



**Høgskolen  
i Innlandet**

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

## **Kvalitetssikret bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern**

*Quality assured use of coercive measures in mental healthcare*

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

---

Navn	Marte Westgård	Antall ord	17 022
Studieprogram	4PM791_1	Studieåret	2021/2022

## **FORORD**

Endelig! Tiden for innlevering er her, og nå er det ingen vei tilbake. Det er deilig å kunne se framover og forhåpentligvis møte sommeren med en mastergrad i psykisk helsearbeid.

Det er nok som med alt annet i livet; hadde jeg vist det jeg vet i dag, er det nok enkelte elementer jeg hadde gjort annerledes. Leksen er lært, og med det sagt vil jeg ydmykt påstå at målet med studien er nådd. En mastergrad er ikke nybegynnere. Så vell som utvikling innen fag- og forskningsfeltet, har jeg tilegnet meg ny kompetanse både som yrkesutøver og medmenneske.

Gjennom prosjektet og arbeidet med oppgaven er det er særlig to personer som må fremheves. Hadde det ikke vært for disse to på hver sin kant, hadde jeg ikke sittet med et ferdig produkt i dag. Dette er en jobb jeg ikke hadde klart alene. Først og fremst rettes en stor takk til min tålmodige veileder, førsteamanuensis Ann-Mari Lofthus. Uten henne hadde jeg ikke hatt noen framdrift eller mot til å slutføre. Din tilgjengelighet og evne til å se meg som enkeltmenneske har vært uvurderlig, takk! Så til min reddende engel, Ingrid F. Nikolaisen, din enorme og ubeskrivelige hjelp og innsats i innspurten får jeg nok aldri takket deg nok for. Tusen takk!

En stor takk rettes også til informantene som deltok i studie, og alle som bidro til gjennomføring av intervjuer i en travel og utfordrende arbeidshverdag. Uten deres faglig og reflekterte bidrag hadde ikke prosjektet vært det samme.

Det er mulig dette blir for meget for et forord, men nå er jeg så påvirket av enden på en krevende periode. En kan undre seg over livet, hvordan det faller seg og hva som spiller inn for at man får nettopp disse flotte menneskene inn i livet. Avslutningsvis vil jeg også takke min mor og hennes samboer; «granny og bestevenn» for støtte på alle nivå gjennom hele prosessen, og da særlig ved pass av min kjære hund Trude.

## **SAMMENDRAG**

Studiens hensikt er et bidrag til å belyse helsepersonell sine beskrivelser av å kvalitetssikre utøvelse av tvang ved bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern. Beskrivelsen blir sett i sammenheng med tidligere forskning og satt i en ramme ved oppdeling av kvalitet i tre dimensjoner: opplevd kvalitet, faglig kvalitet og ledelsens tilrettelegging for opplevd- og faglig kvalitet.

Det er brukt en kvalitativ forskningsmetode, og hvor det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju hvor utvalget var representert av helsepersonell. Utvalget i gruppene består av sykepleiere og vernepleiere ansatt ved to ulike sykehus tilhørende helse Sør-Øst. Tematisk analyse ble benyttet til å analysere de transkriberte intervjuene.

Bent Høie (2021) var tydelig i sykehustalen, hvor han i 2021 påpekte store variasjoner innen psykisk helsevern. Den daværende helse- og omsorgsministeren var tydelig på resultatene slik de står idag, ikke er gode nok. Bruk av tvang og tvangsmidler er i stor grad kvalitetssikret gjennom lovverk og forskrifter utarbeidet av myndighetene. Studiets konklusjoner hviler derimot på manglende tilrettelegging for å kvalitetssikre yrkesutøvelse. Helsepersonell beskriver å ha kjennskap til de ulike tiltakene og hva som skal til for å kvalitetssikre bruk av tvang ved bruk av tvangsmidler. Datamaterialet viser til ulike strategier gjennom strukturelle forhold, hvor tilgjengelig ressurser og prioriteringer utfordrer kvalitetssikring ved bruk av tvang.

## **ABSTRACT**

The purpose of the study is a contribution to illuminating health personnel's descriptions of ensuring the quality of the exercise of coercion through the use of coercive measures in mental health care. The description is seen in connection with previous research and set in a framework for dividing quality into three dimensions: perceived quality, professional quality and the management's facilitation of perceived and professional quality.

A qualitative research method has been used, and where three focus group interviews were conducted where the sample was represented by health personnel. The sample in the groups consists of nurses and social workers employed at two different hospitals belonging to health South-East. Thematic analysis was used to analyze the transcribed interviews.

Bent Høie (2021) was clear in the hospital speech, where in 2021 he pointed out large variations in mental health care. The then Minister of Health and Care Services was clear on the results as they stand today, are not good enough. The use of coercion and coercive measures is to a large extent quality-assured through legislation and regulations prepared by the authorities. The study's conclusions, on the other hand, are based on a lack of facilitation to ensure the quality of professional practice. Health personnel describe having knowledge of the various measures and what it takes to ensure the quality of the use of coercion when using coercive measures. The data material refers to various strategies through structural conditions, where available resources and priorities challenge quality assurance through the use of coercion.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INTRODUKSJON</b> .....	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	7
1.2 FORSKERENS FORFORSTÅELSE .....	8
1.3 AKTUALISERING OG RELEVANS .....	8
1.4 STUDIETS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	9
1.5 BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING .....	10
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	11
<b>2 TEORI</b> .....	<b>12</b>
2.1 KVALITETSSIKRING .....	12
2.2 KVALITET I HELSETJENESTEN .....	13
2.2.1 KVALITET I TRE DIMENSJONER .....	13
2.2.2 OPPLEVD KVALITET .....	15
2.2.3 FAGLIG KVALITET .....	15
2.2.4 LEDELSENS TILRETTELEGGING FOR OPPLEVD OG FAGLIG KVALITET .....	15
2.3 PSYKISK HELSEVERNLOV OG PSYKISK HELSEVERNFORSKRIFTEN .....	16
2.4 FORHOLDET TIL MENNESKERETTIGHETENE .....	17
2.5 TVANGSMIDLER .....	18
2.6 LOVREGULERT ETTERSAMTALE .....	20
2.6.1 ETTERSAMTALENS BAKGRUNN OG HENSIKT .....	21
2.7 NASJONALT MÅL OM REDUSERT OG KVALITETSSIKRET BRUK AV TVANG .....	22
2.8 ORGANISATORISKE FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE BRUK AV TVANG .....	23
<b>3 METODE</b> .....	<b>26</b>
3.1 VALG AV METODE OG FORSKNINGSFELT .....	26
3.2 FORSKNINGSDSIGN .....	26
3.3 HERMENEUTIKK OG FORFORSTÅELSE .....	28
3.4 UTVALG .....	28
3.5 INNSAMLING AV DATA .....	29
3.6 ANALYSE .....	30
3.7 ETISKE OVERVEIELSER .....	31
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>34</b>
4.1 BESKRIVELSEN AV Å KVALITETSSIKRE BRUK AV TVANGSMIDLER .....	34
4.2 LOV OG FORSKRIFTER SETTER RAMMER .....	34
4.3 KRITERIER FOR Å FATTE VEDTAK .....	34
4.4 DEN LOVPÅLAGTE ETTERSAMTALEN .....	35
4.4.1 GJENNOMFØRING AV SAMTALEN .....	36
4.4.2 PERSONALETS MOTIVASJON OG PÅVIRKNING .....	36
4.4.3 PASIENTENS MOTIVASJON FOR SAMTALEN .....	36
4.4.4 VERDIEN AV ETTERSAMTALE .....	37
4.5 KVALITETSSIKRING PÅ ORGANISATORISK NIVÅ .....	38
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>39</b>
5.1 OPPLEVD KVALITET, BRUKERMEDVIRKNING OG FOREBYGGING .....	39
5.2 FAGLIG KVALITET OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS .....	41
5.3 LEDELSENS TILRETTELEGGING FOR OPPLEVD OG FAGLIG KVALITET .....	42
5.4 DISKUSJON AV METODE .....	44
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>46</b>

<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>47</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>50</b>

# 1 INTRODUKSJON

Bent Høie kunne fjerne all tvil gjennom sykehustalen i 2021. Den daværende helse- og omsorgsministeren var tydelig i hvilke styringsmål som skulle prioriteres, hvor Høie (2021) kunne vise til at det fremdeles eksisterer ulikheter innenfor psykisk helsevern. I talen redegjorde helse- og omsorgsministeren for at nasjonen ikke er i mål med å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang (Høie, 2021).

Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang har over flere år vært en tverrpolitisk målsetting, og i følge Høie (2021) er det bemerkelsesverdige variasjoner blant helseforetakene. Den store variasjonen i bruk av tvang mellom de enkelte helseforetak, kan i følge Helse og omsorgs departementet (2012) tyde på at det eksisterer ulike arbeidsformer og ulike metoder for å organisere det lokale tilbudet. Forskningen svarer til at det har en målbar effekt å arbeide strategisk med disse utfordringene. Organisatoriske forhold og holdninger, fra strategisk nivå til den enkelte ansatte, blir stadig fremhevet som viktige faktorer i arbeidet med kvalitetssikring ved bruk av tvang (tvangsforskning, 2018).

## 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Psykisk helsevern er den delen av spesialisthelsetjenesten som gir behandling til mennesker med psykisk lidelse. Psykisk helsevernloven (PHVL) har til formål;

*«... å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.»*

(Psykisk helsevernloven, 1999)

Både PHVL og spesialisthelsetjenesteloven stiller krav til tjenesten om kvalitetssikker behandling av og til pasienten. Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4a viser til at;

*«Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet»*

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999)

Helse Sør-Øst gjennomførte i perioden 2017-2018 et prosjekt med tanke om å redusere bruk av tvangsmidler innen egne helseforetak. Prosjektet avsluttet med en rapport «*Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*» (helse sør-øst, 2019), med tiltak og anbefalinger til helseforetakene i Helse Sør-Øst. Siden 2019 har konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomført en undersøkelse blant 118 enheter. Den viser at rapporten om redusert bruk av

tvangsmidler er godt kjent. Det er iverksatt ulike tiltak, men det er også behov for ytterligere arbeid for å bedre kompetanse, forebygging, gjennomføring og oppfølging etter tvangsmiddelbruk. Helse Sør-Øst (2018) gjør gjennom sin «*Rapport for redusert bruk av tvangsmidler*» rede for flere tiltak som anbefales iverksatt for redusert og riktig bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Helse Sør-Øst (2018) påpeker at dersom tiltakene skal virke til sin hensikt må måten personalet iverksetter dem på gjenspeile respekt for pasientens situasjon, og kompetanse på aktivering og regulering av følelser hos seg selv og andre. Rapporten presiserer i den sammenheng krav til et reflektert forhold til de problematiske sidene ved utøvelsen av tvang i helsetjenesten. Uten disse relasjonelle elementene blir tiltakene en instrumentell grensesetting, som igjen kan bidra til å øke aktivering og risiko for situasjoner som fører til bruk av tvangsmidler (tvangsforskning, 2018).

Både Psykisk helsevernloven (1999) og Specialisthelsetjenesteloven (1999) er relativt tydelig på arbeidet tilknyttet kvalitetssikring ved bruk av tvangsmidler. Tiltross for dette kunne Høie (2021) ved fjorårets Sykehustale henviser til data og eksempler som viser et forbedringspotensial innenfor fagfeltet. Spørsmålet er i midlertid i hvilken grad og hvor tydelig lover og nasjonale føringer sikrer pasienten et bedre tjenestetilbud, og hvordan påvirker organisatoriske forhold og hver enkelt ansatt kvalitetssikring ved bruk av tvang?

## **1.2 FORSKERENS FORFORSTÅELSE**

Min forforståelse til tema har jeg i hovedsak ved å ha jobbet som sykepleier i klinikk for psykisk helsevern i 7 år. For å utvide mitt perspektiv og kunnskapsgrunnlag innen fagfeltet tok jeg videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2019. I løpet av praksisperioden ved videreutdanningen gjorde jeg meg noen erfaringer, som økte min bevissthet omkring hvordan helsepersonell tilnærmer seg bruk av tvang, organisatoriske ulikheter ved enhetene og hvordan det kan påvirke kvaliteten i tjenesten.

## **1.3 AKTUALISERING OG RELEVANS**

1.mars 2022, ble nye nasjonale faglige råd for å forebygge bruk av tvang i psykisk helsevern gjort gjeldene.

*«Formålet med rådene er å forebygge bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, bidra til å redusere uønsket variasjon i bruk av tvang, samt sikre god kvalitet i tjenesten»*

(Helsedirektoratet, 2021)

Tvang i psykisk helsevern berører våre mest grunnleggende menneskerettigheter. Nettopp for å imøtekomme menneskerettighetene og nasjonale forpliktelser nedsatte regjeringen av denne



grunn i 2016 et lovutvalg som skulle vurdere tvangslovene på helse- og omsorgsfeltet. Utvalget foreslo en egen tvangsbegrensningslov. Tvangsbegrensningsloven vil, hvis vedtatt, innebære en betydelig styrkning av pasientenes rettssikkerhet og en ytterligere begrensning i muligheten for bruk av tvang innen psykisk helsevern (Justis og beredskapsdepartementet, 2019).

Ved både de nye nasjonale rådene - forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne og arbeidet med tvangsbegrensningsloven, ser vi at det kan forventes økt fokus og forhåpentligvis forbedring, med økt kvalitet ved bruk av tvang innen psykisk helsevern, også innen andre omsorgstjenester hvor tvang vurderes som nødvendig.

Det har vært forsket relativt lite på bruk av tvang i Norge, til tross for at en vesentlig del av pasientene i psykisk helsevern legges inn og/eller behandles med tvang i det psykiske helsevernet. Internasjonal forskning på tvang er av varierende metodisk kvalitet og holdbarhet, og er ikke alltid overførbar til norske forhold, da særlig med tanke på mulig ulikt lovverk og tolkninger av gjeldene lover. Tvangsforskning (2020) er et nettverk som har i hovedoppgave å stimulere til forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge. Dette nettverket har i tråd med målsetningene for sentrale myndigheter og et sentralt premiss i lovverket, skissert områder hvor det er behov for mer forskning. Der i blant, variasjon av tvangsbruk i de ulike sykehusene, lovmessige problemstillinger og handlingsalternativer til tvang. Forhåpentligvis kan denne studien være et bidrag i samme retning ved å fremheve helsepersonell sine beskrivelser ved utøvelse av tvang i psykisk helsevern.

