



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Pasientopplevelser under tvungent psykisk helsevern  
Patient experiences of involuntary psychiatric care**

Jogeir Hånes og Erik Nevjen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 63

Molde, 18.11.2010



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Pasientopplevelser under tvungent psykisk helsevern**

**Tittel på engelsk: Patient experiences of involuntary psychiatric care**

**Forfatter(e): Jogeir Hånes og Erik Nevjen**

**Fagkode: SAE00 Sykepleie**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Gerd Unni Stavik og co-veileder Ragnhild Sættem**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 18.11.2010**

**Antall ord: 11521**

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

I følge en rapport fra Helsedirektoratet (2009) ligger Norge stabilt høyt i bruk av tvangsmidler sammenlignet med andre europeiske land. Tvungent psykisk helsevern og bruk av tvangsmidler er gjenstand for debatt i media og samfunn.

### **Hensikt:**

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke pasienters opplevelse av å bli utsatt for tvang under tvungent psykisk helsevern. Dette for å kunne bidra til økt kunnskap og en dypere forståelse blant sykepleiere.

### **Metode:**

Metoden var litteraturstudie. Denne litteraturstudien var basert på ti kvalitative forskningsartikler.

### **Viktige resultat:**

Pasientene opplevde krenkelser under tvungent psykisk helsevern. Kommunikasjon med sykepleier ble oppfattet som viktig for pasienten, for å kunne forstå grunnlaget for pleien de mottok. Pasientene hadde mange negative opplevelser knyttet til bruk av tvang og tvangsmidler.

### **Konklusjon:**

Relasjonen mellom pasient og sykepleier er sentral for å minske den traumatiske opplevelsen av å bli utsatt for tvangsmidler. Åpen og likeverdig kommunikasjon, og sykepleiers evne til å lytte og sette seg inn i hva pasienten tenker og føler, er viktige faktorer i arbeidet med psykisk syke.

### **Nøkkelord:**

Pasient, tvang, opplevelse, psykiatri, tvangsmidler.

## **Abstract**

### **Background:**

According to a report from the Norwegian directorate of health (2009), Norway has a steady high rate of the use of coercive measures compared to other European countries. Involuntary psychiatric care and the use of coercive measures are subject to debate in both the media and society as a whole.

### **Purpose:**

The purpose of this literature study was to investigate patients' experiences of coercion in involuntary psychiatric care in order to contribute to increased knowledge and a more profound understanding amongst nurses.

### **Method:**

The method used was a literature study. This literature study was based on ten qualitative scientific research articles.

### **Result:**

The patients experienced violations while under involuntary psychiatric care. The communication with the nurse was perceived as important by the patients in order to understand the meaning of the care they were subjected to. The patients had a great deal of negative experiences of being subjected to coercion and coercive measures.

### **Conclusion:**

The relation between patient and nurse is central in diminishing the traumatic experience of being subjected to coercive measures. An open and equal communication and the nurses' ability to listen and investigate the patients' thoughts and feelings are important factors in caring for the mentally ill.

### **Keywords:**

Patient, coercion, experience, psychiatry, coercive measures.

## Innhold

1.0 Innledning .....	2
1.1 Hensikten med litteraturstudien .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensninger .....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
2.0 Teoribakgrunn .....	3
2.1 Historie .....	3
2.1.1 Omfang av tvang .....	4
2.1.2 Hva er tvungent psykisk helsevern .....	4
2.2 Tvangsmidler og loven.....	5
2.2.1 Pasientens rettigheter .....	5
2.2.2 Klagemuligheter.....	5
2.3 Sykepleieprosedyrer ved bruk av lovregulerte tvangsmidler.....	6
2.3.1 Isolering .....	6
2.3.2 Beltelegging .....	7
2.3.3 Holding.....	7
2.3.4 Tvangsmedisinering .....	7
2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	8
2.4.1 Relasjonen til pasienten.....	8
2.4.2 Kommunikasjon med pasienten .....	8
2.5 Etisk avveining.....	9
3.0 Metode .....	10
3.1 Datasamling.....	10
3.2 Inklusjonskriterier .....	13
3.3 Eksklusjonskriterier.....	13
3.4 Kvalitetsbedømming .....	13
3.5 Analyse.....	15
4.0 Resultat.....	18
4.1 Pasientene opplever å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern.....	18
4.2 Pasientenes opplevelser av mangelfull kommunikasjon og informasjon .....	21
4.3 Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende.....	22
5.0 Diskusjon .....	23
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.2 Resultatdiskusjon .....	25
5.2.1 Pasientene opplever å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern...	25
5.2.2 Pasientene opplevde mangelfull kommunikasjon og informasjon: .....	30
5.2.3 Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende .....	33
6.0 Konklusjon .....	34
6.1 Videre forskning.....	34

