsen (2003) sier

om svak paternalisme. De tar også for seg ulike handlingsalternativer for å unngå bruk av tvang. Forskningsartikkelen er fagfelleurdert til nivå 1.

2.4.6 Forskningsartikkel 6

Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) har utarbeidet en kvalitativ studie med et narrativt design. Ni deltakere ble intervjuet i studien, og de var innlagt med problemer knyttet til psykose. Brukermedvirkning, behandling og bedringsprosess med fokus på pasientens innsikt i behandling og samarbeid med helsepersonell. Hva pasientene følte var akseptabelt av tvang stilles det spørsmål om i studien, samt hvordan vi som helsepersonell kan bidra til å unngå bruk av tvang og redusere negative opplevelser rundt temaet. De presenterer pasientenes egne utsagn i studien om hvordan de opplevde tvang i ulike situasjoner, men også hvordan de ønsket at sykepleierne skulle behandle de. Denne artikkelen er av betydning for denne studien da den tar for seg pasienters og sykepleieres forståelse av tvangsbruk. Den legger vekt på dialog mellom pasienter og sykepleiere. Den er fagfelleurdert til nivå 1.

3. Teori

I denne delen av oppgaven er relevant teori med mål om å besvare problemstillingen presentert. Blant teorien er sykepleieteoretiker, hva tvang er, hva psykiske lidelser er, kommunikasjon og Empowerment, paternalisme, mestring, alliansebygging, egostyrkende sykepleieprinsipper, etiske prinsipper og aktuelt lovverk inkludert.

3.1 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker i denne oppgaven da en av hennes teorier om svak paternalisme er sentralt i forhold til problemstillingen. Hennes omsorgsteori er av betydning for sykepleiere i møte med pasienter med psykiske lidelser.

Martinsen (1993) sier at moral handler om kjærligheten i handlingen og at man alltid skal handle til den andres fordel. Videre mener hun at moral og etikk går i ett og utspiller seg i menneskelige relasjoner. Etikk er noe som oppleves spontant og det finnes ikke regler i etikken. Normalen vår er at vi hjelper den andre når en krise oppstår (Martinsen, 1993). Videre sier hun at moralen handler om regler og teorier, og det oppstår fort hierarki hos den moralske og dermed blir oppmerksomheten vår borte fra den andres situasjon (Martinsen, 1993).

I sammenheng med moral snakker Martinsen (2003) ofte også om omsorg som handler om hvordan vi viser omtanke for hverandre og i utgangspunktet krever omsorg to parter. Omsorg

er grunnleggende for å klare å forstå andre mennesker som binder oss sammen. Hennes omsorgsteori retter seg til det syke mennesket og har derfor mindre fokus på det selvhjulpne mennesket. Når vi sykepleiere møter den syke pasienten, kreves det ulike ferdigheter av oss, slik som fagkunnskap innenfor vårt fagområde. Videre sier hun at disse ferdighetene skal bygge på teori og praksis samtidig. Det sentrale i omsorgen er at vi har evne til å sette oss inn i den andres situasjon. Hun påpeker også at det er viktig at vi som sykepleiere unngår å bruke masse faguttrykk i dialog med pasienter som vil føles fremmed for han, men å ha en dialog på et nivå som begge parter nyttiggjør seg av. Det er et viktig punkt for å hindre at pasienten føler seg umyndiggjort, og det fundamentale i omsorgen (Martinsen, 2003).

Moral og omsorg er sentralt i forhold til formynderi og unnlattelsessystemet som Martinsen (1993) fremhever at man som sykepleier må forsøke å få til en balansegang mellom de to begrepene. Vi har en plikt overfor pasientens verdighet og pasienten har rett til å være med og bestemme selv over pleien som står i sentrum. Unnlattelsessynder er ifølge Martinsen (1993) at sykepleiere ikke har til hensikt å utøve tvangstiltak, men at vi bruker vår fagkompetanse til pasientens fordel og ikke fraskriver oss ansvaret dersom pasienten strider i mot. Formynderiet handler om at pasienten ikke skal overkjøres, men få et tilbud som bærer preg av vår fagkompetanse (Martinsen, 1993).

3.2 Tvangsbehandling

I forbindelse med den definerte problemstillingen er teori om tvang relevant fordi ifølge Hummelvoll (2012) kan sykepleiere som arbeider innen psykiatrien havne i situasjoner der tvang må utøves for å sikre at pasienten ikke medfører skade på seg selv eller andre.

Tvangshandling er når en pasient har ukontrollerbar adferd og pasienten kan føle trang til å utføre en handling for å minske presset og det kan virke uutholdelig for vedkommende. Tvang betyr å tvinge eller å være tvungen og med det menes at noe skjer mot egen vilje og at man ikke får bestemme på egenhånd (Synonym, 2016). Pasienter som behøver å behandles med tvang har ofte store behov for behandling og behøver omfattende tiltak. Å behandle et menneske med tvang er et stort ansvar. Tvungen behandling bør være allsidig, planlagt og kunnskapsbasert (Sosialstyrelsen, 2016). Dersom situasjoner der tvang er nødvendig oppstår må sykepleierne i noen tilfeller «holde fast» pasienten for å minske faren for skade (Hummelvoll, 2012).

Tvang gjennomføres i situasjoner der nødvendig pleie er et behov, dels for å skydde pasienten. Å utøve tvang kan medføre ulike problematiske årsaker knyttet til stellesituasjoner, viser forskning. Pasienten kan for eksempel i enkelte situasjoner motsette seg hjelp og få reaksjoner som angst og uro. En bidragende faktor kan også være at det mangler kunnskap og kyndighet hos helsepersonell. I en svensk studie kom det frem at maktbruk forekommer fra både pasienten og pleierens side. Det betyr at det utvikles en maktkamp der begge partene kan føle seg maktesløse. På lengre sikt kan det i visse tilfeller være rett at helsepersonell bestemmer over pasienten, men da kan man ikke unngå at pasienten føler seg krenket. Dette kan beskrives som både positiv og negativ maktbruk. Innen tvang tas i bruk skal tillitsskapende forsøk være utprøvd. Det er viktig at vi som sykepleiere har kjennskap og kunnskap om hva loven sier angående bruk av tvang innen vi utfører det (Brodtkorb, 2014). Vedtak om tvangsbehandling skal regelbundet vurderes og journalføres. Vedtaket varer som regel ikke mer enn ett år, og man må da foreta en ny vurdering om tiltaket fremdeles er aktuelt. Vi som sykepleiere har som plikt å informere pasienten ettersom de har rett til å klage på beslutningen til helsetilsynet i det gjeldende fylket (Fylkesmannen i Hedmark, 2012) og (Slettebø, 2013). Når en egen lovregel blir iverksatt som tillater oss å utøve tvang, må man påse at beslutningen ikke blir etisk misbrukt av helsepersonell. Det er viktig at vi som sykepleiere har en etisk innsikt i lovregelen, samt at vi har god forståelse av handlingen og gjennomføringen som motsetter seg pasientens vilje. Tvang skal ikke utøves uten hensikt, meningen med lovhjemmelen og tiltaket er å forbedre pasientens rettsikkerhet (Slettebø, 2013).

3.3 Paternalisme

Paternalisme, spesielt sterk paternalisme handler om makt overfor pasienter, mens svak paternalisme ses på som en mer human måte å utøve makt i møte med pasienter som Per (Slettebø, 2005).

Martinsen (2003) betrakter omsorg som et ontologisk fenomen. Videre sier hun at det kan oppstå etiske dilemmaer da sykepleiere tar hånd om den svake. Det kan oppstå makt og avmakt og pasientens autonomi kan stå i fare. Hun sier at svak paternalisme kan brukes for å gjøre det beste for den andre, men man må påse at det ikke fører til maktovergrep (Martinsen, 2003). Sykepleieren vet hva som er det beste for pasienten, også når pasienten ikke vet dette

selv. En slik makt kan brukes dersom det er til den andres fordel, men skal ikke misbrukes ved å lure pasientene til å foreta valg på sykepleierens premisser (Slettebø, 2005).