Studien vil kunne synliggjøre for pasienten hvilken kvalitet de kan forvente og gi et innblikk i helsepersonell sine beskrivelser. For helsepersonell kan studien gi grunnlag for refleksjon og kunnskap om egen praksis. Institusjonene med lederne vil også kunne få et innblikk i hva helsepersonell beskriver omkring bruk av tvangsmidler og hva de er i behov av for å kunne kvalitetssikre tjenesten.

#### **1.4 STUDIETS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING**

Det kan innledningsvis virke til at det eksisterer et forbedringspotensial ved psykisk helsearbeid og psykisk helsevern innenfor kvalitetssikring ved bruk av tvang. Forskningen på fagfeltet er omfattende, hvor det tverrpolitiske fokuset også får sin betydning. Studiets hensikt er å forsøke å belyse helsepersonellens beskrivelser i utøvelsen av tvang ved bruk av tvangsmidler. Med bakgrunn i presentert bakgrunn, og studiets formål er det utarbeidet følgende problemstilling:

*Hvordan beskriver helsepersonell å kvalitetssikre bruk av tvangsmidler?*

For å forske på denne problemstillingen vil det gjennomføres en kvalitativ undersøkelse. Studiet vil være empiridrevet, som være bygger på en kvalitativ tilnærming. Jeg vil gå nærmere inn på den metodiske tilnærmingen i kapittel 3.

## **1.5 BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING**

Psykisk helsearbeid som er oppgavens forankring, er et bredt flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og dekker hele tjenesteapparat som skal forebygge og behandle psykiskhelse i befolkningen (Almvik, 2010).

Psykisk helsevern er den delen av tjenesteapparatet som tilhører spesialisthelsetjenesten og som gir behandling til mennesker med psykisk lidelse. Denne studien omhandler helsepersonell som jobber innen psykisk helsevern og i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell vil i denne sammenheng omhandle ulike yrkesgrupper innen det tverrfaglige samarbeidet i enheten. Som eksempel vernepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og psykologer. Med hensyn til studiets formål, er helsepersonell som deltar i denne studien involvert i vurderings- og beslutningsarbeidet rettet mot bruk av tvang, nærmere bestemt tvangsmidler.

Studien tar for seg bruk av tvang og avgrenses til bruk av tvangsmidler, det vil ikke inkludere medikamentell behandling. Vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern og tvungen medikamentell behandling skal i alle tilfeller besluttes av fagansvarlig som lege og eller psykiater.

Styringsdokumenter utarbeidet av myndighetene viser til mål om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, hvor denne studien vil fokusere på kvalitetssikring. Her anses en reduksjon i bruk av tvang som en mulig følge av et kvalitetssikret arbeid.

Kvalitetssikring kan utøves og praktiseres på forskjellige måter. Kvalitetssikring kan være planlagt, rutinemessig og systematisk, eller det kan gjennomføres i kjølvannet av en hendelse som har blitt påklaget eller stilt spørsmål ved fra pasienten eller dens pårørende (Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2). Studien vil konsentrere seg omkring beskrivelse fra helsepersonell, hva de vektlegger og fremhever som kvalitetssikring ved bruk av tvang. Den er ikke avgrenset til eksempel rutinemessig og systematisk, men prøver å omfatte det hele i lys av beskrivelsene gitt av helsepersonell.

## **1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING**

Oppgaven består av syv kapitler, hvor oppgaven innledningsvis også inneholder forord og sammendrag. Referanseliste og vedlegg presenteres i den avsluttende delen av oppgaven. I oppgavens kapittel 1 presenteres oppgavens tema og relevans, som spisser seg til studiets formål og problemstilling. Deretter følger en redegjørelse for oppgavens teoretiske rammeverk i kapittel 2, hvor beskrivende begreper og klassifiserende teori står sentralt. Teori tilknyttet kvalitetssikring ved bruk av tvangsmidler vektlegges, hvor forskningen som presenteres danner store deler av grunnlaget for oppgaven. I kapittel 3 vil oppgavens metodiske tilnærming presenteres, hvor det redegjøres for de metodiske beslutningene som ble tatt for å besvare problemstillingen. I tillegg vil det i kapittel 3 presenteres etiske refleksjoner i lys av den metodiske tilnærmingen. Det empiriske grunnlaget vil så fremlegges i kapittel 4, hvor relevante funn presenteres. Datamaterialet vil i kapittel 5 drøftes opp mot det teoretiske rammeverket, som danner grunnlaget for det avsluttende kapitlet. Kapittel 6 viser til oppgavens konklusjon, hvor oppgavens problemstilling besvares.

## 2 TEORI

Det er flere teoretiske innfallsvinkler som kunne vært relevante og interessante for studien. På bakgrunn av oppgavens omfang og omfattende problemstilling vil studien ta utgangspunkt i Elisabeth Arntzens (2021) sin bok, *ledelse og kvalitet i helsetjenesten*, med Arntzens (2021) beskrivelse og inndeling av kvalitet i tre dimensjoner. For å gi leseren et bilde av kompleksiteten omkring bruk av tvang er det lagt stor vekt på redegjørelse av lovverk og eksisterende forskning på fagområdet. Ettersamtale er også nærmere beskrevet i dette kapitlet da det var et tema som ble tydelig ved analysen av egen innhentet empiri.

### 2.1 KVALITETSSIKRING

Med kvalitetssikring menes en etterfølgende gjennomgang av et arbeid eller et produkt, for å kontrollere at arbeidet er utført på riktig måte, og at det oppfyller kravet til kvalitet (Prop. 72 L (2013-2014), s. 110). På helserettens område innebærer kvalitetssikring å «kontrollere at diagnostikk, behandling og annen helsehjelp faktisk gir de forventede resultater og å avdekke om kravene til kvalitet er oppfylt». I Prop. 72 L (2013-2014) forklares kvalitetssikring av helsehjelp som en;

*«... sammenstilling og analysering av journalopplysninger fra flere pasienter som har mottatt samme type helsehjelp». Hvilke opplysninger som omfattes av kvalitetssikringen avhenger av «hva en ønsker å kvalitetssikre og av geografisk utbredelse»*

(Prop. 72 L (2013-2014), s. 111).

Kvalitetssikring kan utøves og praktiseres på forskjellige måter. Kvalitetssikring kan være planlagt, rutinemessig og systematisk, eller det kan gjennomføres i kjølvannet av en hendelse som har blitt påklaget eller stilt spørsmål ved fra pasienten eller dens pårørende (Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2). Kvalitetssikring kan også praktiseres i ettertid, hvor man for eksempel gjennomgår behandlingen av en pasient eller en gruppe pasienter (Prop. 72 L (2013-2014) s. 113), ved kvalitetssikringsprosjekter, eller gjennom opplæring av de ansatte (Helsepersonelloven, §29). Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 pålegger alle virksomheter som yter helsetjenester et ansvar for å systematisk arbeide med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten defineres kvalitetsforbedring som;

*«... en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer».*

(Helsedirektoratet, 2017, s. 3).

Kravet til systematisk kvalitetsforbedring er et prosesskrav, og pålegger alle virksomheter som yter helsetjenester en plikt til systematisk styring og ledelse (Prop. 91 L (2010-2011) s. 495). Kvalitetsforbedring innebærer en systematisk prosess med hensikt om å oppdage svakheter i virksomhetens systemer for å behandle pasientene, mens kvalitetssikring retter seg mot gjennomgang av en enkelt behandling eller en type behandling for å undersøke om behandlingen i det tilfellet oppfyller kravene til kvalitet og forsvarlighet. Virksomheter som yter helsehjelp har et overordnet ansvar for å gjennomføre kvalitetssikring, systematisk kvalitetssikrings og pasientsikkerhetsarbeid i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Bestemmelsenes ordlyd presiserer ikke at dette arbeidet omfatter kvalitetssikring av enkelthendelser, men det følger av en naturlig forståelse av ordlyden. Virksomhetene har et ansvar for å sørge for at det gjennomføres kvalitetssikring av pasientbehandlinger som er utført hos seg. I stortingsmelding nr. 11 (2014-2015) punkt 9.3 uttaler Helse- og omsorgsdepartementet at; «*systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten*». Ansvaret for kvalitetsforbedring er også presisert nærmere i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

## **2.2 KVALITET I HELSETJENESTEN**

Kvalitetsdefinisjonen som legges til grunn for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ble introdusert gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien «*Og bedre skal det bli*» i 2005. Strategien viser til seks dimensjoner for kvalitet innenfor fagområdet, og forbindes og ofte med sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet. For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene er; 1) virkningsfulle, 2) trygge og sikre, 3) involverer brukere og gir dem innflytelse, 4) er samordnet og preget av kontinuitet, 5) utnytter ressursene på en god måte og 6) er tilgjengelige og rettferdig fordelt. De samme dimensjonene legges også til grunn i det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet. Det fremkommer av kvalitetsstrategien fra 2015 (Helsedirektoratet, 2018) at dersom disse utvalgte punktene etterleves i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov, har man sannsynligvis også sikret grunnlaget for gode tjenester til alle.

### **2.2.1 Kvalitet i tre dimensjoner**

I følge Arntzen (2021) er grunntanken i kvalitetsarbeidet, å leve opp til pasientens og brukerens forventninger og rettigheter slik at de får den helsehjelpen de har behov for, og at pasientene er fornøyde. Arntzen (2021) påpeker i den forbindelse at pasienter ofte ikke har tilstrekkelig med faglig innsikt til å kjenne til hvilken behandling de har rett til, eller hvilken behandling som er

mest riktig for dem. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) viser til at pasienter har rett til informasjon og medvirkning under helsehjelpen, som gjelder både utredning, behandling og oppfølging. Pasient og brukerrettighetslovens (1999) formålet er å sikre samvalg, slik at pasientene får tilstrekkelig og relevant informasjon om hva de kan forvente av behandlingsalternativ. I møtet med pasientens behov og helsepersonellens kompetanse dannes grunnlaget for trygge og gode helsetjenester (Arntzen, 2021, s.108). I følge Arntzen (2021) avhenger innholdet i tjenesten i stor grad av det den enkelte helsepersonell følger opp som sitt selvstendige ansvar. Arntzen (2021) påpeker i den sammenheng at ledelsen skal organisere og tilrettelegge virksomheten slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

For mottakere av helsetjeneste, uavhengig av nivå, handler kvalitet først å fremst om møte med helsetjenesten; som 1) gir tillit når helsepersonalet er forberedt og 2) viser faglig dyktighet, og 3) utfører tjenesten med kvalitet (Arntzen, 2021, s.108). Med andre ord er kvalitet for pasienten å bli møtt på en god måte, slik at hen også følger seg ivaretatt. Arntzen (2021) presiserer at helsetjenesten blir bedømt på subjektive opplevelser så vel som behandlingsresultater. Kvalitetsstrategien «*Og bedre skal det bli*» fra 2005 redegjør for at kvalitet for pasienten betyr at; 1) tjenesten er tilgjengelig når hen trenger det, 2) at tjenestene er rettferdig fordelt, 3) at hen blir møtt med respekt og omtanke, og at 4) hen får faglig god behandling og 5) medinnflytelse, samtidig som at hen 6) får trygge forutsigbare tjenester med få uønskede hendelser (Arntzen, 2021, s.108).

For helsepersonell handler kvalitet om hvilke beslutninger man tar når en oppgave skal løses eller utføres. Sammenlignet med mange andre europeiske land har Norge en helselovgivning som stiller krav til forsvarlig praksis. En god praksis skal ikke ligge lavere enn myndighetskravene på det aktuelle området, hvor Helsetilsynet imidlertid har uttrykt en ambisjon om at nivået skal løftes ytterligere enn det foreliggende myndighets kravet for å unngå at variasjon i tjenestekvaliteten skal ramme enkelte pasienter (Arntzen, 2021, s.108).

Arntzen (2021) har utfordret Kvalitetsstrategien fra 2005, hvor begrepet kvalitet blir målt gjennom tre dimensjoner; 1) *opplevd kvalitet*, 2) *faglig kvalitet* og 3) *ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet* (Arntzen, 2021, s.109). Arntzen (2021) argumenterer for at kvalitet i helsetjenesten skal oppleves solid, både fra et faglig- og systemperspektiv. Videre følger en redegjørelse for de tre utvalgte dimensjonene.

### **2.2.2 Opplevd kvalitet**

Enkeltmenneskets vurdering av kvaliteten på en tjeneste omhandler ofte subjektive opplevelser i møte med andre mennesker, som ofte sees i sammenheng med en vurdering basert på verdier og normer. I følge Arntzen (2021) kan dette forklares gjennom pasienters forutsetninger for å kunne vurdere den faglige kvaliteten. Hovedinntrykket pasienten har etter kontakt med helsetjenesten kommer dermed til å være vurdert på relasjonskvalitet, som kan være hvordan pasienten har blitt møtt, sett, og hørt (Arntzen, 2021, s.109).

Relasjonskvalitet blant helsepersonell blir synlig gjennom evne til innlevelse og forståelse av enkeltmenneskets behov for tilpasset pleie, omsorg og behandling. Dette stiller i følge Arntzen (2021) ytterligere krav helsepersonell profesjonalitet, hvor helsepersonell også må utøve medfølelse og innlevelse hvor den gylne balanse kan være utfordrende. Kvalitetsstyring i helsetjenesten skiller seg fra produksjonsbedrifter ved at tjenesten er uløselig knyttet til omsorg for det mennesket som mottar tjenesten. En vellykket behandling vil dermed sammenfalle med god informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter (Arntzen, 2021, s.110).

### **2.2.3 Faglig kvalitet**

Nivået på tjenestene som leveres av det norske helsevesenet på et generelt grunnlag er relativt høyt sammenlignet med andre land, og dermed følger pasienters forventninger. Forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering samsvarer med kunnskapsbærende praksis basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning. Pasientene har rett til et faglig likeverdig behandlingstilbud, noe som forutsetter at helsepersonell kontinuerlig evaluerer sin egen praksis i lys av gjeldende kvalitetsstandarder. Samtidig er fagmiljøenes rolle sentral, som bidrar til at fagområdet utvikles og metodene forbedres. De nasjonale retningslinjene er utarbeidet i samarbeid mellom fagmiljøene, brukerrepresentanter og helsemyndighetene er normerende, hvor retningslinjene bidrar til at helsetjenesten kan tilby befolkningen helsetjenester basert på det som til enhver tid kan sies å være den fremste medisinske og helsefaglige kunnskapen (Arntzen, 2021, s.111).