## Litteraturliste

**Vedlegg 1: Lover og forskrifter**

**Vedlegg 2: Skjema for kvalitetsvurdering og gradering**

**Vedlegg 3: Søketabell**

**Vedlegg 4: PICO-skjema**

**Vedlegg 5: E-post svar**

## **1.0 Innledning**

Vi var sammen i kliniske praksisstudier på et psykiatrisk dagsenter. Her var det brukere med mye erfaring som pasienter i psykisk helsevern. Noen av de brukerne vi kom i kontakt med fortalte oss om sine opplevelser med tvangsinnleggelse og tvangsbruk på ulike psykiatriske avdelinger der de hadde vært innlagt. Disse fortellingene vekket vår interesse, da vi hadde liten erfaring med pasienter under tvungent psykisk helsevern. Vi hadde en felles interesse for fagfeltet psykiatri og med bakgrunn i dette ville vi øke våre kunnskaper og forståelse av hvordan det oppleves for en pasient å være under tvungent psykisk helsevern og bli utsatt for bruk av tvangsmidler.

I følge en rapport fra Helsedirektoratet (2009) ligger Norge stabilt høyt i bruk av tvangsmidler sammenlignet med andre europeiske land. I følge Hammervold (2010) har kunnskapsfeltet psykisk helse vært dominert av det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget og brukernes erfaringer har tradisjonelt sett vært lite vektlagt i norsk forskning. Skorpen et. al (2008) konkluderer i sin litteraturgjennomgang:

*”Det skjer overraskende lite psykiatrisk forskning i Norge som involverte innlagte pasienters erfaringer i psykiatriske sykehus.” (Skorpen et. al 2008, 22).*

### **1.1 Hensikten med litteraturstudien**

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke pasienters opplevelse av å bli utsatt for tvang under tvungent psykisk helsevern. Dette for å kunne bidra til økt kunnskap og en dypere forståelse blant sykepleiere.

### **1.2 Problemstilling**

Hvordan opplever pasienter under tvungent psykisk helsevern i døgnavdeling å bli utsatt for tvangsmidler?

### **1.3 Avgrensninger**

- Voksne pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern ved psykiatriske døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvang der sykepleiere/psykiatriske sykepleiere inngikk i personalet.

- Pasienter som har vært utsatt for noen av herunder nevnte tvangsmidler:
  - Mekaniske tvangsmidler
  - Isolering
  - Korttidsvirkende legemidler
  - Holding

#### **1.4 Begrepsavklaring**

- Her bemerkes det at med tvangsmidler som nevnt ovenfor, menes de lovregulerte tvangsmidler som aldri skal brukes som behandling, kun i nødssituasjoner der pasienten har utagerende og ukontrollerbar atferd (Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet § 5 § 6, 2000).
- For definisjon av døgninstitusjon henvises det til Lov om psykisk helsevern 3. Kapittel § 3-5, første ledd (1999) (Vedlegg 1).
- For definisjon av tvungen psykisk helsevern henvises det til Lov om psykisk helsevern 3. Kapittel § 3-3, alle ledd (1999) (Vedlegg 1).
- Begrepet isolering er oversatt fra engelsk: seclusion. Herunder regulert i Lov om psykisk helsevern § 4-8 Bokstav D (1999) (Vedlegg 1). Må ikke forveksles med skjerming som ikke er et tvangsmiddel og derfor ikke brukes som begrep i studien.

## **2.0 Teoribakgrunn**

I dette kapittelet vil vi ta for oss litt historikk, omfanget av tvang og relevante lover. Vi vil også ta for oss sykepleieteori om kommunikasjon og det mellommenneskelige aspektet ved sykepleien, samt aktuelle sykepleierprosedyrer ved bruk av lovregulerte tvangsmidler. Dette er teori som har innvirkning på behandlingen av psykisk syke og bruk av tvang som er sentrale temaer i forhold til vår hensikt og problemstilling.

### **2.1 Historie**

Lov av 17. august 1848 om Sindsyges Behandling og Forpleining var den første loven som omhandlet det vi i dag kan kalle psykisk helsevern, og var grunnlaget for opprettelsen av det som før ble kalt asyler. Det første statlige asylet i Norge var Gaustad Sykehus som åpnet i 1855. Mindre endringer i loven ble gjort og i 1935 ble det åpnet for frivillig

innleggelse i asyler gjennom lov 25.juni 1935 om frivillig innleggelse. Denne loven fra 1848 ble med mindre endringer gjeldende lov i Norge frem til lov om psykisk helsevern kom i 1961. Denne loven ble endret i 1999 ved lov om psykisk helsevern med ikrafttredelse i 2001. Personalet ved det vi i dag kaller psykiatriske avdelinger har endret seg gjennom årenes løp. Fra de første ansatte på asylene på midten av 1800-tallet som var titulert som voktere og voktersker til dagens psykiatriske sykepleiere, har det vært en stadig utvikling i personalets sammensetning og kunnskapsnivå (Glad 2008, Saastad 1995).