Paternalisme handler om at sykepleierne bestemmer på pasientens vegne i enkelte tilfeller, grunnen til at pasienten ikke velger selv kan være at han eller hun ikke vet sitt eget beste, ikke er samtykkekompetent eller ikke forstår konsekvenser og sykepleier må derfor avgjøre hva som er det riktige. Dette er sentralt i psykisk helsevern (Slettebø, 2005). Eneste «gyldig grunn» til å kunne utøve paternalisme er dersom det forebygger skade på pasienten. Man skiller mellom svak paternalisme og sterk paternalisme. Svak paternalisme handler om at man begrenser avgjørelser rundt pasienters egen behandling, på bakgrunn av fagkompetanse dersom det er til pasientens fordel eller vinning. Sterk paternalisme handler om makt, at sykepleieren velger et alternativ som pasienten ikke er enig i fordi sykepleieren mener det er det beste for pasienten. Sykepleieren handler på bakgrunn av egne meninger til tross for at pasienten vet det beste for seg selv (Slettebø, 2005).

3.4 Psykisk lidelse

Per i casen presentert i delkapittel 1.1 har psykisk lidelse. I den forbindelse er det relevant å forklare hva psykisk lidelse innebærer.

Psykisk lidelse blir definert som stressreaksjoner som begrenser pasientens evne til å fungere innenfor en kultur og imøtekomme menneskelige behov. Personer med psykiske lidelser avviker ofte samfunnets normer og regler. Personer som innehar en slik diagnose kan ofte ha problemer knyttet til angst, depresjon og dårlig selvtillit og livet kan bli uforutsigbart når man ikke vet hvordan helsen er neste måned. Det kan derfor bli vanskelig å planlegge eller delta i begivenheter når helsesituasjonen forandres fra dag til dag og personen kan oppleve dette som håpløst. Psykiske lidelser kan føre til at kroppen forfaller dersom man ikke dekker de grunnleggende behovene. De kan også få følelsen av at de er annerledes og kan oppleve indre smerte. Det er uklart hvorfor enkelte mennesker får psykiske lidelser i livet, men faktorer som oppvekst, levekår og lav inntekt kan føre til at enkelte personer utvikler psykiske lidelser. Selv om personer opplever enkelte av faktorene betyr ikke det nødvendigvis at de utvikler psykiske lidelser (Hummelvoll, 2012).

3.5 Kommunikasjon og Empowerment

I fagteori diskuteres kommunikasjon og Empowerment i sammenheng (Eide og Eide, 2013). Teori om både kommunikasjon og Empowerment er relevant i møte med pasienter som Per for å forsøke å unngå bruk av tvang.

Kommunikasjonen skal være hjelpende, støttende og problemløsende og skal handle om pasienten, dette er en forutsetning for Empowerment (Eide og Eide, 2013).

Empowerment er viktig i sammenheng med det helsefremmende arbeidet og handler om å gjenvinne makt og/eller kontroll over seg selv. Pasienten må selv ha innflytelse på forhold som fremmer helsen, hvilket innebærer at en deltar i beslutninger om egen helse (Mæland, 2009). Empowerment går ut på å være kapabel til å ha kontroll over aspekter som har innvirkning på helsen. At pasienten har kontroll over faktorer som har innvirkning på helsen, bidrar til et større sykepleier – pasient samarbeid og vår rolle står sentralt i samarbeidet i denne Empowerment modellen (Tveiten, 2013).

Alle samtaler er varierende og har som regel en hensikt. Innledningen på en samtale er vesentlig fordi man legger grunnlaget for relasjonen. Man skaper trygghet og tillit gjennom kommunikasjon. Pasientens åpning i samtalen fungerer ofte som en utvikling over hva samtalen skal handle om eller hvilket problem som skal diskuteres (Eide og Eide, 2010). Ved å lytte aktivt og ha klar og tydelig informasjon til pasienten skaper man kontakt og innsikt i hvilke behov pasienten har. Det er viktig at man ser pasienten som et individ og ikke som et objekt. Det er også viktig å behandle alle pasienter under ulike forutsetninger. Hvert individ har sin egen personlighet (Eide og Eide, 2010).

Nonverbal kommunikasjon er en kommunikasjonsmetode der man ikke anvender ord, men anvender ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsholdning og gester. Det er av betydning å møte pasienter med bekræftelse, stimuli og på en innbydende måte. Dette kan skape trygghet og tillit hos pasienten slik at vedkommende har lettere for å åpne seg, formidle tanker og følelser. Nonverbal kommunikasjon er viktig for å bygge relasjon til pasienten, fremkalle motivasjon og stimuli slik at pasienten uttrykker sine ressurser så godt som mulig (Eide og Eide, 2010).

Aktiv lytting er sentralt når vi som sykepleiere skal forstå pasientens krise. Opplevelsen av å skape tilknytning til pasienten samt å motivere håp bidrar til bedring. Av den årsaken er praktisk hjelp etter behov og sosial støtte av betydning for å snakke med pasienter i krise (Hummelvoll, 2014).

3.6 Å bygge allianse

Allianse står sentralt i forhold til kommunikasjon i møte med pasienter med psykisk lidelse. Samtidig står allianse sentralt i forhold til å oppnå god behandling generelt til pasienter som Per.

Det fundamentale for å skape en god allianse med pasienter med psykiske lidelser er at vi som sykepleiere møter pasienten med respekt for integriteten hans. For å oppnå god behandling med pasienten må vi som sykepleiere yte vårt beste for å skape en god allianse. Det er av betydning at vi dekker pasientens grunnleggende behov slik som respekt, ansvar og omsorg. Vi må så langt det lar seg gjøre imøtekomme pasientens ønsker og behov for å oppnå et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2012). Det kan gjøres ved å stille pasienten spørsmål om hva han/hun tror kan hjelpe og ha behov for. For å oppnå et godt samarbeid må vi som sykepleiere vise pasienten at vi er trygge i situasjonen for å hindre kaos. Vår trygghet vil overføres til pasienten på lengre sikt og dermed spille en rolle for resultatet av behandlingen. Vi må ikke skjule oss bak uniformen, men fremstå som en forutsigbar person slik at pasienten kan forholde seg til oss (Hummelvoll, 2012).

Martinsen (1993) sier at Løgstrup (1956) var i mot systemer og modeller. Løgstrups (1956) tenkning retter seg mot å stille spørsmål samt at man må ta tak i og jobbe med problemet på bakgrunn av erfaringer. Den etiske fordring som kom i 1956 er mest sannsynligvis Løgstrups (1956) hovedarbeid. Han hevder at når vi viser tillit overfor et annet menneske utleverer vi oss selv på en måte. Tillit er et elementært fenomen, og empati for den andre er viktig. Vi gjør oss et bilde av den andres karakter og dette har betydning for arbeidet vårt om å bygge allianse med pasienter (Martinsen, 1993).

3.7 Å oppnå mestring

Mestring er relevant i forhold til at Per skal forsøke å løse situasjoner og gjenvinne kontroll over egen atferd, og på grunnlag av dette har vi inkludert mestring som en del av teoriperspektivene (Kristoffersen, 2012).

«Mestring beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» (Håkonsen, 2014, s. 259).

Mestring kan bidra til å overvinne situasjonen man befinner seg i (Kristoffersen, 2012).

Mestring er av stor betydning når det kommer til diskusjoner angående forklaring av psykisk helse (Håkonsen, 2014). Psykisk uhelse hos mennesker innebærer et stort utvalg av tilstander, situasjoner og følelser. Hvordan vi mennesker møter en eventuell brist i helsen, enten om det er på egenhånd eller ved hjelp av andre, kan i mange tilfeller være en god og tilstrekkelig hjelperessurs. Disse ulike handlingsmønstrene kan være en fellesbenevnelse som beskrives som strategier for å oppnå mestring (Hummelvoll, 2014). Personer med psykisk helse har ofte et dårlig selvbilde og for å øke pasientens kontroll og mestring har tilrettelegging av miljø, sykepleierens egenskaper og de ego styrkende sykepleie prinsippene stor betydning (Strand, 1990).

Problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring er to hovedprinsipper som Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom. Problemfokuset mestring er når individet konsentrerer seg på den nåværende situasjonen gjennom å forsøke og avslutte, løse eller endre på situasjonen i forbindelse med problemet eller vanskeligheten. Følelsesmessig fokusert mestring er når individet konsentrerer seg om en situasjon som er relatert til det følelsesmessige problemet og videre strever etter å forandre situasjonen gjennom å minske eller eliminere det følelsesmessige problemet. Disse to påstandene anvender vi i dagliglivet for å oppnå mestring. For at vi skal klare å håndtere alle fristelser og stressende opplevelser som livet innebærer har vi behov for å anvende de begrepene som nevnt overfor (Håkonsen, 2014).

3.8 Egostyrkende sykepleieprinsipper

Vi har valgt å inkludere teori om egostyrkende sykepleie i denne oppgaven fordi vi mener det kan være viktige hjelpemidler for sykepleiere i møte med pasienter. Vi velger å utelate noen av de egostyrkende prinsippene da de ikke er like relevante for pasienten i denne oppgaven.