### **2.2.4 Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet**

Opplevd og faglig kvalitet stiller krav til organisasjonens fleksibilitet for å ivareta tilpasset pleie, omsorg og behandling. Det hevdes at omlag 70 til 90% av forbedringsområdene i helsetjenesten er organisatoriske, mens 10 til 30% er faglige (Arntzen, 2021, s.111). Arntzen (2021) påpeker i den forbindelse at det som må forbedres ytterligere enn den faglige utførelsen av behandlingen, er tilrettelegging for faglig utøvelse. Med hensyn til samfunnets utvikling og

fremtidige utfordringer, stiller krav til helsetjenestenes evne til kontinuerlig tilpasning. I dette arbeidet er skoleledelse og effektive systemer sentrale, for raskt å kunne gjøre nødvendige avklaringer om etablering av nye rutiner og metoder (Arntzen, 2021, s.112).

Ledelse handler på den ene siden om administrativ tilrettelegging for god service og opplevd kvalitet, og på den andre siden om tilrettelegging for god faglig utøvelse. Pasient og brukerrettighetsloven tar for seg pasientens rett til helsehjelp, medvirkning, informasjon, samtykke, klageadgang mm. Pasient- og brukerombudene har over flere år påpekt svikt og manglende kunnskap hos helsepersonell på disse områdene. Ledere bør dermed påse at virksomheten drives i henhold til de lover og forskrifter som regulerer helsetjenesten, og at reell brukermedvirkning er til stede (Arntzen, 2021, s.112).

### **2.3 PSYKISK HELSEVERNLOV OG PSYKISK HELSEVERNFORSKRIFTEN**

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02. juni 1999 (psykisk helsevernloven) og Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 16. desember 2011 (psykisk helsevernforskriften), gjelder for det psykiske helsevernet som er en del av spesialisthelsetjenesten. Loven og forskriften regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvunget psykisk helsevern, både i og utenfor institusjon. Loven hjemler bruk av flere typer tvang ovenfor pasienter. Adgangen til tvangsinngrep er begrunnet både i hensynet til pasienten selv og hensynet til omgivelsene. Loven trådte i kraft 1. januar 2001. Loven har vært gjenstand for endringer flere ganger; senest i februar 2017 hvor det ble gjort endringer for å øke pasientens selvbestemmelse og rettsikkerhet. Pasienter med samtykkekompetanse fikk etter dette rett til å nekte behandling, dersom det ikke foreligger fare for eget eller andres liv og helse. Denne bestemmelsen trådte i kraft 1. september 2017 (Helsedirektoratet, 2017b).

Ifølge § 1-1 i Psykisk helsevernloven så er formålet med loven:

*"å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang".*

Samme paragraf sier videre at:

*"helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet"*

(Psykisk helsevernloven, 1999)



Psykisk helsevern skal som hovedregel ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, jfr. § 2-1 i Psykisk helsevernloven. § 1-4 i Psykisk helsevernloven fastslår at den faglig ansvarlige for vedtak etter loven, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift. Det er dog kun legespesialist som kan fatte vedtak om bruk av medisiner, enten i behandlingsøyemed eller som tvangsmiddel. Lovens kapittel 3 regulerer etablering og opphør av tvunget psykisk helsevern, mens kapittel 4 gir bestemmelser om gjennomføring av psykisk helsevern, inkl. medikamentell behandling uten eget samtykke (tvungen medikamentell behandling), og bruk av tvangsmidler og skjerming. Psykisk helsevernforskriften gir utfyllende bestemmelser om blant annet faglig ansvarlig for vedtak (§ 5), etablering og opphør av tvunget psykisk helsevern og skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler.

#### **2.4 FORHOLDET TIL MENNESKERETTIGHETENE**

Norge har fått kritikk fra FNs torturkomité for overdrevent bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern (Sivilombudsmannen, 2018). I en rapport fra 2018 fremhevet FNs torturkomité flere problematiske forhold ved psykisk helsevern i Norge, hvor omfanget av bruk av tvangsmidler og annen tvang ble pekt på som urovekkende. Komiteen kom med anbefalinger for å sikre og klarere detaljerte regler for bruk av tvangsmidler. Formålet med anbefalingene var å oppnå en vesentlig reduksjon i omfang og varighet ved bruk av tvangsmidler. I tillegg var formålet med anbefalingene å sikre at forsøk på å avskaffe urettmessig bruk av tvang fortsetter, som også inkluderte å vurdere ytterligere lovendringer (Sivilombudsmannen, 2018).

Forståelsen av menneskerettigheter og tolkningen av menneskerettighetene er i stadig utvikling (ibid). Regjeringen nedsatte av denne grunn i 2016 et lovutvalg som skulle vurdere tvangslovene på helse- og omsorgsfeltet, med spesielt fokus rettet mot forholdet til internasjonale forpliktelser. Lovutvalget la fram sin innstilling i juni 2019. Innstillingen var ikke enstemmig. Utvalgets hovedforslag var blant annet å lage en felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten, med økt fokus rettet mot forebygging av tvangsbruk. I tillegg la utvalget frem forslag om presiseringer på regler omhandlet tvangsinngrep i nødssituasjoner, samt forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler. Tvangsbegrensningsloven vil, hvis vedtatt, innebære en betydelig styrkning av pasientenes rettssikkerhet og en ytterligere begrensning i muligheten for bruk av tvang innen psykisk helsevern (Justis og beredskapsdepartementet, 2019).

## 2.5 TVANGSMIDLER

Tvangsmidler i form av mekanisk tvang og isolasjon, har i Norge blitt brukt mot psykisk syke personer helt siden middelalderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005 – 2006). Sinnslidende personer kunne blant annet bli isolert i tukthus eller lagt i lenker eller innelåst i dårekister. Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 inneholdt ingen klar hjemmel for bruk av tvangsmidler, men det ble i en egen tvangsmiddelforskrift gitt en begrenset adgang til bruk av tvangsmidler i form av isolering og farmakologiske og mekaniske tvangsmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005 – 2006).

Bruk av tvangsmidler er i dag regulert i § 4-8 i Psykisk helsevernloven og kan kun benyttes ovenfor mennesker som er innlagt i institusjon for døgnopphold. Bruk av tvangsmidler er dermed ikke begrenset til mennesker underlagt tvunget psykisk helsevern. Tvangsmidler kan i utgangspunktet kun benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige ved avdelingen. Bestemmelser i Psykisk helsevernforskriften åpner likevel opp for at også annet helsepersonell unntaksvis kan beslutte bruk av tvangsmidler. Dette inkluderer ikke den enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt som det kun er lege som kan beslutte bruk av. Vedtak om bruk av tvangsmidler kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende, jfr. § 4-8 i PHVL (Psykisk helsevernloven, 1999).

Ifølge § 4-8 i Psykisk helsevernloven (1999) skal tvangsmidler;

*"... bare brukes ovenfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygning, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. "*

Videre viser loven til at følgende tvangsmidler kan anvendes:

- a. Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (belter).
- b. Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede (isolasjon).
- c. Enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler i beroligende/ bedøvende hensikt.
- d. Kortvarig fastholdning.

Internasjonal benyttes begrepene "seclusion" og "restrain" om skjerming og fysiske tvangsmidler. Definisjonene av begrepene er kulturelt betinget og forståelsen og bruken av slike tiltak varierer fra land til land. Uklare begreper og definisjoner av tvang, ulik lovgivning, forskjellige typer tvangsmidler og variasjon i organisering av det psykiske helsevernet gjør det

vanskelig å sammenligne praksis på tvers av ulike land (Simensen, 2018). Tall fra ulike studier de siste årene har likevel indikert at tvangsbruken i Norge har ligget stabilt høyt sammenlignet med andre land i Europa. Hvilke tvangsmidler som brukes kan til en viss grad være kulturelt betinget, både internt i Norge og internasjonalt. I Norge og i Sverige blir mekaniske tvangsmidler mye brukt, mens isolasjon ansees som et lite egnet virkemiddel ut fra faglige og humanistiske synspunkt. I England derimot oppfattes bruk av mekaniske tvangsmidler som noe fra middelalderen, og de foretrekker derfor isolasjon framfor andre tvangsmidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Det finnes ingen fullstendig oversikt over bruken av skjerming og tvangsmidler i Norge. De tallene som finnes er en kombinasjon av innrapporteringen til Norsk pasientregister (NPR), samt flere manuelle kartlegginger gjort av blant annet SINTEF og av Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helseregion Sør-Øst (SIFER). I perioden 2001 – 2017 tyder utviklingen på en økning i det totale antallet pasienter med vedtak om skjerming og/eller tvangsmiddelvedtak. Det sees en forskyvning i praksis fra bruk av farmakologiske og mekaniske tvangsmidler over på mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding. I 2017 ble det gjort ett eller flere vedtak om bruk av tvangsmidler ovenfor nærmere 2200 pasienter (pasientrate for tvangsmidler på 48 per 100 000 innbyggere) og vedtak om skjerming for til sammen 2500 pasienter (pasientrate på 58 per 100 000 innbyggere). Skjermingsraten er høyere for menn enn for kvinner. Kortvarig fastholdning stod for omtrent halvparten av tvangsmiddelvedtakene i 2017. Økningen i tvangsmiddelbruk mellom 2016 og 2017 var hovedsakelig knyttet til vedtak om kortvarig fastholding (Helsedirektoratet, 2017c).

Vi mangler fortsatt sikker kunnskap om hvilken effekt bruk av tvangsmidler har på utfallet av behandlingen for den enkelte pasient. Dette kan blant annet henge sammen med at begrepet "tvang" er for dårlig definert. Det finnes ingen kontrollerte og systematiske studier som har evaluert verdien av bruk av tvangsmidler, men de studier som finnes antyder at tvangsmidler kan være effektive for å forhindre skade og redusere utagering. For helsepersonell i det psykiske helsevernet vil det kunne oppleves som uholdbart å ikke kunne gripe inn med makt i situasjoner hvor pasienter kan utgjøre en alvorlig fare for seg selv eller andre. Det blir ofte hevdet at det ikke vil være mulig å behandle, ivareta eller yte omsorg for pasienter med alvorlig psykisk sykdom uten bruk av noen former for tvangsmidler. Samtidig viser pasienterfaringer at bruk av tvang kan oppleves som et sterkt traumatisk overgrep og det er økende bevissthet omkring de alvorlig negative konsekvensene tvang kan ha for den enkelte pasient (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

## 2.6 LOVREGULERT ETTERSAMTALE

Psykisk helsevernloven (Phvl) har de seneste årene gjennomgått endringer med mål om å øke pasientenes rettssikkerhet og selvbestemmelsesrett (Helsedirektoratet, 2019). En av endringene med virkning fra 1. september 2017, er at pasienter som opplever tvangsbruk i psykisk helsevern skal tilbys ettersamtale. I Phvl §4-2 «Vern om personlig integritet» heter det at;

*«Pasienten skal tilbys minst en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientenes syn på iverksatte tiltak skal journalføres.»*

Ved bruk av blant annet skjerming som pasienten motsetter seg (jf. Phvl §4-3) og bruk av tvangsmidler (jf. Phvl §4-8), skal tiltakene som ble iverksatt så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet, evalueres med pasienten (Phvl §4-2).

Ettersamtaler en viktig del av pasientens rett til medvirkning. Brukermedvirkning innbefatter at pasienter og brukere som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i egen behandling, og tjenestetilbudet skal så langt det lar seg gjøre utformes sammen med pasienten. Brukermedvirkning er en rettighet pasienten har, jamfør Pasient og brukerrettighetsloven (Pbrl) §3-1. I Psykisk helsevernforskriften kapittel 3, § 15 «Vern om personlig integritet. Pasientens rett til medvirkning», heter det blant annet at tvang og restriksjoner ikke skal være mer inngripende eller omfattende enn det som er strengt nødvendig, og at tiltaket bare kan iverksettes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart veier opp for ulempene med tiltaket. Videre heter det at pasienten skal gis så stor innflytelse som mulig, og at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom ulike forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder (Psykisk helsevernforskriften §15, 2011). Brukermedvirkning fungerer også som et virkemiddel i kraft av at det kan bidra til økt treffsikkerhet med tanke på utformingen og gjennomføringen av generelle og individuelle behandlingstilbud. Ifølge Pbrl §3-1 skal «medvirkningens form tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon», og ettersamtalen skal journalføres (Phvl §4-2). Loven sier ikke noe om hva informasjonen fra ettersamtalene skal bidra til, men tidligere forskning viser blant annet at informasjonen kan bidra til redusert tvangsbruk, til at det blir iverksatt alternative tiltak i samråd med pasienten, og til at pasienten kan få hjelp til å håndtere sine følelser og opplevelser knyttet til tvangsbruken. I et rundskriv fra Helsedirektoratet, «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» (2017, s. 53), som ble sendt ut etter lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017, heter det at;

*«Det ligger en klar forpliktelse for institusjonen til å gjøre en innsats for å trekke pasienten med i evaluering av tvangsbruken». Videre står det at «Pasienten må gjøres oppmerksom på hensikten med samtalen» og «Det må etableres rutiner ved institusjonene som sikrer at samtalen skjer raskest mulig og at formålet oppnås».*

### **2.6.1 Ettersamtalens bakgrunn og hensikt**

Opprinnelsen til ettersamtaler kan spores tilbake til debrifing i psykologien og veiledning i sykepleie (Goulet & Larue, 2016). Raphael og Wooding (2004) har i sin forskningsartikkel «Debriefing; its evolution and current status» definert psykologisk debrifing slik:

*«En tidlig intervensjonsmetode for personalgrupper utsatt for en eller flere oppgaver relatert til stressende hendelser som har et stort potensiale for psykotraumatiske effekter»*

(Raphael og Wooding, 2004, s. 44).

Hensikten med debrifing er å oppmuntre individer til å uttrykke sine følelser som følge av en traumatisk hendelse for å redusere uheldige psykologiske konsekvenser (Mitchell, 1983). The American Psychiatric Nurses Association (2001) har definert ettersamtaler slik:

*«Debrifing bør følge hver episode av skjerming eller fysisk tvang. Debrifingen bør inkludere en vurdering av faktorene som ledet opp til bruk av skjerming eller fysisk tvang, steg for å redusere potensielt behov for skjerming eller fysisk tvang i fremtiden, og den kliniske effekten intervensjonen hadde på pasienten»*

(American Psychiatric Association, 1999, s. 30).