Liv Strand (1990) snakker om egostyrkende sykepleie som verktøy for å bistå pasienter som har sviktende «egofungering» i et øyeblikk eller ved langvarig tilstand. Sviktende egofungering kan forklares på en slik måte at «jeg-grensen» er svak og «jeg-ressursene» blir

derfor mindre tilgjengelig. Videre snakker hun om det moderlige og det faderlige prinsipp som hun mener er nødvendig for vekst og utvikling hos et menneske. Det moderlige prinsippet handler om at mor lar barnet få være et barn og er bare glad for at det er kommet til verden. Moren lar barnet vokse og utfolde seg på egenhånd uten å påvirke det på noen som helst måte. Det faderlige prinsippet derimot, stiller krav til at barnet skal utvikle seg gjennom aktivitet, at det skal lære seg nye ting og dermed kunne bli selvstendig - faren gir barnet en «dytt» ut i verden. Disse prinsippene skal sammen føre til at barnet utvikles og blir «hel» (Strand, 1990).

Kontinuitet og regelmessighet er ifølge Liv Strand (1990) selve rammeverket for å oppnå allianse med et annet menneske. Dette kan være en utfordring til enkelte pasienter med psykisk lidelse da de fort kan gå i selvforsvar og ha mistillit til andre. I et slikt tilfelle er det spesielt viktig at vi sykepleiere viser at pasienten kan regne med oss og at vi følger opp, selv om vi i begynnelsen ikke får noe tilbake. Å skape allianse kan ta tid, derfor må vi være tålmodige (Strand, 1990).

Nærhet og avstand er også viktige prinsipper for å skape en balansegang mellom begrepene. Her står empati sentralt, som handler om at vi skal sette oss inn i den andres situasjon, men ikke som om vi var i situasjonen selv (Strand, 1990).

3.9 Etiske prinsipper

Herunder presenteres autonomi, velgjørenhet, ikke-skade- og rettferdighetsprinsippet som er viktige etiske prinsipper i møte med pasienter med psykiske lidelser. Vi inkluderte dette i teorien da det er svært sentral i forhold til problemstillingen i denne studien.

3.9.1 Autonomi

Autonomi handler om selvbestemmelse, altså retten til å bestemme over seg selv og sin situasjon. Slettebø (2013) mener at autonomi handler om medbestemmelse ut fra et medisinsk perspektiv, altså at man selv kan velge behandlingsform til en viss grad, eller nekte behandling. En autonom vilje dreier seg om at man gir muligheter til eller begrenser mulighetene til pasienten, men man kan aldri ta fra noen autonomien. Det vil si at man begrenser medbestemmelsen, men autonomien blir fremdeles ivaretatt. Dette blir ofte brukt i psykiatriens sammenheng, og det stilles spørsmål om autonomien da frarøves eller ikke. Ut i

fra Immanuel Kants tenkning er vi mennesker autonome vesener, men dersom en tvangsbehandler pasienter tar vi fra dem en del av selvbestemmelsen og det å ta autonome avgjørelser blir berørt. Vi reduserer altså pasientens avgjørelser rundt deres egen behandling (Slettebø, 2013).

3.9.2 Velgjørenhet

Velgjørenhetsprinsippet handler om at vi som sykepleiere gjør behandlingen til pasientens beste, selv om pasienten ikke er enig. Vi har fagkompetanse i bakgrunn som tilsier at dette er det beste for pasienten, da vedkommende ikke ser dette selv. Vi ser et mer helhetlig bilde av pasienten, og vet derfor hva som er et bedre alternativ langsiktig (Slettebø, 2013).

Viktig at sykepleiere unngår maktsituasjoner, men handler på vegne av fagkompetanse og skjønn (Slettebø, 2005).

3.9.3 Ikke-skade prinsippet

Ikke-skade prinsippet handler om at vi som sykepleiere har et ansvar for at pasienten ikke blir skadet av behandlingen vi gir. Vårt ansvar om å ikke skade et menneske står mer sentralt enn å gjøre det gode. Samtidig må man se det i et helhetlig perspektiv og velge et alternativ som ikke skader pasienten, eller som har minst konsekvenser for pasienten samt at det er varsomt og skånsomt (Slettebø, 2013).

3.9.4 Rettferdighetsprinsippet

Vi som mennesker vil gjerne at alt skal være rettferdig, det er noe som vi erfarte fra vi var barn og som ligger naturlig hos de fleste av oss. Rettferdighet kan være vanskelig dersom to like kandidater ønsker samme «godet» men der kun en av de får ønsket oppfylt. Begge har fortjent «gode» like mye, men hvem får det? Når det gjelder helsehjelp har alle krav på, eller rett til behandling uansett hvordan man har levd tidligere og uavhengig av nåværende livssituasjon (Slettebø, 2013).

3.10 Lovverk

I dette kapittelet presenteres yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, samt lovverk som psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Teorier om lovverk og retningslinjer er relevant i møte med problemstillingen fordi sykepleiere har plikt til å følge lovverket i deres yrkesutøvelse.

3.10.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Vi som sykepleiere har en overordnet oppgave som handler om at vi skal fremme- og gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse og sikre en verdifull død. Vi skal behandle andre med verdighet og respekt, samt å ivareta og ha respekt for menneskerettighetene. Vårt ansvar gjelder for alle og enhver og gjelder for mennesker fra livets start til slutt. Det fundamentale i vår praksis handler om at vi skal behandle og utøve sykepleie til de som har behov for det, uavhengig av den andres alder, bakgrunn, sykdom, kjønn, funksjonshemming eller sosial status. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har fire hovedelementer som er rammeverket for sykepleiere, det handler om etisk forsvarlig handling og holdning i møte med pasienter, pårørende og andre (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Sykepleieren har et ansvar overfor de som har behov for sykepleie. Pasienten og pårørendes skikker og tro skal respekteres, samt samfunnets verdier. Pasienten har krav på informert samtykke til behandling, og kan velge å ta i mot eller avslå behandling. Taushetsplikten må også bevares. Sykepleieren skal kunne forsvare sin praksis, ivareta egne helsemessige behov, påta seg og delegere ansvar og til enhver tid opptre profesjonelt for å bevare menneskers sikkerhet, verdighet og rettighet. Sykepleieren har ansvar for å innføre klinisk praksis, ledelse, forskning og utdanning innenfor sykepleien. Sykepleieren må samarbeide med andre kolleger så godt det lar seg gjøre og beskytte enkeltmennesket der helsen er i fare (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

3.10.2 Psykisk helsevernloven

Formålet med denne loven er å sikre at behandlingen skjer i samsvar med rettssikkerhetsprinsipper, og på en forsvarlig måte. Respekten overfor pasienten skal

oppretholdes, og man skal ivareta pasientens behov. Med tvungen psykisk helsevern som er beskrevet i § 1-2 (Psykisk helsevern) menes det at behandling, undersøkelse, pleie og omsorg er blitt utført uten samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999).

§ 3-3 sier noe om vedtak om tvungen psykisk helsevern. Dersom vedtak om tvang må opprettes må ulike vilkår og kriterier oppfylles. Før vilkårene er oppfylt må opplysninger fra legeundersøkelse tas i betraktning av den faglige ansvarlige, og dermed skal faglig ansvarlig foreta en vurdering av om kriteriene oppfylles. Kriteriene er som følger:

1. Tiltak om frivillig helsevern skal være utprøvd, uten å lykkes.
2. Pasienten skal ha blitt undersøkt av to uavhengige leger.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og tvungen psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten
 - a. Får tilstanden forverret uten behandling.
 - b. Utgjør en fare for seg selv og andre.
4. Institusjonen er i stand til å tilby pasienten behandling som er tilfredsstillende.
5. Pasienten skal ha fått mulighet til å forklare sin egen mening.
6. Vedtak om tvungen psykisk helsevern der helhetsvurderingen tilsier at dette er det beste for pasienten selv, skal det også tas i betraktning i hvor stor grad det tvangsmessige inngrepet blir en belastning for den det gjelder (Psykisk helsevernloven, 1999).

3.10.3 Helsepersonelloven

Formålet med denne loven er å sikre pasientsikkerhet, og behandlingen vi utfører skal bestå av kvalitet og vi skal skape tillit til pasientene. Loven gjelder for helsepersonell i Norge som utfører helsehjelp. Arbeidet til helsepersonellet skal preges av faglig kompetanse og forsvarlighet som forventes i ulike situasjoner. Loven sier også noe om at vi skal samarbeide med annet helsepersonell og eventuelt få bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999).

3.10.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

I kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven står det beskrevet om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Vi valgte å inkludere denne loven

da den er svært relevant i forhold til bruk av tvang. Sykepleiere må ta hensyn til denne loven i deres yrkesutøvelse. Formålet med loven er å yte helsehjelp som anses å være nødvendig samt å hindre skade og forebygge tvangsbruk så godt det lar seg gjøre. Respekt for pasientens integritet skal tas hensyn til. Lovens virkeområde omhandler pasienter over seksten år som motsetter seg helsehjelp og mangler samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4. Drøfting

I denne delen av oppgaven er målet å drøfte den definerte problemstillingen i henhold til teoriperspektivene. Problemstillingen lyder som følger: «Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å forsøke å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser som har tvangsvedtak?» Vi tar utgangspunkt i Per som er beskrevet i casen. Vi anvender pensumlitteratur, sykepleieteoretiker samt forskning for å drøfte denne problemstillingen.

4.1 Kommunikasjon i samarbeid med Per

I casen kommer det frem at Per til tider truer sykepleierne verbalt, men samtidig ønsker han gode samtaler der han får luftet problemene og tankene sine med andre. Han opplever til tider

personalet som uinteresserte overfor hans situasjon, som kan føre til at han unngår å kommunisere med oss. I studien til Landeweer, Abama og Widdershoven (2010) kommer det frem at det er viktig å identifisere problemet som fører til den utagerende atferden til pasienten. I stedet for at vi som sykepleiere tyr til tvang dersom uønskede situasjoner oppstår, burde vi heller legge fokuset til hva som er kilden til denne atferden.

Eide og Eide (2013) skriver at vi som sykepleiere må ved hjelp av kommunikasjon gjøre Per delaktig. Dette er avgjørende for at vi skal oppleve å få kontakt med han. Vår kommunikasjon med Per bør preges av respekt overfor han slik at han føler seg ivaretatt av oss. Det er helt avgjørende at vi har evne til å sette oss inn i hans situasjon for å få en dypere forståelse for hvorfor han uttrykker sin indre smerte gjennom tvang, og på den måten muligens kunne forebygge dette hvis vi får tak i kilden til problemet, gjennom kommunikasjon. Dialogen mellom oss sykepleiere og Per skal være hjelpende og samtidig støttende og skal handle om han, som er forutsetninger for Empowerment. Martinsen (2003) sier at det er viktig at vi som sykepleiere unngår å snakke om ting som virker fremmed for Per, det kan føre til at han føler seg umyndiggjort og kommunikasjonen blir uforståelig. Hun underbygger det Eide og Eide (2013) sier om at vi som sykepleiere må ha evne til å sette oss inn i Per sin situasjon og det er avgjørende for å oppnå god behandling.

Kommunikasjonen skal ikke bare handle om at vi snakker til Per, men at vi også lytter aktivt til det han har å si for å få tak i problemet. Dersom vi som sykepleiere lytter aktivt til det Per har å si kan vi identifisere hva situasjonen krever, og bidra til at Per gjør riktige valg fremfor uheldige valg i hans situasjon. Å lytte aktivt kan vi gjøre ved å ha øyekontakt for å vise interesse, lett berøring eller stillhet. Det kan bidra til at Per ikke opplever oss som uinteresserte (Eide og Eide, 2013).

Olofsson og Norberg (2015) påpeker at pasientene uttrykker behov for kommunikasjon slik at de kan lære hverandre å kjenne. Det er viktig at pasienten føler tillitt overfor sykepleierne og at man skaper en relasjon, sier pasientene selv i studien. Pasientene beskriver at de ikke til enhver tid har kontroll over egen atferd. De vet ikke alltid sitt eget beste i enkelte situasjoner og behov for tvang er da nødvendig. De uttrykker også at bruk av tvang føles bedre når de har blitt kjent med sykepleierne. Studien viser at det er viktig å sette av tid til kommunikasjon i en hektisk hverdag og det er avgjørende for å oppnå relasjon mellom pasientene og sykepleierne,

samtidig at det reduserer det negative perspektivet på tvang. Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) underbygger det Olofsson og Norberg (2015) påpeker om at gjensidig dialog og tillitt er nøkkelord i kommunikasjon til pasienter med psykiske lidelser.

Kommunikasjonen bør preges av respekt for Per, slik at han føler at vi ser hans perspektiv og at Per selv har innflytelse på sin egen situasjon. Empowerment handler om at Per selv skal ha makt over egen situasjon, på den måten at han deltar i beslutninger som omhandler han selv. På denne måten føler han respekt, likeverd og autonomien blir ivaretatt. Det handler altså om at sykepleiere forsøker å forbedre Per sin nåværende livssituasjon (Eide og Eide, 2013).

Under en god samtale med Per, kan vi forstå han som person, vi skaper et samarbeid som gir Per bedre hjelp og støtte, og bidrar til at vi sammen kan få til gode beslutninger. Kommunikasjon handler ikke bare om at vi snakker til Per, men at vi lærer oss å lytte til hva han har og si til oss. Dersom vi får det til vil det bidra til en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet vårt. Systematisk kommunikasjon handler om at vi lærer oss å sette ord på følelser, uttrykke empati overfor Per og gi respons og tilbakemeldinger på bekymringene Per eventuelt måtte ha (Eide og Eide, 2013).

Løgstrup (1956) sier i den etiske fordringen at vi må jobbe med Per på bakgrunn av erfaringene våre, samt at vi må stille spørsmål til Per for å jobbe videre med behandlingen. Han sier også at vi utleverer oss selv overfor Per, derfor er det viktig at vi sykepleiere har gode holdninger samt at vi viser tillitt som Løgstrup (1956) beskriver som et elementært fenomen. Vi som sykepleiere gjør oss et bilde av Per som person og empati overfor han er viktig (Martinsen, 1993).

Aktiv lytting skal fremme kommunikasjon og samspill mellom oss sykepleiere og Per. Det innebærer at Per sine utsagn blir hørt, men også at budskapet som kommer frem mellom linjene oppfattes, samt toneleiet til Per og kroppsspråket hans. Vi som sykepleiere bør fremstå som rollemodeller overfor Per ved at vi selv lytter og videre viser hvordan vi tolker det han sier. Vi kan samtidig fortelle Per hva vi oppfatter under samtale med han slik at han får bekreftet at vi faktisk er interesserte og lytter til hva han forteller. Her kan vi samtidig gi råd og møte Per der han er i situasjonen (Tveiten, 2013).

Olofsson, Jacobsson og Norberg (2015) sier at sykepleierne hadde vanskeligheter med å se andre alternativer enn bruk av tvang, og mange mente at det ikke var til å unngå i psykisk helsevern. De forsøkte å se andre alternativer slik som å kommunisere med pasientene etter tvangshandling, hvordan de hadde opplevd det var av betydning ifølge studien. Samtidig var det også av betydning at sykepleierne snakket med hverandre etter en slik situasjon. Etter at både pasientene og sykepleierne hadde reflektert med hverandre opprettet de et forbedret samarbeid med hverandre.

Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) kommer frem til at pasientene i studien verdsette verdier som tillit til sykepleierne, at de vår åpne og gjensidige og å kunne ha dialog med de var betydningsfullt og en bidragende faktor til å redusere tvang. Pasientene forklarte at bruk av tvang ofte var en årsak av konflikt og uenighet mellom seg selv og sykepleierne. Dersom de måtte bli lagt i belter og reimer på grunn av atferden deres følte de seg frustrerte fordi ingen tok tak i problemet bak denne atferden. Sykepleierne sa at når de ble lagt i reimer ble de roligere, mens pasienten fortalte selv at han egentlig hadde gitt opp håpet når han lå fastspent. Sykepleierne trodde da at han hadde roet seg, men sannheten var noe annet. Derfor ser vi at kommunikasjon i etterkant av en slik hendelse er viktig for å få frem følelser, oppfatninger og erfaringer fra både pasienter og sykepleierens perspektiv. Pasientene uttrykket også at sykepleierne skulle snakke om sine egne følelser, oppfatninger og erfaringer, samt at empati var en viktig grunnholdning (Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014).