Whitecross et.al. (2013) definerer ettersamtaler ved skjerming slik: *«En intervensjon som potensielt støtter pasientens naturlige recovery-mekanismer etter en skjermingssituasjon. 10 Det kan beskrives som samtalerapi som tilbyr pasienten muligheten til å oppnå forståelse av deres opplevelse og fremkalle emosjonell forklaring og tilfriskning»* (s. 513). I en slik samtale identifiserer helsepersonellet og pasienten trigger og tegn til eskalerende aggresjon, og hvilke preventive tiltak pasienten selv foretrekker (Whitecross et.al., 2013). Goulet og Larue (2016) fant i sin litteraturstudie at målet med ettersamtaler med pasienter er å hjelpe dem å håndtere følelsene og finne ut hva som fikk dem til å miste kontrollen over følelsene sine og oppføre seg slik de gjorde. En litteraturstudie av helsepersonells holdninger til tvang i psykisk helsevern gjennomført av Laukkanen et.al. (2019) viste at sykepleierne erkjente at pasienter kan føle seg redde, sinte, forvirret, hjelpeløse, straffet, avmektig, ute av kontroll, kontrollert av andre og skremt under skjerming (Happel & Koehn, 2011, Happel et.al., 2012). En av de andre inkluderte

studiene (Wynn, 2003), viste at helsepersonell trodde at bruk av skjerming og fysisk tvang krenker pasientens integritet og skader hjelper-pasient-alliansen, men de trodde likevel ikke at skjerming og fysisk tvang resulterer i engstelse, aggresjon, og/eller kroppslig skade.

Videre viser en litteraturstudie gjennomført av Hammervold et.al. (2019) at ettersamtaler avslørte at skjerming og fysisk tvang skaper sterke negative følelser hos pasientene. Pasientene beskrev tvangen som unødvendig og straffende, og de hadde negative følelser som sinne, tristhet og ergrelse knyttet til tvangen. Studien viste også at skjerming og fysisk tvang kunne være relatert til traumatisering og re-traumatisering, og at tvangen skader relasjonen mellom helsepersonell og pasientene. Pasienter og helsepersonell som deltok i ettersamtaler reflekterte over hvordan helsepersonellet kunne møte pasientenes individuelle behov før og under tvangssituasjoner ved å implementere alternative tiltak (Ibid).

Det er et mål å redusere all tvangsbruk i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2019). Utarbeidingen av nye prosedyrer og lover skal være med å sikre at dette målet nås, og det forskes på tvangsreducerende tiltak. William A. Fisher (2003) identifiserte i en studie at «participation by recipients of mental health care services» var ett av seks betydningsfulle elementer for reduksjon av skjerming og fysisk tvang.

## **2.7 NASJONALT MÅL OM REDUSERT OG KVALITETSSIKRET BRUK AV TVANG**

Det har over flere år vært ett politisk og faglig ønske om å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern Høie, 2021). Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, har i flere sammenhenger gitt uttrykk for et ønske om å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern (ibid.). Det fremkommer både fra faglig og politisk nivå et ønske om at psykiske helsetjenester i størst mulig grad skal baseres på frivillighet. Dette ønsket har bl.a. kommet til uttrykk i Opptrappingsplanen for psykisk helse, i samhandlingsreformen og i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan «*Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)*». Siden etableringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) har det vært en tverrpolitisk målsetting å oppnå økt frivillighet i psykisk helsevern. Til tross for at kvaliteten og tilgjengeligheten til tjenestene har blitt kraftig forbedret i perioden, har bruk av tvang ikke blitt redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det eksisterer ikke valide data for å kunne vurdere det reelle omfanget (ibid.). De tallene som finnes viser store variasjoner i bruk av tvang mellom de enkelte helseforetak, noe som kan tyde på at det eksisterer ulike arbeidsformer, kulturer og måter å organisere det lokale tilbudet på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Norsk psykologforening har i et policynotat fra 2018 trukket fram endringer i befolkningen og ressurs hensyn som mulige forklaringer på hvorfor bruk av tvang ikke går ned. Dette til tross for arbeidet med tiltaksplaner, rapporter, prosjekter og lovendringer de siste årene (Norsk psykologforening, 2018). Psykologforeningen viser til årsakssammenhenger tilknyttet; 1) økt migrasjon fra land med mulig høyere sykkelighet enn den norske befolkningen, 2) økt grad av individualisme med krav om autonomi, 3) redusert opplevelse av tilhørighet, i tillegg til 4) forpliktelse og stabilitet (Norsk psykologforening, 2018). Samtidig fremhever Psykologforeningen (2018) at lovendringer har styrket selvbestemmelsen, men samtidig gjort det mer krevende å gi pasienter nødvendig helsehjelp. Psykologforeningen (2018) påpeker samtidig at økt forekomst av alvorlig psykisk sykdom med bakgrunn i økt omfang av rusmisbruk kan forklare deler av årsakssammenhengen. Foreningen kan i tillegg redegjøre for redusert kapasitet i psykisk helsevern, sett i sammenheng med nedbygging av døgnplasser over de siste 30 – 40 årene (Norsk psykologforening, 2018). Det har foregått en nedbygging av døgnkapasiteten (antall sengeplasser) i psykisk helsevern over flere tiår. De siste årene har antall sengeplasser i psykisk helsevern blitt kraftig redusert. I 1998 var det 6 276 sengeplasser i psykisk helsevern. I 2017 var antallet sengeplasser redusert til kun 3 746 (Stortinget, 2018).

Det finnes likevel noen lyspunkt som viser at det er mulig å oppnå redusert bruk av tvang i psykisk helsevern. Lovisenberg Diakonale Sykehus greide over en 2 års periode på midten av 2010-tallet å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler med over 85 % . Det argumenteres for at resultatet var skapt gjennom å arbeide aktivt med holdninger, kultur og struktur i egen organisasjon. Psykoedukasjon, preventiv kommunikasjon, brukermedvirkning og holdningsendring i personalgruppen hadde en sentral plass i dette arbeidet. Det ble på bakgrunn av erfaringer fra dette arbeidet konkludert med at unødvendig bruk av tvang i stor grad handler om "*kulturer med lite ønske om endring*" og det ble henvist til tre faktorer som synes avgjørende for redusert bruk av tvangsmidler; 1) brukermedvirkning, 2) systematisk gjennomgang av episoder der tvang har blitt brukt, og 3) fysisk plass på avdelinger (Veland og Jacob, 2016).

## **2.8 ORGANISATORISKE FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE BRUK AV TVANG**

En hovedoppgave for profesjonsstudiet i psykologi ved det psykologiske fakultetet ved Universitetet i Bergen fra 2018 undersøkte hvilke organisatoriske trekk som er forbundet med redusert risiko for bruk av tvangsmidler. Det ble i denne oppgaven vist til flere studier som har sett på sammenhengen mellom organisatoriske trekk og bruk av "seclusion" (skjerming) og "restrain" (fysiske tvangsmidler) i psykisk helsevern (Simensen, 2018). Avhandlingen konkluderte med at de mest studerte organisasjonstrekkene for å redusere bruk av tvang er;

lederskapets betydning for implementering av programmer, kultur, arbeidsmiljø, bemanning, utdanningsnivå og opplæring (Simensen, 2018). Lokalbaserede tvangsreducerende tiltak med sterk forankring i ledelsen ble fremhevet som et effektivt virkemiddel for å oppnå reduksjon i bruk av tvangsmidler (Simensen, 2018).

Forskning viser at utdanning og profesjon spiller en rolle for bruk og valg av tvangsmidler (Aasland, 2018). Helsepersonell med høy utdanning tenderer til å mene at tvangsmidler anvendes for mye (ibid.). Avdelinger med helsepersonell med høyere utdanning > 3,5 år bruker mindre tvang enn avdelinger med helsepersonell med lavere utdanning (ibid.). Sosial- og helsedirektoratet (2006) argumenterer for at utdanning på høyere nivå sannsynligvis bidrar til å øke personalets evne til å analysere situasjoner, noe som øker deres handlingskompetanse og evne til å finne lempeligere løsninger enn. En spørreundersøkelse gjort av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo i 2011 viste at psykiatere anser det som korrekt og nødvendig å bruke tvang i større grad enn psykologer. Det ble i undersøkelsen antatt at forskjellen gjenspeiler dypgående profesjonshistoriske ulikheter mellom psykologer og psykiatere, noe som delvis kan forklare 20 ulike behandlingsskilturer mellom sykehus dominert av enten leger eller psykologer (Aasland, 2018).

Fagkunnskapen til helsepersonell i psykisk helsevern og den opplæring ansatte i psykisk helsevern får om psykisk sykdom, etikk, juss, miljøterapi og tilnærming til psykisk syke pasienter, kan påvirke helsepersonellens holdninger til bruk av tvang (Aasland, 2018). Helse- og omsorgsdepartementet (2012) har hevdet flere ganger at økt kompetanse, bedre holdninger og høyere kvalitet i fagfeltet, vil redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Det enkelte helsepersonells holdninger til vold, aggresjon, tvang og makt spiller også en rolle for bruk av tvang. Tilstedeværelse og samvær med pasienter kan endre personalets holdninger til pasienter og tvangsmidler og på den måten bidra til redusert bruk av tvangsmidler. Endring av rutiner og opplæring av personalet har også vist seg å være effektive virkemidler for å redusere bruk av tvangsmidler (Simensen, 2018).

BAT-Prosjektet i 2008 i regi av Sintef Helse viste en tydelig sammenheng mellom god kommunikasjon, konfliktreducerende tiltak, individuell brukerinvolvering og redusert bruk av tvangsmidler. Studien viste også at økt opplæring og kompetanse blant personalet og "lærende og løsningsfokuserede kulturer" var avgjørende for implementering av alternativer til tvang og økt vilje til å tro på lempeligere tiltak. Helhetlig endringsarbeid gav best erfaringer og resultat. Prosjektet bekreftet at endringsarbeid tar tid og at reduksjon og kvalitetssikring av bruk av tvang



må kombineres med målrettet tvangsreducerende arbeid på alle nivå i organisasjonen for å gi effekt, samt at ledelsen er sentral i dette arbeidet (Sintef Helse, 2008).

Helsepersonells behov for å føle seg trygg kan være en medvirkende faktor for bruk og valg av tvangsmidler (Klinge, 1994). Grensesetting og tilsnakk ved brudd på regler kan føre til truende, aggressiv og voldelig atferd hos pasienter, noe som kan bidra til at helsepersonell får (bevisste og ubevisste) stereotypiske og negative tanker om, og holdninger til, pasientene (ibid.). Denne dynamikken kan også skape et stort sprik mellom pasienters og helsepersonells syn på tvang og opplevelse av relasjon og kommunikasjon (Norvoll & Husum, 2011). Studier har vist at et arbeidsmiljø preget av konflikt og aggresjon mellom ansatte er forbundet med høyere rater i bruk av tvangsmidler, samt at økt bruk av vikarer, underbemanning og få ledige senger kan føre til økt bruk av tvangsmidler (Simensen, 2018).

### **3 METODE**

I dette kapitlet presenteres studiens metodiske fremgangsmåte. Formålet med kapitlet er å redegjøre for de metoder som er anvendt, og begrunne de metodiske beslutningene. Kapitlet innledes med en redegjørelse for forskningsfelt og valg av overordnet metode. Deretter vil prosjektets plan for utvelgelse av informanter, og rekruttering bli presentert. Videre redegjøres det for den planlagte metodiske tilnærmingen som benyttes for å innhente empirisk data, og hvordan den innsamlede informasjonen analyseres. Avslutningsvis for kapitlet vil forskningsetikk presenteres.

#### **3.1 VALG AV METODE OG FORSKNINGSFELT**

Ifølge Johannesen et. al (2020) er det flere faktorer som påvirker valg av metode. Den åpenbare faktoren er at problemstillingen er avgjørende for fremgangsmåten, videre blir også formålet med studiet en sentralt faktor. Ressurser som tid og økonomi er også forhold som bestemmer metodevalg, da denne type ressurser setter begrensninger for hva som er mulig å gjennomføre (ibid.). Problemstillingen og formålet med denne undersøkelsen er å studere hvilke organisatoriske forhold som kan kvalitetssikre bruk av tvang igjennom å belyse beskrivelser fra helsepersonell. Problemstillingen viser til den antakelse at organisatoriske forhold fordrer kvalitetssikring ved bruk av tvang. Dermed har problemstillingen vært ledende for hvilken metode og hvilket forskningsdesign som er mest hensiktsmessig å benytte. I tillegg er bakgrunnen for undersøkelsen en tungtveiende faktor. Studien er en masteroppgave med kort tidsperspektiv og uten økonomisk støtte, som naturligvis setter begrensninger.

Studien er gjennomført i spesialisthelsetjenesten ved to ulike sykehus tilhørende regionalt helseforetak Helse Sør-Øst. Informantene er rekruttert fra to klinikker for psykisk helsevern og fra ulike avdelinger i klinikkene. Ved å utforske to klinikker i hvert sitt helseforetak og med informanter fra de ulike avdelingene, har studien et utvidet datagrunnlag og ikke bare informasjon fra en organisasjon, en klinikk eller en avdeling. Med hensyn til forskningsfeltet og studiets problemstilling var det nærliggende å benytte et kvalitativt forskningsdesign og en hermeneutisk utforskende og forståelsessøkende tilnærming til datamaterialet.

#### **3.2 FORSKNINGSDESIGN**

Kvalitative metoder egner seg for å beskrive sosiale fenomener, og oppnå økt forståelse. Tilnærmingen brukes ofte til å gjøre grundige undersøkelser om menneskelige egenskaper og holdninger. Metodene er egnet for å oppnå kunnskap om «menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger» (Malterud, 2017, s. 31). Det stilles

ofte spørsmål om mening og betydning ved hendelser og adferd for å styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017, s.31).

Kvalitativ metode har bakgrunn i vitenskapsteoretiske og filosofiske retninger som hermeneutikken (læren om fortolkning av tekster), i fenomenologien (menneskets subjektive erfaring), og sosialkonstruktivismen (sosiale fenomener som produkt av menneskelig samhandling) (Malterud, 2017, s. 26-30). Malterud (2017, s. 29) skriver at alle de kvalitative metodene «[...] inneholder elementer av teksttolkning, bevegelse mellom del og helhet, forståelse av menneskelige erfaringer i lys av deres livsbetingelser, samt mangfoldige og samfunnskapede subjektiviteter». Videre hevder hun at ingen av de filosofiske retningene eier disse egenskapene noe mer enn andre. Malterud (2017) viser til at mange kvalitative studier innen medisin og helsefag ikke tilkjenner noen kvalitativ metodetradisjon, eksempelvis fenomenologi, selv om det fortolkende paradigmet er et premiss. Disse studiene kalles da pragmatiske (Malterud, 2017, s. 37-38), og begrepet viser til anvendbarhet, praksis og konsekvens. Når man skal gjennomføre en kvalitativ studie er det ulike tradisjoner å velge mellom, og det er ingen enighet om hva som er det beste designet (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016).