Som vi nevner i casen føler Per at vi ikke tar han på alvor, Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) sier at pasientene ble frustrerte og irriterte når de ikke ble tatt på alvor. Ingen tar seg bryet til å snakke med Per etter en tvangshandling opplever han. Per uttrykker ønske om at noen kunne fortelle han hvordan sykepleiere kunne imøtekomme situasjonen på en annen måte for å unngå å bli lagt i belter. Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) sier at pasientene savnet god informasjon og at de ikke fikk forklare hvorfor de hadde utagert tidligere. Derfor er det så viktig med det Eide og Eide (2013) sier om at vi som sykepleiere må forsøke å gjøre pasientene delaktige. Det samme sier studien til Olofsson og Norberg (2015) at kommunikasjonen er viktig for å få informasjon om hva sykepleierne utfører og hvorfor de utfører det på denne måten, altså at de blir mer involvert rundt deres egen behandling. Begrepet paternalisme kommer inn på dette og det handler om at sykepleiere bestemmer på pasientens vegne i enkelte situasjoner. Det kan føre til makt dersom sykepleieren velger et

alternativ som Per ikke er enig i til tross for at han vet det beste for seg selv. Her kan det fort oppstå kommunikasjonssvikt mellom sykepleier og Per og det er noe vi må tenke over. Fagkompetanse og skjønn er av betydning, samt at vi involverer Per i samtaler som handler om han og avgjørelser rundt hans behandling (Slettebø, 2005).

4.2 Hvordan oppnå allianse med Per

Kontinuitet og regelmessighet er prinsipper som Liv Strand (1990) mener er avgjørende for at pasient-sykepleier samarbeidet utvikles. Det kan være en utfordring ettersom Per sannsynligvis vil gå i selvforsvar og lukke seg. Per har som tidligere nevnt stor mistillit til sykepleierne, og det å bygge allianse med han krever tid og tålmodighet fra vår side. Vi må vise Per at vi er til å stole på og overholder avtaler, samt oppfølging selv om Per ikke ønsker at vi er tilstede – det tar tid å nå inn til Per og dette er grunnleggende for det moderlige prinsippet. Det handler om at vi som sykepleiere må være tilstede under behandling, altså at vi er regelmessige og tilgjengelige og ikke minst forutsigbare. Å være trofast er et nøkkelord i de egostyrkende sykepleieprinsippene. Å være tilstede for Per er viktig for å vise vår interesse for han som person (Strand, 1990). Martinsen (1993) sier at man alltid skal handle til den andres fordel og at moral handler om kjærlighet i handlingen. Det faderlige prinsippet som Liv Strand (1990) omtaler i de egostyrkende sykepleieprinsippene handler om at vi som sykepleiere må tilby Per aktiviteter der han får evne til å utvikle seg og få en endring på sin nåværende livssituasjon. Det handler i bunn og grunn om at vi som sykepleiere er nødt til å stille enkelte krav til Per for å gi ham en «dytt» videre i behandlingen (Strand, 1990).

Nærhet og avstand er viktige prinsipper i møte med Per. Begrepet empati står svært sentralt i denne sammenhengen og det er viktig at vi viser empati overfor Per, at vi samler informasjon på bakgrunn av egne erfaringer og fagkunnskap for å identifisere hva Per har behov for. Samtidig må vi unngå å identifisere oss med Per da hans lidelse kan bli vår lidelse. Nettopp derfor er nærhet og avstand viktig. Det vil medføre en stor påkjenning for oss dersom lidelsen hans blir vår, og vi må skille mellom det å sette seg inn i hans situasjon og det å være i hans situasjon, fordi pleien vil da ikke bli optimal. Avstand er også viktig slik at Per ikke skal føle at vi invaderer han og kan derav føre til større mistillit. En balansegang mellom disse prinsippene vil være av betydning for å oppnå kontinuitet i pleien (Strand, 1990).

Hummelvoll (2012) sier at å skape allianse med Per er det fundamentale i god pleie og behandling. Vi som sykepleiere må vise respekt for hans integritet og dekke grunnleggende behov slik som ansvar og omsorg. Martinsen (1993) underbygger dette og sier at omsorg er grunnleggende for å forstå andre mennesker – at vi har evne til å sette oss inn i deres situasjon. Videre sier Hummelvoll (2012) at å oppnå allianse med Per handler om at vi imøtekommer hans behov og stiller åpne spørsmål om hvilke behov han har. Vi må vise Per at vi er trygge i vår egen yrkesutøvelse for å hindre kaos. Vår trygghet i situasjoner vil gradvis prege Per og han vil bli tryggere i vårt nærvær som igjen preger utfallet av behandlingen.

Personer med psykiske lidelser kan ofte ha et dårlig selvbilde. For å øke Per sin kontroll og mestring er tilrettelegging av miljøet rundt ham av betydning. Våre egenskaper som sykepleiere og de egostyrkende sykepleieprinsippene er viktige aspekter for god behandling. Dersom Per konsentrerer seg om den nåværende situasjonen gjennom å enten forandre på den eller avslutte den, snakker vi om problemfokuset mestring. Følelsesmessig fokusert mestring er når Per konsentrerer seg på situasjoner som er relatert til det følelsesmessige problemet han opplever og videre forsøker å endre på den situasjonen gjennom å eliminere det følelsesmessige problemet. De to begrepene er viktige i hverdagen til Per for at han skal få en følelse av mestring (Håkonsen, 2014). Martinsen (1993) sier at det er viktig at vi som sykepleiere er klar over at vi har makt i sykepleieutøvelsen vår. Videre forklarer hun at en balansegang mellom formynderi og unnlattelsessystemet er av betydning for Per. Vi har en plikt til å ivareta Per sin verdighet og igjen har han en rett på å delta og bestemme over pleien. Vi har ikke til hensikt å utøve tvang overfor Per, men fagkompetansen vår tilsier at vi må handle til Per sin fordel, selv i de tilfellene han ikke har evne til å se dette selv, altså unnlattelsessynder. Formynderiet beskriver Martinsen (1993) som at vi ikke skal overkjøre Per, men få tilbud på bakgrunn av fagkompetansen vår. Vi må være sensitive overfor Per sine opplevelser slik at han føler seg ivaretatt, selv om han har en annerledes oppfatning på ting som kan virke ukjent for oss sykepleiere (Slettebø, 2013).

Olofsson og Norberg (2015) sier at pasientene ønsker seg mer frihet til å foreta valg som omhandler egen behandling, de følte at sykepleierne bestemte og overkjørte pasientene når det gjaldt deres egen helse, og meningene til pasientene ble ikke med i beslutningene. Dette førte til uro og til tider redsel hos pasientene, og kan være et forklarende fenomen til den utagerende atferden. Selv om ikke alltid pasientenes beslutninger rundt egen behandling var

riktig, burde meningene deres i det minste bli hørt, slik at de på den måten kan føle mestring. Studien til Olofsson, Jacobsson og Norberg (2015) underbygger dette og sier at sykepleierne og pasientene foretrekker et samarbeid i stedet for å utøve tvang, og begge parter følte at bruk av tvang var uetisk. De ønsket en mer human og mild metode når behovet for bruk av tvang var nødvendig. Sykepleierne ønsket å sette seg mer inn i pasientens perspektiv, og skape en god allianse basert på tillit. En nærmere relasjon til pasienten vil føre til at der tvang var nødvendig, ble bruken av tvang mer skånsom (Olofsson, Jacobsson og Norberg, 2015).

Hva Per skal klare å oppnå varierer fra situasjon til situasjon, kontekst og ut i fra hvilke ressurser han har. Vi som sykepleiere bør fokusere på Per sine ressurser og hans medvirkning i ulike situasjoner. Brukermidvirkning er et begrep som her står sentralt. Vi må legge til rette for at Per skal mestre ulike situasjoner ved hjelp av vår pedagogiske funksjon (Tveiten, 2013). Vi som sykepleiere må fremme Per sitt håp i en situasjon som han opplever som håpløs, og finne mening med situasjonen han befinner seg i for å oppnå mestring. Det er viktig å ta i betraktning hva som fører til at Per opplever situasjonen som håpløs, hva som er av betydning for Per i situasjonen er viktig for å identifisere dette problemet og videre ta tak i det for å hindre at han skal føle situasjonen på denne måten. Hva Per ønsker at utfallet av behandlingen skal være må være i fokus hos sykepleieren for å oppnå mestring, samt å møte Per der han er nå (Gammersvik, 2012).