Kvalitativ metode kan gjøres på flere måter, og den kjennetegnes av flere analytiske retninger. I hovedsak er dette data i form av tekst. Tekst lar seg vanskelig måle eller lage statistikk ut fra (Jacobsen, 2010), men fremfor å måle omfang er det innhold og mening man er ute etter. Typisk får man mye informasjon fra få enheter, med andre ord går man i dybden. Når man velger analytiske retninger innebærer det for eksempel at man velger hvordan data samles inn, og hvordan man analyserer dataene. Hva man gjør på et trinn i prosessen danner utgangspunkt for hva som er mulig å gjøre videre. Ettersom kvalitativ forskning kan gjøres på mange måter er det viktig med transparens eller intersubjektivitet, altså at forskeren beskriver fremgangsmåten i arbeidet sitt. Ved å velge en etablert plan, også kalt design, blir dette lettere (Jacobsen, 2010).

Denne studien utforsker beskrivelser fra helsepersonell om kvalitetssikret bruk av tvangsmidler, hvor fokusgrupper ble brukt som den metodiske tilnærmingen. I kvalitativ metode definerer ikke forskeren svaralternativene. Man kan derfor få informasjon man ikke kjenner fra før av, og slik få grunnlag til utvikling av nye hypoteser. En kvalitativ studie kan være et godt utgangspunkt for en senere kvantitativ studie, særlig dersom det er et ukjent felt. Man kan få ny kunnskap, og dermed etterspørre og innhente mer relevante kvantitative data senere (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016).

### **3.3 HERMENEUTIKK OG FORFORSTÅELSE**

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap (Dalland, 2012, s. 174-212), og fokuserer på forståelse og fortolkning. For å forstå er forforståelsen betydningsfull. Thurén et al. (2009, s. 104-113) skriver at hermeneutikk handler om å forstå, og ikke bare begripe intellektuelt. Vi kan for eksempel forstå mennesker fordi vi selv er mennesker og kan sette oss inn i hvordan andre tenker og føler. Utover empiri og logikk som kunnskapskilde, bygger hermeneutikk også på innlevelse. Utover å kunne forklare ønsker hermeneutikeren også å forstå. Thurén et al. (2009, s. 113) sier at “hermeneutisk tolkning er viktig når det handler om å forstå mennesker, menneskers handlinger og resultatet av menneskelige handlinger”. Tolkning påvirkes av egne vurderinger, forforståelsen og konteksten man står i. Tolkningen er derfor sjelden intersubjektivt testbar, det er vanskelig å kontrollere om andre har tolket riktig. Dalland (2012, s. 192) skriver at det ved tolkning av tekst legges vekt på forholdet mellom del og helhet. Dette kalles også den hermeneutiske sirkel, og er en metodisk modell for forståelse. Man veksler mellom å se på del og helhet, og utvikler ny forståelse. Helheten skjønnes ut fra delene, og delene ut fra helheten. Dalland (2012, s. 210) sier det er viktig å være bevisst på hvilken forforståelse man har, og han anbefaler at refleksjon over egen forforståelse presenteres før analyse og tolkning av datamaterialet. Forforståelsen er ofte ubevisst, og vi sosialiseres inn i en måte å se verden på allerede som barn. Om forforståelsen er riktig kalles den for forkunnskap, mens vi snakker om fordom dersom den er feilaktig (Thurén et al., 2009). Derfor er det viktig å reflektere over hvilke briller og forestillinger man møter oppgaven med (Aadland, 2011). Forforståelsen påvirker hvordan vi innhenter data, og hvordan vi tolker dem (Malterud, 2017). Forforståelsen kan være en viktig del av motivasjonen til å sette i gang med en studie, men den kan også bli en begrensning i form av skylapper og mindre horisont. Dersom det man skal undersøke beskrives på samme måte, før og etter en studie, så kan det tyde på at det er en dårlig kvalitativ studie. I beste fall har forskeren stor forkunnskap (Malterud, 2017). Min forforståelse som forsker til denne studien er kort gjort rede for i kapitel.1 i denne oppgaven.

### **3.4 UTVALG**

Utvalget består av tre fokusgrupper, hvor to av fokusgruppene var representert av tre informanter, mens den tredje fokusgruppen besto av fire informanter. Informantene ble strategisk utvalgt ved hjelp av avdelingsledere som delte informasjonsskrivet i e-post til alle ansatte. Strategisk utvalg handler om å søke informanter man mener kan belyse problemstilling på best mulig måte (Malterud, 2017, s.58). Til denne studien var det viktig å rekruttere helsepersonell innen psykisk helsevern som jobber med bruk av tvang. Fem av ti informanter

meldte selv interesse, og de resterende ble spurt med utgangspunkt i at det var hensiktsmessig med hensyn til arbeidstid og allerede planlagt tid for gjennomføring av intervjuene. Avdelingslederne har bidratt til å tilrettelegge for gjennomføring ved å gi informantene mulighet til å forlate avdelingen og delta i arbeidstiden.

Med utgangspunkt i problemstillingen var inklusjonskriteriene avgrenset til helsepersonell og at de minimum hadde jobbet ved klinikken i et år. De har dermed hatt mulighet til å opparbeide seg tilstrekkelig kjennskap til å reflektere omkring temaene. Samtidig bidrar inklusjonskriteriene til studiets reliabilitet. Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, herunder hvilke data som anvendes, hvordan data innsamles, bearbeidelse av data, og empiriens nøyaktighet (Johannessen et al, 2020). Med andre ord handler reliabilitet om pålitelighet (Johannessen et al, 2020). Likeså handler reliabilitet om det er mulig for andre forskere å anvende de samme metodene, for å så komme frem til samme resultat. En avgjørende faktor for å kunne vurdere undersøkelsens pålitelighet er å skape en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten for forskningsprosessen (Johannessen et al, 2020).

Erfaringen blant informantene varierte fra ett- til over 10 år. Ledere ble ekskludert da hensikten med studien var å belyse beskrivelser omkring blant annet organisatoriske forhold for kvalitet i tjenesten. Tanken var at det var en mulighet for at det kunne hindre helsepersonell å beskrive hva de mener hvis lederne var tilstede.

### **3.5 INNSAMLING AV DATA**

Datainnsamlingen ble innhentet ved flerstegs fokusgrupper. Når flere deltakere diskuterer sammen i en gruppe vil det åpne opp for en annen type informasjon enn ved individuelle intervju (Malterud, 2021, s.18). Ved bruk av fokusgruppe som forskningsmetode ble også flerstegs fokusgruppe brukt som inspirasjon ved gjennomføring av datainnsamlingen. Flerstegs fokusgruppe er en metode som kan bidra til å fremme ny refleksjon og belyse nye perspektiver (Hummelvoll, 2008).

Flerstegs-fokusgruppeintervju karakteriseres av at samme gruppe mennesker undersøker temaer gjennom flere møter. Metoden kan beskrives som dialog mellom gruppedeltakere, hvor målet er kunnskapsutvikling ved å undersøke erfaringer, synspunkter og refleksjoner sammen (Hummelvoll, 2008). Å samle inn data gjennom flertrinns-fokusgrupper egner seg godt til å undersøke personers meninger, erfaringer og holdninger. Metoden egner seg derfor godt til denne studien. Det at deltagerne møtes flere ganger i intervjusituasjon, gjør at det utvikles en gruppefølelse. Dette kan bidra til en aksepterende holdning som er sentral for å kunne uttrykke

seg fritt. Det er også en fordel at temaene diskuteres som en prosess som gir mer rom for utdyping og nyanser, enn hvis det kun diskuteres på et intervju (Hummelvoll,2008).

Den som leder fokusgruppene kalles moderator. En moderator har i oppgave å introdusere medlemmene for hverandre, tema for diskusjon og presisere at både enighet og uenighet er ønsket i intervjuene. På så måte skapes rammene for det sosiale samspillet i gruppen. Moderatoren styrer dialogen i forhold til tema og tidsskjema, og passer på at alle deltagerne kommer til ordet. Moderatoren deltar ikke selv direkte i diskusjonen. Det er hensiktsmessig å bringe med seg en observatør ved fokusgruppe intervju. Observatøren har som rolle å gjøre notater over viktige observasjoner både i forhold til tematikk og gruppedynamikk, og for å delta ved å oppsummere underveis (Hummelvoll, 2008).

På forhånd ble det utarbeidet en temaguide for intervjuet (vedlegg B). Etter første fokusgruppe ble datamaterialet oppsummert, hvor enkelte tema ble trukket ut til de neste gruppene. Det viser til eksempel på at studien kun er inspirert av flestegs-fokugruppeintervju. Første gruppe ble stilt åpne spørsmål som førte til beskrivelser og datamateriale for å svare på problemstillingen. For å utdype beskrivelsene ble enkelte tema trukket ut. Alle gruppene fikk likt spørsmål i starten og de to siste gruppene ble bedt om å utdype beskrivelser av gitte tema som ble synlig ved diskusjon i første gruppe. Gruppene møttes bare en gang og ble ikke intervjuet mer enn en gang. Det minner mer om vanlig fokusgruppe, enn flerstegs-fokusgruppe hvor de kan møtes over tid og flere ganger (Hummelvoll, 2008).

Informantene fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv med informasjon om hensikt, problemstilling og ivaretagelse av personvern. I tillegg fikk informantene et samtykkeskjema med informasjon om frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg når de selv måtte ønske.

Alle intervjuene ble holdt på møterom ved informantenes arbeidsplass. Det var behagelige stoler, og det ble servert lett mat og diverse drikke for å skape en trygg og god atmosfære. I følge Malterud (2012) kan slike virkemidler bidra til et godt grunnlag og gode resultater. Hvert intervju varte i omtrent en time, og det ble totalt fire timer med lydopptak. Jeg som forsker var moderator og benyttet meg ikke av observatør. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak for å få sikre korrekt gjengivelse av informantenes beskrivelser.

### **3.6 ANALYSE**

Tematisk analyse ble benyttet som analysemetode. Analysemetoden blir beskrevet av Braun og Clark, (2006, s79), som et verktøy for å identifisere og analysere temaer innenfor kvalitative data. Koder identifisert tidlig i forskningen, blir videre brukt for å danne temaer med mønstre

av mening (Braun og Clark, 2006, s.89). Denne metoden blir også beskrevet av Johannessen et al. (2018, s.278) som en grunnleggende og studentvennlig analysemetode. Braun og Clark, (2006, s.87) deler analysen inn i seks faser. Johannessen et al. (2018, s.282) har forenklet fasene til fire trinn. Det er i denne studien benyttet Johannessens (2018) fire trinn som ledende for arbeidet med analysering av data;

Første trinn omhandler forberedelse. Analyseprosessen startet med å bli kjent med materialet. Intervjuene og transkriberingen ble utført av meg som forsker, noe som bidro til en fra start hadde god kjennskap til materialet. Videre ble transkriberingen nøye gjennomgått, opptil flere ganger, for å sikre korrekt gjengivelse av informantenes beskrivelser. Samtidig ble det markert enkelte setninger i teksten og kommentert i margin.

Trinn to omhandler koding. Etter hvert som datamaterialet ble var gjennomgått, kom det fram flere utsagt og beskrivelser som var interessante. Disse omtales som koder, og blir sentrale for studiens empiri.

Det tredje trinnet omfatter kategorisering. Kodene fra det foregående trinnet, ble skrevet på hver sine lapper og kategorisert i henhold til tema og utvalgt teori. I prosessen med å kategorisere kodene viste det seg noen foreløpige tema, som danner rammeverket for studiets analyse.

Det siste og fjerde trinnet tar for seg rapportering. Rapporteringen viser til resultatet av innsamlede data, som fremkommer i oppgavens kapittel 4. Rapporteringen viser til overordnede tema med underkategorier, som også er nærmere beskrevet og utdypet gjennom sitater fra datamaterialet.

### **3.7 ETISKE OVERVEIELSER**

Datasamlingen er gjort ved å intervju helsepersonell, så det er med andre ord ikke gjort unntak i forhold til personvern. Alle informantene fikk i forkant av fokusgruppene tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema hvor det ble opplyst om frivillighet, og at de kan trekke seg når de ønsker. Det ble benyttet lydfil for opptak av intervjuene, noe informantene også bekreftet og samtykte til. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Personvern og lagring av lydfil ble overholdt ved å følge retningslinjene til NSD. Temaet tvang og bruk av tvangsmidler bringer med seg en grunn til etisk refleksjon.

Etikk dreier seg først og fremst om rett og galt, og forholdet mellom mennesker. Med andre ord handler det om hva vi kan, og hva vi ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen et al, 2020). I følge Thaagard (2013) er etiske dilemmaer spesielt fremtredende innenfor kvalitative metoder.

De etiske spørsmålene og dilemmaene oppstår med bakgrunn i valgene forskeren foretar seg gjennom forskningsprosessen som igjen kan få konsekvenser for de personene som deltar i prosjektet. Det er dermed nødvendig å fremheve de etiske retningslinjene som er knyttet til de ulike fasene i forskningsprosessen. Forskningsetiske retningslinjer er nedfelt i nasjonal forskningsetisk komite. Retningslinjene kan sammenfattes i tre typer hensyn som en forsker må ta stilling til; 1) informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, 2) forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, og 3) forskeren ansvar for å unngå skade (Johannessen et al, 2020).

Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi handler om at potensielle informanter selv skal kunne bestemme over sin deltakelse (Johannessen et al, 2020). I tillegg skal vedkommende gi informert samtykke til å delta, hvor deltakeren på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg fra prosjektet uten noen form for konsekvenser (Johannessen et al, 2020). For prosjektets tilfelle ble det på forhånd sendt ut innledende skriv til de aktuelle informantene, hvor det ble informert om studiens hensikt og formål. I forkant av dette innledende skrevet ble det etablert kontakt på telefon og e-post, for å forberede deltakerne på prosjekts interesse for deres deltakelse. I forkant av intervjuene fikk deltakerne videre tilsendt et beskrivende informasjonsskriv og et skjema for samtykkeerklæring. På starten av hvert intervju, ble informantene igjen informert om prosjektets formål, og deres frivillige deltakelse. På denne måten la studien til rette for informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi.