Det presenteres i Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) at behovet for omsorg er relevant i arbeidet med pasienter som har psykiske lidelser. De kommer frem til at pasientene følte i noen situasjoner at det var bra at sykepleierne tok avgjørelser som de ikke kunne foreta selv. Artikkelen underbygger det Martinsen (2003) sier om at omsorg er viktig for å forstå den andres reaksjoner, tanker og følelser. Videre er omsorg viktig for å utfordre pasientene, strekke grensene, men også godta deres beslutninger om alenetid. Det er viktig at Per skal oppleve at vi som sykepleier respekter han som menneske samt respekterer hans valg og beslutninger. Resultatet av denne studien peker på at pasientene ønsker ikke å bli behandlet med tvang, men at de hadde forståelse for at det måtte til i enkelte situasjoner. De ønsker også at tvang skal begrenses så langt det lar seg gjøre, samt at den skulle være varsom og ikke misbrukes til en makt fra sykepleierens side (Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014).

4.3 Etikk og lovverk

Det skal foreligge et tvangsvedtak dersom tvang må utøves (Psykisk helsevernloven, 1999). Landeweer, Abama og Widdershoven (2010) påpeker at tvang uansett form fører til traumatiske opplevelser og tillitsbrudd overfor Per. Samtidig opplever ofte både pasienter og sykepleiere at det til tider er nødvendig. Vi som sykepleiere er ansvarlige for pasientens sikkerhet og behandlingen vi utøver overfor Per skal bestå av kvalitet. For å opprettholde Per sin sikkerhet for å hindre at han påfører skade enten på seg selv eller andre, kan det oppstå situasjoner der tvang er nødvendig. Slettebø (2013) tar for seg ikke-skade-prinsippet som går ut på at vi som sykepleiere har et overordnet ansvar som innebærer at Per ikke skal bli skadet av behandlingen vi gir, og det står mer sentralt enn å gjøre det godt for Per. Vi som sykepleiere må derfor velge et alternativ som har mindre konsekvenser eller ikke skader Per. På den andre siden skal velgjørhetsprinsippet bidra til at vi som sykepleiere velger et bedre alternativ for behandling enn hva Per ser selv ettersom vi har fagkompetanse i bakgrunn som ikke Per har. Vi ønsker å gjøre det beste for Per, selv om han ikke er enig i hva vi gjør. Sterk paternalisme handler om makt og at sykepleiere velger for pasienten på bakgrunn av egne meninger og ikke fagkompetanse, til tross for at pasienten kan velge selv. Dette står sentralt i forhold til velgjørhetsprinsippet og det er derfor viktig at sykepleiere unngår bruk av makt og må bruke skjønn i enkelte situasjoner (Slettebø, 2005).

I casen gir Per uttrykk for at han ikke ønsker å dusje eller bade, men vi som sykepleiere vet at det kan føre til ulike helseproblemer slik som sår og infeksjoner på lang sikt. Det oppstår et etisk dilemma hos oss fordi vi ønsker det beste for Per, men han motstrider seg vår hjelp. Etisk dilemmaer oppstår når flere ting er ønsket, men der et av alternativene bidrar til uønskede hendelser dersom vi må tvinge Per til å dusje (Slettebø, 2007). Dersom vi må tvinge Per til å dusje settes autonomien hans på spill da vi frarøver hans rett til å velge sin egen situasjon. Slettebø (2013) sier at vi kan aldri ta fra noen autonomien, men en autonom vilje handler om at vi begrenser mulighetene til pasienten, men spørsmålet er da om autonomien frarøves eller ikke når vi reduserer pasientens avgjørelser rundt egen behandling (Slettebø, 2013).

Martinsen (2003) sier at vår sykepleieutøvelse skal baseres på vårt ansvar overfor Per, samt at vi innehar verdier som gjensidighet. Det er viktig å huske at vi har et faglig ansvar i møte med en sårbar pasient. Man kan stille spørsmål om autonomien til Per blir ivaretatt da Martinsen

(2003) sier at svak paternalisme er ønskelig. Samtidig er det viktig at vi bidrar til å gjenvinne Per sin uavhengighet. Det er her nødvendig at vi identifiserer hva Per ønsker i ulike situasjoner uten at han konstant må uttrykke det. Her må man huske på å ha respekt overfor Per slik at det ikke blir en lettere makt, men moral er viktig sier Martinsen (2003). Ansvaret vårt bør komme tydelig frem der Per ikke klarer å uttrykke sine ønsker til oss (Martinsen, 2003).

I Larsen og Terkelsen (2014) kommer det frem at pasientene opplevde bruk av tvang som nødvendig, men at fleksibilitet var viktig. For mye bruk av tvang førte til forverring. Pasientene følte at sykepleierne bare så sykdommen og at de ikke ble behandlet som mennesker, men som objekter. Ut i fra casen virker det som at Per har samme oppfatning ved bruk av tvang. Martinsen (1993) sier at etikk er noe som oppleves spontant, og i etikken finnes det ingen regler. Vår normal er at vi hjelper andre når de opplever krise i livet. Moral handler om regler og det kan forekomme hierarki hos den moralske personen og oppmerksomheten vår frarøves den andre. Omsorg er et grunnleggende behov og noe som fører oss mennesker sammen (Martinsen, 1993).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker at vi har en overordnet oppgave som omhandler å fremme helse, forebygge sykdom, samt lindre lidelse. Vår behandling skal preges av respekt og verdighet overfor Per, i tillegg skal vi ha respekt for menneskers rettigheter. Videre står det beskrevet at Per har rett til informasjon rundt egen behandling og han kan selv velge å avslå behandlingen (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). I psykisk helsevernloven (1999) står det beskrevet at behandlingen vi utøver overfor Per skal skje i samsvar med rettssikkerhetsprinsipper og Per sine behov skal dekkes. Med tvungen psykisk helsevern er pleie og omsorg utført uten at pasienten sier seg enig (Psykisk helsevernloven, 1999).

I casen står det beskrevet at Per til tider kan gå til angrep på personalet og de må da enten holde han fast eller legge ham i belter for å hindre skade på andre pasienter, pleiere eller Per selv. I pasient -og brukerrettighetsloven (1999) står det om helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp som Per gjør. Formålet med denne loven er at vi skal yte helsehjelp som anses nødvendig, samt å hindre bruk av tvang så langt det lar seg gjøre. Samtidig som dette skal opprettholdes skal også respekten til pasienten ivaretas. Vi skal jo som nevnt ikke

skade pasienten, men samtidig har vi faglig kompetanse som skal overstyre dette dersom prinsippet om å ikke skade står i fare (Slettebø, 2013).

Landeweer, Abama og Widdershoven (2010) sier at tvang er vanskelig å forebygge til enhver tid, men dersom sykepleiere redefinerer sin rolle og heller fremstår som en samarbeidspartner vil bruk av tvang kunne reduseres. Å unngå bruk av tvang overfor pasienter som utagerer kan være en utfordring, Martinsen (2003) kommer inn på dette temaet og sier at den svake paternalismen er ønskelig. Det innebærer at man begrenser mulighetene til behandling, men likevel gir Per muligheter til å velge et av alternativene sykepleieren tilbyr. Pasientens autonomi blir her ikke ivaretatt slik den skal, men frarøves på en måte ikke (Brodtkorb, 2014). Å utøve tvang bør være siste utvei fordi det strider mot vår behandling av pasienter, men samtidig kan det være vanskelig å unngå til enhver tid. Larsen og Terkelsen (2014) sier at sykepleierne følte ubehag når de utførte tvang og at pasientens respekt ikke ble ivaretatt og derfor følte det ikke riktig, samtidig vet de at de har loven på sin side og kan skyldes på «systemet» hvis det skulle oppstå problemer. Olofsson, Jacobsson og Norberg (2015) sier derimot at selv om sykepleierne hadde loven på sin side, følte det fremdeles ikke rett å utøve tvang overfor pasientene (Olofsson, Jacobsson og Norberg, 2015).

I O'Brien og Golding (2015) hevdes det at tvang er vanlig i psykisk helsearbeid, men etiske dilemmaer kan oppstå fordi tvang innebærer at man handler i strid med pasienters autonomi. Psykisk helsevern innebærer ofte begrensninger for pasienters egne handlinger og beslutninger. Disse begrensningene rettfærdiggjøres fordi tvang i psykisk helsevern er for pasientens eget beste. Dette betyr at psykisk helsevern er paternalistisk ifølge studien. Det er et viktig begrepsmessig skille mellom tvang og paternalisme. Tvang innebærer bruk av myndighet til å begrense en annens autonomi, mens paternalisme kan betraktes som en etisk begynnelse på grunnlag av velgjørenhet for et tvangstiltak. Studien hevder at man må forså at tvang og paternalisme har betydelige konsekvenser for etiske beslutninger. Det sier Martinsen (2003) også, at den svake paternalismen er «lov» dersom hensikten er å fremme helse og oppnå god behandling (Martinsen, 2003).

Paternalisme er brukt som en etisk begrunnelse for tvangshandlinger som ikke har noen etisk begrunnelse i det hele tatt. Studien tror ikke at pasienter er utagerende fordi at de ønsker å ha en slik atferd. I situasjoner der sykepleiere følte tvang var nødvendig, rapporterte de at

handlingene deres var etisk problematiske. Det å overtale en pasient for å endre beslutningene deres kan anses som tvang dersom overtalelsen involverer bedrag eller bruk av trusler. Med det mener de at å overkjøre en persons beslutning ved å la dem velge selv, men så tilbakeholde nødvendig informasjon anses å være tvang. Å gi falsk informasjon for å manipulere beslutningene deres i en retning som de normalt ikke ville besluttet (O'Brien og Golding, 2015).

Paternalisme innebærer å utelate Per sitt valg til fordel for hans eget beste eller for å hindre at han skader seg selv eller andre. Paternalisme innebærer en konflikt mellom autonomi og velgjørenhet, men der resultatet innebærer å unngå skade. I visse tilfeller kan et kombinert konsept være til hjelp. Det er et skille mellom paternalisme, enten det er vesentlig redusert autonomi (svak paternalisme) eller der paternalisme bidrar til at pasienten ikke har autonomi i det hele tatt (sterk paternalisme), det er altså bruk av makt overfor pasienter. Sterk paternalisme anses å være vanskeligere å rettferdiggjøre enn svak paternalisme. Det virker sannsynlig at tvangshandlinger der autonomien er frarøvet pasienten ikke kan rettferdiggjøres (O'Brien og Golding, 2015).

Slettebø (2005) underbygger dette og sier at paternalisme handler om at sykepleieren handler på pasientens vegne i situasjoner der Per ikke vet sitt eget beste. Sterk paternalisme bør der i mot unngås da det handler om maktbruk fra sykepleierens side (Slettebø, 2005). Rettferdighetsprinsippet som Slettebø (2013) tar for seg, sies det at når det gjelder helsehjelp har alle krav på eller rett til behandling uansett livssituasjon. Autonomi handler om at personer skal få velge og har rett til å handle på deres preferanser, forutsett at deres beslutninger og handlinger ikke har til hensikt å krenke den moralske interesse for andre. I studien til O'Brien og Golding (2015) kommer det frem at sykepleierne mente at prinsippet om autonome beslutninger er kun ment til de som er kompetente, og sykepleierne tror de da bare kan tvinge pasientene da det er for deres eget beste. Selv om man ikke alltid kan ta beslutninger når det gjelder behandling, kan de fremdeles bestemme hva de for eksempel vil ha på maten og lignende (O'Brien og Golding, 2015).

Vi som sykepleiere har en plikt til å handle til pasientens fordel. Helsepersonelloven (1999) underbygger det studien til O'Brien og Golding (2015) kommer frem til, at vi som sykepleiere ifølge loven, har som plikt å sikre pasientsikkerhet og vår behandling til Per skal bestå av

faglig kvalitet samt at vi skal skape tillitt til han. Vårt arbeid i forhold til Per skal være forsvarlig som forventes i ulike situasjoner samt at vi også skal samarbeide med andre sykepleiere og få bistand der det er nødvendig. Vi tolker dette som at det er viktig for oss sykepleiere at vi vet hvor våre begrensninger ligger. Dersom vi havner i vanskelige situasjoner med Per som vi ikke kan takle på en forsvarlig måte på egenhånd, er det viktig at vi spør om hjelp av andre sykepleiere slik at våre egne beslutninger ikke skal gå ut over eller skade Per på noen som helst måte. Prinsippet om å ikke skade underbygger dette (Slettebø, 2013).

I Olofsson og Norberg (2015) kommer det frem at sykepleierne så på tvangsbruk som en måte å behandle pasientene på, men de var ikke klar over at pasientene følte at integriteten deres ble krenket. Sykepleierne i studien mente at de behøvde mer tid for å skape kontakt med pasientene slik at bruk av tvang kunne reduseres. Sykepleierne mente at de ikke burde utøve tvang med en gang en uønsket hendelse oppstod. De mente heller at man kunne gi det litt tid for å forsøke å få pasientene til å endre den utagerende atferden, og ikke ty til tvang så fort pasienten virket utagerende. Resultatet i studien var at sykepleierne ønsket heller å samarbeide med pasientene for å forebygge at de følte seg krenket når tvang ble anvendt.

Pasienter med psykiske lidelser opplever ofte tvang som en slags straff for handlinger de har gjort. De følte seg maktesløse da de visste at sykepleiere kunne utøve tvang der de mente det var nødvendig, selv om pasienten ikke mente det samme. Dersom pasientene hadde motforestillinger mot tvangsmidler, en såkalt boomerangeffekt, oppfattet sykepleierne det som at pasientene utagerte og tvang måtte til for å få kontroll over situasjonen. For å unngå en slik boomerangeffekt er det en nødvendighet at vi som sykepleiere er åpne overfor pasientene (Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014).

Olofsson og Norberg (2015) forklarer at pasientene ga uttrykk for at bruk av tvang var nødvendig i visse tilfeller, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Mange av pasientene fortalte at de opplevde bruk av tvang negativt, de ville ta mer ansvar for seg selv og forstod ikke hvorfor de ikke fikk ta mer ansvar på egenhånd. Pasientene følte seg truet dersom de ikke oppførte seg slik som sykepleierne ville de skulle gjøre, som ifølge sykepleierne ikke var meningen. Meningen var at sykepleierne ville skydde pasientene for å hindre at pasienten enten skadet seg selv eller andre, men pasientene oppfattet det annerledes. Vi tolker det som at lovverket tilsier at vi skal unngå å utøve tvang til pasienter, men i våre forskningsartikler

kommer det frem at pasientene sier at de ønsker det. Martinsen (2003) sier at den svake paternalismen kan utøves dersom det er til pasientens fordel, mens våre yrkesetiske retningslinjer sier at vi skal gjøre det pasienten selv ønsker (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Noen pasienter ønsker bruk av tvang, mens andre ikke og på bakgrunn av dette oppstår etiske dilemmaer (O'Brien og Golding, 2015).

5. Konklusjon

I denne oppgavens startfase arbeidet vi ut fra følgende problemstilling: «Hvordan opplever sykepleiere bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser?». Vi valgte denne problemstillingen fordi vi selv har erfart at det er for lite fokus på hvordan vi som sykepleiere opplever tvangssituasjoner. Vi fant gode forskningsartikler rundt emnet som tok for seg sykepleierne subjektive opplevelser, men det var lite vi kunne bygge videre på i teoridelen.

Vi har gjennom denne bacheloroppgaven kommet frem til at å unngå bruk av tvang er vanskelig innenfor psykisk helsevern, og det oppstår fort etiske dilemmaer rundt temaet der både pasientene og sykepleierne opplever det som uetisk. I samtlige studier er tvang vanskelig å unngå, men kommunikasjon, Empowerment, lovverk, retningslinjer, og mestring er viktige begreper som kan hjelpe oss i arbeidet med å redusere bruk av tvang.

Det er fremdeles vanskelig å unngå tvangsbruk, men ved hjelp av de ovenfor nevnte handlingsalternativene kan vi lykkes. I denne studien har vi kommet frem til at det er mulig å gjøre tvangshandlingene mer skånsomme og varsomme, slik som studiene vi har anvendt i oppgaven argumenterer. Vi som sykepleiere må huske at det er andre medmennesker vi behandler. Sykepleieteoretikeren, Kari Martinsen, har spilt en stor rolle i oppgaven med å svare på problemstillingen. Hun sier at omsorg handler om hvordan vi viser omtanke for hverandre og at det er grunnleggende for å forstå andre mennesker. Hun påpeker også at vi som sykepleiere må anvende både teori og praksis for å yte god omsorg. Hun sier også at vi ikke har til hensikt å utøve tvang overfor pasientene, men at vår fagkompetanse skal brukes til pasientens fordel (Martinsen, 2003). Både sykepleiere og pasienter i forskningsartiklene vi har anvendt, peker på at tvang er nødvendig, men det handler om måten man utfører det på. Det er av betydning at vi husker på de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier at vi skal behandle pasienter med verdighet og respekt for deres rettigheter. Vi skal handle etisk forsvarlig i behandlingen av pasienter og vi skal inneha gode holdninger. Dette kan være en rettesnor for oss for å hindre at makt og hierarki oppstår (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Målet med denne oppgaven har vært å belyse bruk av tvang ytterligere, å erkjenne at utøvelsen av tvang ikke skal være uetisk for verken sykepleiere eller pasienter. Vi mener at det burde være større fokus på bruk av tvang overfor pasienter med ulike diagnoser i sykepleierutdanningen. Gjennom praksis og senere arbeid møter vi ofte pasienter som enten er demente, psykisk utviklingshemmede eller har psykiske lidelser, og tvang blir ofte brukt overfor de. Dersom det hadde vært et større fokus fra begynnelsen av, ville det kanskje ikke