Forskerens plikt til å respektere informanters privatliv handler om at de deltakende i prosjektet har rett til blant annet anonymitet (Johannessen et al, 2020). Deltakerne har rett til å nekte forskeren adgang til opplysninger om seg selv, hvor vedkommende samtidig skal være sikker på at forskeren har taushetsplikt (Johannessen et al, 2020). Forskerens taushetsplikt er svært sentral, hvor en ikke skal bruke opplysninger slik at de deltakende kan identifiseres (Johannessen et al, 2020). Opplysningene som oppgis skal med andre ord anvendes i tråd med samtykkeerklæringen. For prosjektenes tilfelle er informantene anonymene i den grad at de jobber ved klinikk psykisk helsevern, i spesialisthelsetjenesten, i det regionale helseforetaket helse Sør-Øst.

Forskerens ansvar for å unngå skade handler om at de deltakende i prosjektet skal utsettes for minst mulig belastning (Johannessen et al, 2020). Innsamlingen av data kan berøre sårbare og følsomme temaer, som kan være krevende å bearbeide (Johannessen et al, 2020). I prosjektets tilfelle er det snakk om helsepersonell som utøver tvang ovenfor andre mennesker. Dette skaper et behov for etisk refleksjon i seg selv og kan for deltakerne være krevende til tider. For å sikre



at sårbare områder ikke skulle berøres, ble intervjuet gjennomført ved hjelp av en strukturert tilnærming for å unngå avsporinger som potensielt kunne være belastende.

De forskningsetiske retningslinjene er å regne som et utgangspunkt for forskningsetikken i Norge, og det var særdeles viktig i rollen som forsker å påse at disse ble fulgt gjennom hele forskningsprosessen. Datasamlingen ble gjort ved å intervju helsepersonell, det er med andre ord ikke gjort unntak i forhold til personvern. Alle informantene fikk i forkant av fokusgruppene tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema hvor det ble opplyst om frivillighet, og at de kan trekke seg når de ønsker. Det ble benyttet lydfil for opptak av intervjuene, noe informantene også bekreftet og samtykte til. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Personvern og lagring av lydfil ble overholdt ved å følge retningslinjene til NSD. Informantene som er interessert, vil få tilsendt prosjektets ferdigstilte oppgave. Disse tiltakene var for å igjen kvalitetssikre informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, og forskeren ansvar for å unngå skade.

## **4 RESULTATER**

I dette kapittelet blir empirien fra intervjuene presentert og vil forhåpentligvis være et bidrag til å belyse helsepersonell sine beskrivelser av kvalitetssikring ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Resultatene blir presentert i henhold til data som fremkommer i analysen.

### **4.1 BESKRIVELSEN AV Å KVALITETSSIKRE BRUK AV TVANGSMIDLER**

Informantene beskriver en kjennskap til at der foreligger både lovverk og føringer som skal kvalitetssikre tjenesten ved bruk av tvang. Samtidig peker informantene på at lovverket åpner for vurderinger og gråsoner som kan være krevde å forholde seg til. En av informantene sier i den sammenheng:

*«Uansett hvor mange lover og regler som setter rammer, så er det forskjell på reglene og praksis»*

For å være i stand til å ta gode beslutninger og vurderinger i utfordrende situasjoner som ved bruk av tvangsmidler, beskriver informantene et behov for kontinuerlig fokus på området. For å opprettholde fokus, øke kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte fremhever informantene tiltak som kurs og undervisning, felles refleksjon med kolleger og bruk av erfaring. Informantene beskriver tiltakene som nyttige, og stiller seg troende til at det ivaretar pasientsikkerheten. Samtidig forteller informantene at når hektiske perioder inntreffer, og når arbeidspresset er denne type tiltak som blir nedprioritert.

### **4.2 LOV OG FORSKRIFTER SETTER RAMMER**

Informantene beskriver rutiner de har ved bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold § 4-8. Disse vedtakene er det sykepleier og eller vernepleier som fatter på kveld, natt og helg når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Den ene gruppen beskriver at de gjennom sitt regionale helseforetak (RHF) har fått et undervisningsopplegg bestående av både teori og praksis, som alle vaktansvarlig må ta. Selv om informantene opplyser om at det er et krav om å ha deltatt på undervisningen før du kan fatte slike vedtak, har ikke alle informantene i gruppen deltatt, selv om de har jobbet i flere år, har vaktansvar og fatter vedtak.

### **4.3 KRITERIER FOR Å FATTE VEDTAK**

Videre beskrives innholdet i kurset bestående av en innføring av selve lovverket, hvordan det skal forstås, hvordan vedtakene skal fattes og fylles ut rent praktisk. Det legges også vekt på hvilke tiltak og lempelige midler som må være forsøkt før bruk av tvangsmidler. En informant deler sine tanker om betydningen av undervisningen, og sier:

*«Den undervisningen tenker jeg har vært veldig nyttig for å forme en felles forståelse av lovverket. Det har nok vært ganske varierende tidligere».*

En av informantene stiller seg undrende til lovverket om hvem som fatter § 4-8 vedtakene. Informanten er opptatt av hvorfor det i lovverket står at det skal være et unntak, og påpeker at hvis en skal tenke kvalitet og at lovverket skal kvalitetssikre bruk av tvang, vil unntaket være et bidrag til å redusere kvaliteten. Informantene uttaler videre at det burde være en lovendring som omfatter unntak, som heller tydeliggjør hvilke kompetanse som skal være tilstede for å fatte vedtak. En av de andre informanten sier i denne sammenheng:

*«I loven står det jo at det egentlig bare er ved unntakstilstander at det er andre enn faglig forsvarlig som skal gjøre det, men hos oss er unntaket blitt regelen»*

I følge datamaterialet blir forstående av unntaket forklart i undervisningen. Informantene begrunner unntaket med at faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, samtidig som at fagansvarlig likevel må være tilstede når medisiner blir inkludert. I den diskusjonen peker den ene infomenten på resursutfordring og profesjonskamp som mulig årsak til utfordringene tilknyttet tema. Hvem har tid eller ikke til å skrive slike vedtak. For at det ikke skal være en kontants diskusjon og ta tid i hver hendelse om hvem som fatter vedtaket, er det derfor gjort et forsøk på å konkretiser ved at på kveld, natt og helg når lege/spesialist ikke er i avdelingen skal unntak brukes. Tross faglig diskusjon om hvordan en forstår lovverket og hvordan det kan påvirke kvaliteten er samtlige av informantene enige om at det beste er at de som faktisk er i situasjonen, og som med det har mest kunnskap om hendelsen skal fatte vedtaket.

Sitat fra informant:

«Det at også vi nå har ansvar for å fatte slike vedtak har gjort oss mer bevisst på hva vi faktisk gjør og ansvaret vi har»

#### **4.4 DEN LOVPÅLAGTE ETTERSAMTALEN**

Ettersamtaler en viktig del av pasientens rett til medvirkning, hvor informantene er bevisste på reguleringen. Informantene redegjør for ulike momenter ved ettersamtalen, hvor tidspunkt for gjennomføring og personalets motivasjon er sentrale faktorer. Gjennom datamaterialet blir det også synlig at pasientens motivasjon for gjennomføring av samtalen er av betydning. Informantene kan også vise til flere verdier, og enkelte utfordringer ved ettersamtaler.

#### **4.4.1 Gjennomføring av samtalen**

Informantene beskriver betydningen av å tilby og å gjennomføre ettersamtalen på «rett» tidspunkt. Det fremkommer av datamaterialet at gjennomføring av samtalen rett etter bruk av tvangsmidler og for lenge etter, er en utfordrende vurdering og det kan i noen tilfeller føre til at pasientene ikke ønsker en slik samtale. Informantene beskriver ulike situasjoner hvor det er best å gjøre det så tidlig som mulig, eller motsatt; å vente til pasienten er tilgjengelig. I beskrivelsene sier informantene at gjennomføring av ettersamtale i stor grad avhenger av pasientens tilstand og funksjonsnivå.

#### **4.4.2 Personalets motivasjon og påvirkning**

En annen faktor informantene trekker frem er betydningen av hvem som utfører samtalen, som i stor grad baseres på relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Her beskriver informantene også behov for en individuell tilnærming hvor det for noen vil være egnet å benytte seg av relasjonen pasienten har til enten sin primærkontakt eller annet personale, den som var i selve situasjonen eller en lege/psykolog.

Gjennom datamaterialet blir det synlig at dette også avhenger av om personalet var bevisst på gjennomføre samtalen, og hvorvidt det var tid og kapasitet i avdelingen til å kunne prioritere ettersamtalen.

En ting er tidspunktet for når en ettersamtale skal skje en annen er hvordan helsepersonell tilnærmer seg den. Flere av informantene snakket om betydningen av å vise interesse for pasientens opplevelse og perspektiv, så vel som å ha en utforskende og «nysgjerrig» holdning til pasienten.

#### **4.4.3 Pasientens motivasjon for samtalen**

Informantene beskriver situasjoner hvor de opplever at pasientene er tilbakeholdne og viser motstand mot ettersamtaler. Det fremkommet at motstandens årsak varierer og hvor pasientene har ulike grunner for hvorfor de ikke ønsker en ettersamtale. Informantene beskriver at det kan dreie seg om pasientens manglende forståelse og interesse for hensikten med samtalen, samt at pasienten opplever ettersamtalene som nytteløse. Informantene fremhever pasientenes manglende forutsetninger for å kunne forstå mål og hensikt.

En annen faktor helsepersonell beskriver som årsak til at pasientene var tilbakeholdne og viste motstand mot ettersamtale, var deres erfaring med at ettersamtalene kan fremkalle et visst ubehag hos pasientene. Ettersamtalen kan fremkalle vanskelige følelser hos pasientene, og

helsepersonell oppfatter at pasientene ikke ønsker å gå tilbake i tid for å snakke om tvangshendelsen, de ønsker heller å ignorere det. Ikke tenke på det og gå videre.

#### **4.4.4 Verdien av ettersamtale**

Samtlige av informantene var enige om at gjennomføring av ettersamtaler med pasienter er et grunnleggende godt tiltak. Elementer som brukermedvirkning, forebyggende tiltak, læring og restaurering av relasjon og redusering av stigma knyttet til skjermingen, var de verdiene av ettersamtaler som var gjentakende i analysen av datamaterialet. Likevel var flere av informantene tydelige på at prosedyren rundt ettersamtaler er svært praksisfjern og mangler rom for individualisering og tilpassing.

Brukermedvirkning som kan bidra til læring og forebygging Deltakerne var enige om at en av verdiene av ettersamtaler med pasienter, er at det er en del av pasientens rett til medvirkning hvor ettersamtalen blir et sentralt virkemiddel for å ivareta pasientens rettsvern. I mange tilfeller snakket deltakerne om medvirkning i sammenheng med at ettersamtalene kan være et potensielt forebyggende tiltak for nye situasjoner for bruk av tvangsmidler.

I andre tilfeller snakket informantene om deres ønske om tilgang på informasjon som kan brukes forebyggende i den videre behandlingen, hvor det i endel tilfeller er vanskelig å få pasienten til å sette ord på disse tiltakene selv.

Det å lære av tidligere situasjoner hvor det har vært bruk av tvangsmidler var noe samtlige av informantene erfarte som en verdi ved ettersamtaler. Både at helsepersonell kan hjelpe pasientene til å forstå hvorfor bruk av tvangsmidler ble vedtatt, og at helsepersonell kan lære av å samtale med pasientene om deres opplevelse rundt situasjonen. Flere av informantene fortalte om betydningen av å snakke om tvangsbruken i den hensikt å forsøke å reparere skadde relasjoner, og å hjelpe pasienten til å styrke sin egen identitet ved å bidra til å redusere stigma. Det poengteres av enkelte informanter at å vise omsorg til pasienten, og formidle dette, er å anse som en sentral verdi ved ettersamtaler.

Deltakerne skilte på den teoretiske og praktiske verdien av ettersamtaler. Noen av deltakerne beskrev rutinen rundt gjennomføring av ettersamtaler som praksisfjern. Selv om samtlige deltakere mente at hensikten med ettersamtaler med pasienter er god og nyttig for begge parter, savnet de rom for individuell tilpassing. Deltakerne var tydelige på at de erfarer nytteverdien av ettersamtaler som god i teorien, men at det sjeldent kommer noe konstruktivt ut av dem som de kan bruke i videre behandling. Det fremkommer av datamaterialet at fraværende erfaringer av at ettersamtalene, kan føre til at helsepersonell endrer sin praksis. I tillegg fremhever

informantene at den tiltenkte hensikten med ettersamtalene i mange tilfeller forsvinner i kravet om dokumentasjon.

#### **4.5 KVALITETSSIKRING PÅ ORGANISATORISK NIVÅ**

Informantene kjente til tiltak for kunne redusere, og i dette tilfellet kvalitetssikre, bruk av tvang og tvangsmidler fra et organisatorisk perspektiv. En av informantene kunne i den sammenheng fortelle;

*«Kursene vi har er nyttige, de bidrar til at vi får en felles forståelse av både lovverk og hvordan det er lurt å tilnærme seg utfordrende situasjoner som kan føre til bruk av tvangsmidler»*

Slik det fremkommer at datamaterialet etterlyser informantene sentrale og systematiske undervisningsopplegg. I den sammenheng påpeker en av informantene prioriteringer, og sier;

*«Det er når kursene er obligatoriske at de blir prioritert»*

Informantene beskriver at når det blir lagt opp til helsepersonellet selv må sørge for deltakelse i undervisning, kan informantene erkjenne at det nedprioriteres eller glemmes av i en hektisk arbeidshverdag. Den ene gruppen beskriver at de har undervisning turnusfestet, slik at de jevnlig og systematisk møter tidligere på jobb for å delta på undervisning.

Videre beskriver informantene at felles undervisningene oppleves som nyttige plattformer for samhandle med andre kolleger gjennom refleksjon. Avslutningsvis fremkommer det av datamateriale at informantene er opptatte av at organisasjonen må ivareta og sørge for at erfaringsnivået på avdelingene bevares. Både de informantene som hadde jobbet et år og de som hadde nærmere et tiår, var enige om at dette var en sentral prioritering fra deres perspektiv. Informantene beskriver det som svært nyttig med erfaring med hensyn til det krevende fagområde de arbeider innenfor. En av informantene sier i den sammenheng;

*«Det har vært krevende å være ny, sammen med mange andre nye»*

Informantene beskriver det som belastende å ta avgjørelser som bruk av tvangsmidler dersom en ikke har erfaring å trygge seg på. Selv om fagligansvarlig sjeldent er veldig langt unna, beskriver informantene det som krevende. Informanten skryter av hverandre i intervjusettingen, og beskriver et støttende miljø hvor det hviler en forståelse om at man er et team. Det tverrfaglige samarbeidet beskriver informantene som en del av å kvalitetssikre bruk av tvangsmidler. Informantene opplever det nyttig i den grad at de er flere profesjoner som med ulike perspektiv som sammen reflektere omkring sin utøvelse ved bruk av tvang.

## 5 DISKUSJON

I dette kapitlet vil det i lys av problemstillingen drøftes sentrale funn fra den empiriske undersøkelsen opp mot det teoretiske rammeverket. Formålet er å synliggjøre den empiriske forståelsen av allerede eksisterende teori. Kapitlet er i utgangspunktet strukturert etter i de teoretiske bidragene fra kapittel 2, ettersom disse bryter ned problemstillingen «*Hvordan beskriver helsepersonell å kvalitetssikre bruk av tvangsmidler?*»

### 5.1 OPPLEVD KVALITET, BRUKERMEDVIRKNING OG FOREBYGGING

I følge (Arntzen, 2021) er hovedinntrykket av opplevd kvalitet basert på hvordan pasienten føler seg møtt, sett og hørt. En skal stadig minne seg på at pasienten ofte ikke har faglig forståelse eller innsikt i hva en kan forvente av behandlingen og hvilken grad av kvalitet behandlingen bør ha. Slik det fremkommer av studiens resultater peker informantene på viktigheten av å være i forkant ved å snakke med pasientene når de er tilgjengelige for det og ha fokus på brukermedvirkning.

Dette er i tråd med lovverket hvor brukermedvirkning er en rettighet pasienten har, jamfør Pasient og brukerrettighetsloven (Pbrl) §3-1. Informantene viser videre til at forebygging er en del av kvalitetssikringen ved bruk av tvang. Det er også presisert i de nye nasjonale rådene for forebygging av tvang, at personale som tar imot pasientene, bør være erfarne og trygge i situasjonen. I Alternativer til tvang I (Bjørngen et al., 2014) redegjøres det for at pasienter som blir møtt på en god måte, får nødvendig informasjon og rom for å uttrykke sine egne oppfatninger av situasjonen, også opplever større trygghet. Deres forslag til tiltak er at pasienter må bli møtt av kompetent personell med tid og myndighet til forhandling og samtaler.

Selv om informantene påpeker viktigheten av å være i forkant, peker også forskning på viktigheten av å snakke om den ubehagelige situasjonen. Gjennom informantenes beskrivelser kan det fremstå som det blir lagt mer vekt på arbeidet når tvang først er utøvd. Med utgangspunkt i at det blir lagt vekt på at det bør være kompetent personell med tid og myndighet, kan det fremstå som at de ansatte ikke opplever denne tiden og myndigheten. Informantene presiserer også evnen til å snakke om det ubehagelige krever sin kompetanse.

Informantene i denne studien beskriver regelmessig trening og undervisning på hvordan de fysisk skal opptre i situasjoner hvor bruk av tvangsmidler kan være nødvendig. Undervisningen dreier seg om både hvordan en kommuniserer i slike situasjoner, og hvordan en bør fysisk opptre ved kroppsspråk og posisjonering. Videre beskriver informantene at den videre treningen etter hovedkurset fokusere mest på det fysiske aspektet. I rapport – redusert bruk av

tvangsmidler i helse Sør-øst, blir bruk av simulering for trening av kommunikasjonsferdigheter og vanskelig samtaler lagt vekt på som tiltak for å bedre kompetansen hos de ansatte. Gjennom datamaterialet blir det tydelig at flere opplever disse situasjoner ubehagelige, og dermed blir de også unngått. Spørsmålet er i midlertid hvordan tiltak blitt gjort for å kvalitetssikre yrkesutøvelsen.

Når det først er utøvd tvang mot ens vilje, har helsepersonell mulighet til å gi pasienten en så god opplevelse av kvalitet som mulig (Arntzen, 2021, s.110). Slik det fremkommer av datamaterialet er informantene opptatt av hva som skal til for å kunne utøve så god kvalitet som mulig i en allerede utfordrende situasjon. Slik det fremkommer av datamaterialet er det også tydelig at helsepersonell er uenige om Tvangsbegrensningsloven, hvor diskusjonen oppstår i det man fjerner muligheten til bruk av mekaniske tvangsmidler. Ved Lovisenberg ble det gjennomført et prosjekt, hvor beltesenger skulle fjernes. Helsepersonell var skeptiske til å fjerne beltesenger, og hadde vanskeligheter med å se for seg hvordan de ulike situasjonene skulle løses uten muligheten for bruk av beltesenger. I England derimot oppfattes bruk av mekaniske tvangsmidler som noe fra middelalderen, og de foretrekker derfor isolasjon framfor andre tvangsmidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I lys av prosjektet fra Lovisenberg og tilhørende forskning, er bruk av tvang situasjonsbasert og til for å forhindre skade. Slik det fremkommer av datamaterialet er spørsmålet i midlertid når man iverksetter bruk av tvang, og informantene kan redegjøre for at helsepersonellens erfarings- og kunnskapsnivå blir sentral i denne vurderingen.

Kvalitetssikring kan forstås gjennom forskningen som et ønske om å lære, gjerne før og etter en situasjon (Arntzen, 2021). Kvalitetssikring kan utøves og praktiseres på forskjellige måter. Kvalitetssikring kan være planlagt, rutinemessig og systematisk, eller det kan gjennomføres i kjølvannet av en hendelse som har blitt påklaget eller stilt spørsmål ved fra pasienten eller dens pårørende (Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2). Kvalitetssikring kan også praktiseres i ettertid, hvor man for eksempel gjennomgår behandlingen av en pasient eller en gruppe pasienter (Prop. 72 L (2013-2014) s. 113), ved kvalitetssikringsprosjekter, eller gjennom opplæring av de ansatte (Helsepersonelloven, §29). Informantene beskriver blant annet ettersamtale som en sentral del av kvalitetssikringen, hvor en samtidig får mulighet til å ivareta brukervedvirkningen hvor pasientens forståelse blir dokumentert. Slik det fremkommer av datamaterialet blir tidspunktet for ettersamtalen betydelig vektlagt, samtidig som informantene fremhever årsaker til at ettersamtalen ikke finner sted. Gjennom datamaterialet blir det synlig at personalets bevissthet tilknyttet gjennomføring av samtalen blir sentral, samtidig som at tid



og kapasitet i avdelingen er å anse som en avgjørende faktor for at ettersamtalen gjennomføres. Ettersamtale er å forstå som en sentral faktor for kvalitetssikring, både i forarbeid og etterarbeid. Samtidig legger ettersamtale til rette for at pasienten får mulighet til å medvirke i behandlingen. Ettersamtale som tiltak fremstår å ha en god hensikt og målbar effekt dersom de gjennomføres i tråd med retningslinjene som foreligger. Hvorvidt ettersamtale blir brukt for å kvalitetssikre bruk av tvang fremkommer ikke studiets datamateriale, og det kan virke til at tiltaket ikke er optimalisert.

## **5.2 FAGLIG KVALITET OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS**

I følge Arntzen (2021) viser faglig kvalitet seg gjennom behandling av god kvalitet ved en kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring, brukerkunnskap og medvirkning. Datamaterialet viser til at informantene fremstår å ha oversikt og kjennskap til fagfeltet. Informantene beskriver flere kurs og undervisningsopplegg rettet mot prosedyrer, ønsket praksisutøvelse, faglunsjer, felles refleksjon og bruk av personal med erfaring som viktige faktorer til å holde seg fokusert og oppdatert til å utøve en kunnskapsbasert praksis.

For å kunne bruke tvangsmidler i situasjoner hvor det er ansett som nødvendig, er det muligens en forutsetning at helsepersonell er innehar oppdatert kunnskap for å kunne utøve faglig kvalitet. Det fremkommer ikke i studien hvem som kvalitetssikrer blant annet kvalitetssikrer undervisningene innenfor bruk av tvang. Samtidig beskriver informantene noen ulikheter, hvor at den ene gruppen i et av sykehusene beskriver å bruke MAP (møte med aggresjonsproblematikk), som undervisningsopplegg. Kurset gikk over to dager og hadde små oppfølgingskurs i etterkant av MAP. I de nye nasjonale rådene for forebygging av tvang (2021) blir også MAP fremhevet som en viktig del i arbeidet for å kvalitetssikre bruk av tvangsmidler ved å forebygge med gode kommunikasjonsferdigheter. De andre gruppene beskrev kurs over en dag (heldagskurs), hvor mye av kurset besto tilnærmet likt som innholdet i MAP. En kan undre seg over tidshorisonten på kursene. Spørsmålet er om en klarer å få fram all informasjonen og de bærende elementene over kort tid, versus å bruke tid og muligens sikre en bredere forståelse. Informantene som fulgte et opplegg over en dag beskrev at det var elementer som de måtte kutte og ikke ha like stort fokus på da kurset var presset på tid. Informantene beskrev at det var et omfattende innhold som skulle formidles og prosesseres på kort tid. Myndighetene peker på ulikheter i helseforetakene i situasjoner hvor bruk av tvangsmidler (Høie, 2021). Spørsmålet er imidlertid om tidsbegrenset kursing og opplæring kan være en medvirkende faktor til variasjonene. Det er fristende å anta at variasjonene reduseres dersom

kurs og opplæring blir strømlinjeformet og godt faglig forankret. Slik det fremkommer av studien er påfallende å anse kurs og opplæring som et sentralt element for kvalitetssikringen.

Det fremkommer i beskrivelsene fra informantene at kommunikasjon er en avgjørende faktor i forebyggingsarbeidet, både under og etter bruk av tvangsmidler. Slik det fremkommer av datamaterialet ble øvelse på kommunikasjon minimalt vektlagt, hvor informantene påpeker at treningen på kommunikasjon er tilnærmet erfaringsbasert.

I rapport redusert bruk av tvangsmidler (2019), fremkommer det blant annet tiltak som anbefaler simulering som treningsform med fokus rettet mot kommunikasjon og samtale, hvor ettersamtale etter bruk av tvangsmidler blir fremhevet. Ettersamtaler skal som tidligere nevnt, bidra til å blant annet sikre brukermedvirkning. Brukerkunnskapen er også nødvendig i arbeidet med å kvalitetssikre faglig kvalitet. Ingen av informantene kunne vise til undervisning hvor brukerkunnskapen ble tatt i bruk, med unntak av samtaler. Gjennom studien blir det synlig at det muligens ligger et forbedringspotensial i undervisningen og dens fokus på brukerkunnskap. Informantene viser til potensiale for å inkludere brukerrepresentanter i undervisningen for å utvide den faglige horisonten for helsepersonell. Spørsmålet er imidlertid om involvering av brukerrepresentanter vil kunne bidra til en målbar effekt i henhold til undervisningens formål.

Utarbeidelsen av de nye nasjonale faglige råd for forebygging av bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, viser til en unik brukerrepresentasjon (Helsedirektoratet, 2021). Det er fristende å anta at dette er på bakgrunn av det foreligger antydninger til et forbedringspotensial og fremtidig fokusområde. Brukerrepresentasjon bidrar til å utvikle tiltak, samtidig retter spørsmålsstillingen mot hvordan brukerrepresentantene bidrar videre i prosessen i lys av formidling og utøvelsen. Tiltross for at denne studien ikke har fokusert på dette arbeidet, blir det gjennom datamaterialet fremstilt et forbedringspotensial og behov for videre forskning.

### **5.3 LEDELSENS TILRETTELEGGING FOR OPPLEVD OG FAGLIG KVALITET**

I boken ledelse og kvalitet i helsetjenesten av Arntzen (2021) hevdes det at 70-90 % av forbedringsområdene i helsetjenesten er organisatoriske, hvor de resterende 10-30% forbedringsområdene er faglig relatert. Basert på Arntzens (2021) data kan det virke til at det generelt er faglig dyktige personer som jobber i helsetjenesten. Samtidig viser Arntzen (2021) til et behov for tilrettelegging av faglig utøvelse. Datamaterialet kan bekrefte denne tolkningen, og det gjør forøvrig lover og forskrifter som eksempel forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3. Det gir grunnlag til å spørre seg hva det er som hindrer i en slik tilrettelegging.

Ved den opplevde kvaliteten ble det diskutert forbyggende arbeid og brukermedvirkning. Ved det forebyggende arbeid kunne informantenes beskrivelser tyde på at helsepersonell fremhevet viktigheten av arbeidet. Samtidig fremkommer det av datamaterialet at informantene ikke har mest fokus på dette arbeidet, eller gjeldene praksis selv om de er opptatte av det. Det blir her nødvendig å være seg bevisst leders rolle i hva de ansatte er opptatte av hva tjeneste skal inneholde. Informantene beskrev gruppeleder som en sentral rolle for at ettersamtale skulle bli gjennomført. Dersom gruppeleder var fraværende, var det gjentakende at ettersamtalene ikke ble gjennomført til ønsket tid, og kanskje til og med for sent for å oppnå hensikten med samtalen.

Som tidligere nevnt er føringene og tiltaksplanene for riktig bruk av tvang tilgjengelige og kjent for informantene. Informantene beskriver utføring ved ressursbruk og prioriteringer. Informantene påpeker at organisasjonen i sin helhet gjør så godt de kan innen for de gitte rammer, men opplever likevel at viktige tiltak for å kvalitetssikre bruk av tvangsmidler blir nedprioritert ved fravær i avdelingen. Ett annet poeng som ble fremmet av en av informantene var at de jobber i spesialisthelsetjenesten hvor navnet i seg selv kan gi et inntrykk av hva pasienten kan forvente, men hvor man samtidig tidvis drifter avdelinger ved hjelp av ekstravakter og ufaglært personell.