vært like vanskelig for oss å møte disse pasientene i arbeidslivet. Vi har selv erfart at når vi har anvendt tvang for å få kontroll over «utagerende» pasienter, har det påvirket både oss og pasienten. I begynnelsen var det svært vanskelig å håndtere situasjoner der vi måtte anvende tvang for å hindre skade på pasienten selv, medpasienter og andre ansatte. Vi har følt på at dette er uetisk og det føles ikke rett å handle på denne måten. Etter hvert som vi har lært pasientene å kjenne, og opprettet relasjon og allianse og et samarbeidsforhold, har det blitt en bedre opplevelse for både oss og pasientene. Vi erfarte også at når pasientene fikk uttale seg om hvordan de opplevde tvang, samt at vi fikk dele vår opplevelse av hvordan vi følte det overfor pasienten, fikk vi en felles forståelse og mening med det vi gjør. Derfor tror vi at kommunikasjon for å skape en god relasjon er det grunnleggende i arbeidet mot å forebygge tvang.

Dersom vi hadde fått valgt metode selv til denne bacheloroppgaven ville vi anvendt kvalitative intervjuer som forskningsmetode. Vi ville selv ha dybdeintervjuet fem sykepleiere og fem pasienter i psykiatrisk avdeling om hvordan de opplever bruk av tvang, og hvilke handlingsalternativer som er ønsket for å forsøke å unngå bruk av tvang. Det hadde vært ønskelig å kombinere dybdeintervjuene med spørreundersøkelse. Videre forskning om denne problemstillingen kunne tatt for seg mer følelser, hvorvidt pasientene eller sykepleierne følte redsel, sinne, eller andre følelser.

Til videre forskning tilbyr denne oppgaven fokus på bruk av tvang innenfor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Selv om loven inneholder informasjon om bruk av tvang er ikke det tilstrekkelig nok for å finne løsninger på temaet. Tvang burde ha større fokus og blitt lagt enda mer vekt på i helsevesenet generelt. Det er tydelig gjennom avisers sjokkoverskrifter om hvor mange pasienter som ble lagt i belter, og det alt for høye antallet som ikke ble rapportert. En undersøkelse om hvorfor det ikke blir rapportert kunne også vært interessant i forhold til videre forskning.

6. Litteraturliste

*Ambjørnsen, I. (1981). *23-salen*. Tønsberg: Forfatterforlaget. (s. 11-95).

*Bokmålsordboka. (2015). *Pasient*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=pasient&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Personalet*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=personalet&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Sykepleier*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+sykepleier&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Angstanfall*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=angst&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Utagerer*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=utagerer&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Livssituasjon*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=livssituasjon&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

*Bokmålsordboka. (2015). *Hygiene*. Lokalisert på

http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=hygiene&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold & A. H. Ranhoff (Red.),

- Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 176-178). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2011). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Fylkesmannen i Hedmark. (2012). *Helse, omsorg og sosialtjenester*. Lokalisert på <https://www.fylkesmannen.no/nn/Hedmark/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Tvang/> (s. 1-2).
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 1-5. (2016). (s. 1-25).
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Stress og mestring. I F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 143-159). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Lokalisert på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- *Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (s. 1-4).
- *Kunnskapssenteret. (2016). *Medical Subject Headings (MeSH)*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/medical-subject-headings-mesh-oversatt-til-norsk> (s. 1-3).
- *Landeweer, E. G., Abama, T. A. & Widdershoven, G. A. (2010). The essence of psychiatric nursing: Redefining nurses' identity through moran dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *Advances in nursing science*, 33(4), 1-15.
- *Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Journal of Nursing Ethics*, 21(4), 426-436.

- *Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014). Omsorg under tvang – En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Karolinska Institutet Universitetsbibloteket*, 115-124.
- *Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Tano. (s. 18-87).
- *Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 14-97).
- Mæland, J. G. (2009). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Norsk senter for forskningsdata. (2016). *Publiseringskanaler*. Lokalisert på <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- *O'Brien, A. J. & Golding, C. G. (2015). Coercion in mental healthcare: The principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 167-173.
- *Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L. & Norberg, A. (2015). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 33-45.
- *Olofsson, B. & Norberg, A. (2015). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- *Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-1. (2015). (s. 1-19).
- *Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 1-1 – 3-3. (2015). (s. 1-23).
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2007). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (1. utg., s. 40-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2005). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Socialstyrelsen. (2016). *Tvangsvård*. Lokalisert på <https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard> (s.1).
- Sykepleierforbundet. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> (s. 23-44).
- *Synonymer. (2016). *Tvång*. Lokalisert på <https://www.synonymer.se/?query=tv%E5ng> (s.1).
- Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Åsebø, S., Norman, M. G. & Nymo, J. (2016, 24. April). Vet ikke hvor mange som legges i belter. *VG*. Lokalisert på

7. Vedlegg

7.1 PICO-skjema

PICO-skjema som skal brukes i forberedelse til litteratursøk

Problemstillingen bør formuleres som et spørsmål.
Spørsmålet skal bestå av følgende 4 (evt. 3) deler (etter PICO-modellen):

1. **Patient/problem.** Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?
2. **Intervention.** Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?
3. **Comparison.** Hva sammenlignes intervensjonen med?
4. **Outcome.** Hvilke effekter/utfall er av interesse?

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å forsøke å unngå bruk av tvang overfor pasienter med psykiske lidelser som har tvangsvedtak?

Hva slags type spørsmål er dette?

- Diagnose
- Prognose
- Etiologi
- Effekt av tiltak
- (Pasient)erfaringer

Bruk tabellen "Hvilke databaser/ressurser søkes ved hvilke typer spørsmål?" for å finne ut hvilke baser som er aktuelle for denne typen spørsmål.

Tabellen finnes også i Medisinsk biblioteks hefte "Jakten på informasjon" og på Medisinsk biblioteks ressurside for Evidensbasert praksis. Gå via: www.uus.no/medbib

Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?

Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Det kan være lurt å dele opp søkeordene etter hva som gjelder/beskriver pasienten, intervensjonen/eksposisjonen, sammenligningen og utfallet.

P	I	C	O
person/pasient/problem	intervensjon/eksposisjon	evt. sammenligning	utfall

Psykisk lidelse Tvang Skjult tvang	Tiltak Sykepleier	Sykepleie	Forebygging
Mental disorder Coercion Hidden coercion/hidden force	Measures Nurse	Nursing	Prevention

7.2 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Begrensning	Treff	Eksklusjon	Tittel	Dato
Medline	"Coercion" "Mental disorders"	Limit 1 and 2 to full text Fagfelleurdert	47		The Essence of Psychiatric Nursing: Redefining Nurses' Identity Through Moral Dialogue About Reducing the Use of Coercion and Restraint	04.04
Medline	"Coercion" "Mental disorders"	Limit 1 and 2 to full text Fagfelleurdert	47	Anvendte ikke forskningen under drøftingen, derfor valgte vi å ekskludere denne artikkelen.	The Therapeutic Relationship after Psychiatric Admission	05.04
EBSCOhost	"Coercion" "Mental disorders"	Fra 2010-2016 Fagfelleurdert	45	Studien tok for seg tvangsmedisinerin g, var lite annet vi kunne bruke i forskningen, derfor valgte vi å ekskludere denne.	Reflecting on forced medication	04.04
EBSCOhost	"Coercion" "Mental disorders"	Fra 2010-2016 Fagfelleurdert	45	Svarte ikke til problemstillingen vår.	Quasi – Experimental comparison of coercive interventions on client outcomes in individuals with severe and persisent mental illness	04.04

7.2 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Begrensning	Treff	Eksklusjon	Tittel	Dato
Cinahl	"Nursing perspective" "Coercion"	Fagfelleverdert	61		Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff	22.04
Cinahl	"Nurse" "Coercion"	Fagfelleverdert	415		Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care.	26.04
Cinahl	"Mental disorders" "Nursing" "Coercion"	Fagfelleverdert	190		Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians	07.05
Cinahl	"Mental disorders" "Nursing" "Coercion"	Fagfelleverdert	190		Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care	07.05
SveMed+	"Mental disorder" "coercion"	Fagfelleverdert	72		Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern	09.05