Spørsmålet er imidlertid om utfordringene som fremkommer av datamaterialet kan være et bidrag til å forståelsen av hvordan organisatorisk forhold påvirker opplevd og faglig kvalitet. En av informantene fremhevet et eksempel hvor hen sammenlignes psykisk helsevern som «psykiatriens» intensiv avdeling. Spørsmålet informantene stilte seg var imidlertid hvor mange ufaglærte som arbeidet ved en intensiv avdeling i somatikken. Informanten poengterte dette som en mindre viten om alvorlighetsgraden av psykisk sykdom og behovet og kravet pasientene har til kompetanse hos de ansatte. Helse- og omsorgsdepartementet har satt krav til alle regioner om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk (Helse Sør-Øst). Studien synliggjør forskningens data vedrørende organisatoriske faktorer og det foreliggende forbedrings-potensiale, hvor datamaterialet bekrefter at det er behov for å se på hva som hindrer og begrenser de organisatoriske forholdene i lys av tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet.

Som tidligere nevnt beskriver informantene gruppeleder som en sentral faktor for at lovpålagte samtaler med pasienter blir gjennomført. Informantene påpekte i den forbindelse at det gjerne var personavhengig basert på erfaringsnivå. Spørsmålet er i midlertid ens enkelte ansvar. Gjennom datamaterialet hviler det en forståelse av at helsepersonell tidvis styres av lederens

forespørsler. Informantene blir eksempelvis forespurt om å gjennomføre en ettersamtale til gitte tider, samtidig som at lederen ber utførelsen må vurderes utfra pasientens tilstand. Gjennom datamaterialet fremheves ansvarsforhold i sammenheng med beslutningstaking, og det fremkommer usikkerhet omkring vurderingsevne. Studiet viser med andre ord et behov for å styrke helsepersonellens faglige trygghet og selvstendighet.

#### **5.4 DISKUSJON AV METODE**

Temaet tilknyttet ettersamtaler er dominerende i studiets resultat, og i etterkant er det tydelig at prosjektet har tilstrekkelig med data omkring temaet til å justert problemstillingen og studiets hensikt. Dersom studie skulle omhandlet ettersamtale som tiltak for å kvalitetssikre bruk av tvang, ville prosjektet muligens vært mer systematisk og konkret. Tiltross for dette ble gjeldene problemstilling stående, da helsepersonellens beskrivelser var sentrale for de utforskende elementene av prosjektet.

Ved innledningen av prosjektet ble det vurdert utvelgelseskriterier for deltakelse i prosjektet. For å sikre habilitet ble det sentralt å påse at jeg som forsker ikke hadde praktisert sammen informantene i tidligere eller nåværende arbeidsforhold. Rekrutteringen av informanter til prosjektet ble gjennomført med bistand fra avdelingsledere. Ulempen ved at avdelingsleder er involvert i å innhente informanter kan være at informantene føler seg presset til å delta. Samtidig kan avdelingslederen ved utvelgelse gjøre utvelgelsen basert på hvem som vil svare til fordel for avdelingen og klinikken. Gruppene bestod tilslutt av en jevn blanding av sykepleiere og vernepleiere. Ingen leger eller psykologer deltok. Dette kan ses som både en svakhet og styrke i studien. Som datamaterialet fremviser er det tydelig sykepleiere og vervepleiere som ofte er ansvarlige for å fatte vedtak ved bruk av tvangsmidler og på så måte ble nettopp beskrivelsene fra disse profesjonene belyst. Det kan tenkes at diskusjonene hadde hatt et annet preg med leger og psykologer.

I lys av ettersamtalens dominans kan det tyde på et behov og anbefaling for videre forskning. Det ville vært interessant å gått i dybden på opplevd kvalitet gjennom en studie med basert på kvantitativ metode, som gjerne følges opp av en kvalitativ tilnærming. En sidestilling og sammenligning av beskrivelser fra pasient og helsepersonell på opplevd kvalitet ville vært et interessant nedslagsfelt. Lik som Hammervold.

Studiens datamateriale er i stor grad innen det regionale helseforetaket helse Sør-Øst. På lik linje som informantene beskriver det nyttig å bruke hverandre til felles refleksjon vil det være interessant å se nærmere på hvordan de ulike helseforetakene bruker hverandre og sine erfaringer

om hva som nytter. Det pekes på ulikheter i helseforetakene og studiens datamateriale viser til enkelte ulikheter ved eksempel ulikt innhold og prioritert tid ved undervisningsopplegg.

## 6 KONKLUSJON

Bent Høie (2021) var tydelig i sykehustalen, hvor han i 2021 påpekte store variasjoner innen psykisk helsevern. Den daværende helse- og omsorgsministeren var tydelig på resultatene slik de står idag, ikke er gode nok. Bruk av tvang og tvangsmidler er i stor grad kvalitetssikret gjennom lovverk og forskrifter utarbeidet av myndighetene. Studiets konklusjoner hviler derimot på manglende tilrettelegging for å kvalitetssikre yrkesutøvelse.

I følge (Arntzen, 2021) er hovedinntrykket av opplevd kvalitet basert på hvordan pasienten føler seg møtt, sett og hørt. En skal stadig minne seg på at pasienten ofte ikke har faglig forståelse eller innsikt i hva en kan forvente av behandlingen og hvilken grad av kvalitet behandlingen bør ha. Slik det fremkommer av studiens resultater peker informantene på viktigheten av å være i forkant ved å snakke med pasientene når de er tilgjengelige for det og ha fokus på brukermedvirkning. Arntzen (2021) viser til at faglig kvalitet seg gjennom behandling av god kvalitet ved en kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring, brukerkunnskap og medvirkning. Datamaterialet viser til at informantene fremstår å ha oversikt og kjennskap til fagfeltet. Informantene beskriver flere kurs og undervisningsopplegg rettet mot prosedyrer, ønsket praksisutøvelse, faglunsjer, felles refleksjon og bruk av personal med erfaring som viktige faktorer til å holde seg fokusert og oppdatert til å utøve en kunnskapsbasert praksis. Basert på Arntzens (2021) data vedrørende forbedringspotensiale i psykisk helsearbeid, kan det virke til at det generelt er faglig dyktige personer som jobber i helsetjenesten. Samtidig viser Arntzen (2021) til et behov for tilrettelegging av faglige utøvelse. Datamaterialet kan bekrefte denne tolkningen. Helsepersonell beskriver å ha kjennskap til de ulike tiltakene og hva som skal til for å kvalitetssikre bruk av tvang ved bruk av tvangsmidler. Datamaterialet viser til ulike strategier gjennom strukturelle forhold, hvor tilgjengelig ressurser og prioriteringer utfordrer kvalitetssikring ved bruk av tvang.

Gjennom tidligere tiltaksplaner og anbefalinger fra myndighetene er behovet tilknyttet kompetanse og ressurser velkjent. Nye nasjonale råd ble gjeldene fra 1. mars i 2022, og samfunnet har vært i endring siden De nasjonale rådene sist ble revidert. I lys av studiets bidrag vil det være interessant å se hvordan føringene fra 1. mars 2022 implementeres innenfor psykisk helsearbeid, og hvordan tiltakene iverksettes.

## REFERANSELISTE

- Aasland, O.G., Husum, T.L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). *Store forskjeller i holdninger til tvang blant fagfolk i psykiatrien*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. Publisert 25. mai. 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.027.  
<https://tidsskriftet.no/2018/05/debatt/store-forskjeller-i-holdninger-til-tvang-blant-fagfolk-i-psykiatrien>
- American Psychiatric Association. (1999). *Joint Statement of General Principles on Seclusion and Restraint*.
- American Psychiatric Nurses Association (2001). *Seclusion and restraint: Position statement and standards of practice*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 7, 210
- Almvik, A. (2010). *Psykisk helsearbeid i endring*. Publisert: 28.04.10. Endret: 04.11.20. Hentet fra: [Psykisk helsearbeid i endring - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldenda Akademisk.
- Bjørngen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L. (2014). Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshäfte. Hentet fra: <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/01/Alternativer-til-Tvang- Ressurshäfte.pdf>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helsedirektoratet. (2021). *Nye nasjonale faglige råd for forebygging av bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-nasjonale-faglige-rad-for-forebygging-av-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017c). *Tvang i psykisk helsevern*. Utvikling i perioden 2013 – 2017. Rapport IS-2812. [Microsoft Word - Rapport 2018 \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet. (2017) «*Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*». Hentet fra: <https://lovdata.no/static/ROO/is-2017-2620.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998 – 99). Ot.prp. nr. 11 (1998 – 1999). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykiatriloven)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005 – 2006). Ot.prp. nr. 65 (2005 – 2006). *Om lov om endring i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b324bd1623454222adefa9ccd4191c1d/no/pdfs/otp200520060065000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf)

- Helse Sør-Øst. (2018 ). *Redusert og riktig bruk av tvang*. Hentet: 25.04.22 fra: <https://helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/psykisk-helsevern#reduisert-og-riktig-bruk-av-tvang>
- Hummelvoll, J.K. (2008). *The multistage focusgroup interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry prospective*. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 1, 3–15.
- Høie, B. (2021, 12. januar). *Sykehustalen 2021*. [Sykehustalen 2021 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg). Oslo: abstrakt forlag.
- Johannesen, A., Christoffersen, L., og Tuft, P. A., (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg). Oslo: abstrakt forlag.
- Justis og beredskapsdepartementet. (2019). NOU 2019:4. *Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/nou/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>
- Klinge, V. (1994). *Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. Hospital and community psychiatry*, 45, 138 – 141. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8168792/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). § 4-2. *Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*. Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999). § 3-4. *Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-12-04-134)
- Malterud K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norvoll, R & Husum, T.L. (2011). *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Arbeidsforskningsinstituttets notatserie. AFI-notat 9/2011. [Hvordan minske forståelseskloften mellom misfornøyde brukere og ansatte \(napha.no\)](https://www.napha.no)
- Norsk psykologforening. (2018). *Redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern*. Policynotat. [Policynotat+endelig+revidert+februar+2018.pdf](https://www.norskpsykologforening.no/medlemsnyheter/policynotat-endelig-revidert-februar-2018.pdf)



- Prop. 72 L (2013-2014). *Pasientjournalloven og helseregisterloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-72-L-201320141/id756657/?ch=5#KAP15>
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. LOV-2019-06-21-48). Lovdata. [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\) - Lovdata](#)
- Simensen, N. (2018). *Hvilke organisatoriske trekk er forbundet med redusert risiko for bruk av mekaniske tvangsmidler i det psykiske helsevernet*. Hovedoppgave profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen (UiB).
- Sintef Helse. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)*. SINTEF rapport A8450. [Microsoft Word - Endelig hovedrapport BAT.doc \(sintef.no\)](#)
- Sivilombudsmannen. (2018). *Årsmelding for 2018*. Dokument 4:1 (2018 – 2019). [FOREBENH ÅRSMELDING 2018 NO forebygging.pdf \(sivilombudet.no\)](#)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rundskriv IS-1370. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/x\\_ryddekatalog/tiltaksplan\\_for\\_redu\\_10902a-liten.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/x_ryddekatalog/tiltaksplan_for_redu_10902a-liten.pdf).
- Stortinget. (2018). *Representantforslag om å stoppe nedbygging av sengeplasser og øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern*. Representantforslag 60 S (2018 – 2019). Publisert 06.12.18. Hentet 03.02.22 . [Dokument 8:60 S \(2018-2019\) - stortinget.no](#)
- Tvangsforsk (2020). *Om forskning på tvang i Norge*. Hentet fra: <https://tvangsforskning.no/forskning/>
- Tvangsforskning (2018). *Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. [RAPPORT Redusert-bruk-av-tvangsmidler-i-HSØ\\_endelig-og-godkjent.pdf \(tvangsforskning.no\)](#)
- Veland, M. & Jacob, A. (2016). *Bruker mindre tvang*. Sykepleien. Publisert 08.04.16. Oppdatert 02.02.17. Hentet 01.12.19. (<https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>)

## VEDLEGG

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *” Kvalitetssikret bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern ”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på kvalitetssikring ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Hensikten med prosjektet er å se på sammenhengen mellom organisatoriske forhold, holdninger hos helsepersonell og bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Jeg ønsker å undersøke og å belyse helsepersonell sine beskrivelser av kvalitetssikret bruk av tvangsmidler ved ulike sykehus. Med prosjektet håper jeg å kunne øke min kunnskap om hvilke faktorer ved organisasjonene som viser seg å være effektiv og betydningsfull for medlemmene i organisasjonen og pasientene som mottar tjenesten.

Prosjektet er en masteroppgave i psykisk helsearbeid.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet, ved veileder, Førsteamanuensis Ann-Mari Lofthus.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I denne studien trengs informanter fra klinikk psykisk helsevern og fra to ulike avdelinger i klinikken. Det er ønskelig at du har jobbet ved avdelingen i et år eller lengre slik at du er kjent med organisasjonen ved avdelingen og i klinikken. Informantene må være helsepersonell og alle med helsefaglig kompetanse ved avdelingen blir spurt om å delta.

Jeg har bedt ansvarlige ved klinikken om hjelp til å spre informasjon om prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Prosjektet er en kvalitativ studie og det blir gjennomført fokusgrupper. Hvis du velger å delta i prosjektet vil det være 3-5 medarbeidere som sammen blir intervjuet og reflekterer over overordnede tema som kvalitetssikring, bruk av tvangsmidler, og organisatoriske forhold ved problemstillingen. Intervjuet vil vare om lag 1,5 time. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Alle data vil bli lagret på Universitet i Oslos forskningsserver.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det vil være begrenset tilgang til datamaterialet. Opptaket vil bli transkribert og anonymisert. Lydmaterialet vil bli slettet når studien er ferdig, det vil si når oppgaven er levert mot slutten av året.*
- *Det er kun undertegnede og veileder som vil ha tilgang til forskningsserveren*
- *Personopplysninger blir anonymisert og lagret på forskningsserveren. Opplysninger om arbeidssted og stilling vil ikke bli opplyst i publikasjon.*

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Personvernopplysninger som samtykkeskjema og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt, som etter planen er november 2021.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student Marte Westgård, [marte.westgaard@hotmail.com](mailto:marte.westgaard@hotmail.com), tlf. 97562094 og Veileder Ann-Mari Lofthus ved Høgskolen i Innlandet, [annmari.lofthus@inn.no](mailto:annmari.lofthus@inn.no), tlf. 90 51 55 64
- Vårt personvernombud er: Usman Ansgar, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no), tlf. 61 28 7483
- Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:  
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Ann Koplus*

*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

*Marte Westgård*

*Student*  
Marte Westgård

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju i fokusgruppe.
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes i min masteroppgave

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)