### **2.1.1 Omfang av tvang**

Tall fra ulike studier viser at Norge ligger stabilt høyt i bruk av tvang sammenlignet med andre land i Europa. Det bemerkes at sammenligningsgrunnlaget i bruk av tvang mellom landene er vanskelig på grunn av forskjellige lovverk, offentlige statistikker, organisasjon og utbygging av helse- og sosialtjenesten (Helsedirektoratet 2009).

Bruken av tvangsmidler innenfor det psykiske helsevern økte i perioden 2001-2007 ifølge en rapport fra Helsedirektoratet (2009). Rapporten fra Helsedirektoratet (2009) anslo tallet på innleggelser til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til mellom 6200 – 7300 pasienter i 2007. Pasienttellingen fra 2007 viste at blant de tvangsinnlagte var det de alvorlige sinnslidelsene som dominerte. Disse var schizofreni, paranoide lidelser, psykose og maniske tilstander. Disse sto for 81 % av tvangsinnleggelsene i 2007. Flertallet av mennesker som var innlagt under tvungent psykisk helsevern hadde en form for schizofrenilidelse og hadde en rekke sosioøkonomiske likhetstrekk:

- Flertallet var menn.
- De færreste hadde høyere utdanning.
- De fleste levde av en form for trygd, eller hadde ikke inntektsgivende arbeid.
- De færreste var gift eller samboende.
- Flere manglet egen bolig.
- Ofte alvorlig og langvarig syke mennesker.
- Over halvparten var i aldersgruppen 18-39 år.

### **2.1.2 Hva er tvungent psykisk helsevern**

Tvungent psykisk helsevern er regulert i kapittel 3 i Lov om psykisk helsevern (1999).



Det innebærer at en pasient kan hentes, holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse. Det kan i tilfeller hvor det vurderes nødvendig, benyttes tvang og bistand fra politiet. For at et dokumentert og begrunnet vedtak om tvungent psykisk helsevern kan treffes, er det en rekke kriterier som skal oppfylles. Hovedkriteriet er at personen har en alvorlig sinnslidelse og som tilleggskriterium enten utgjør en fare for sin egen eller andres helse, eller at sannsynligheten for forverring av tilstanden eller å få utsikten til bedring vesentlig forverret, er tilstede. Det skal først ha blitt forsøkt med frivillige tiltak dersom det er mulig. Den aktuelle institusjon må kunne gi tilfredsstillende behandling og omsorg, og belastningen det medfører for personen som utsettes for det tvangsmessige inngrepet skal vektlegges (Jf. § 3-2, § 3-3 i Psykisk helsevernloven. 2006. *Lov av 2.juli 1999 lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*).

## **2.2 Tvangsmidler og loven**

I følge psykisk helsevernlovens § 4-8 (1999) er det lov å bruke mekaniske tvangsmidler herunder belter og remmer, korttidsvirkende legemidler, isolering og kortvarig holding. Disse midlene kan benyttes i institusjon overfor tvangs- og frivillig innlagte pasienter med tvangsvedtak. Ifølge forskrift om bruk av tvangsmidler § 5 og § 6 (2000) kan tvangsmidler bare brukes som nødrett og ikke som behandling. Tvangsbehandling med legemidler er regulert av § 4-4 A i Lov om psykisk helsevern (1999).

### **2.2.1 Pasientens rettigheter**

Den psykiatriske pasientens rettsvern og rettsikkerhet er forankret i Lov om psykisk helsevern (1999) og som for andre pasienter i Lov om pasientrettigheter (1999). Den psykiatriske pasient, så vel som dennes pårørende hvis pasienten selv ikke kan ivareta egne interesser grunnet psykiske forstyrrelser, har rett til medvirkning og informasjon i henhold til Kapittel 3 i Pasientrettighetsloven (1999).

### **2.2.2 Klagemuligheter**

Pasientens rettsikkerhet skal sikres i det psykiske helsevernet. Dette gjøres ved at pasienten har klageadgang i flere instanser. Den første instansen er kontrollkommisjonen som har selvstendig ansvar for at vilkårene for tvangsinnleggelse er oppfylt, at kravene for tvungent vern er oppfylt, samt kontrollføre alle tvangsvedtak. Alle klager som er fremmet mot vedtak skal behandles av kommisjonen

Jf § 6-1 Lov om psykisk helsevern (1999). I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan påklages til Fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende (Jf § 4-4 psykisk helsevernloven 1999).

Dersom pasientens klage ikke blir besvart eller imøtekommet av institusjon eller kommunen, har pasienten klageadgang hos Helsetilsynet (Jf § 7-2 Lov om pasientrettigheter 1999).

Pasienten kan også henvende seg skriftlig til pasientombudet og be om å få sin sak behandlet av ombudet (Jf § 8-3 Lov om pasientrettigheter 1999).

### **2.3 Sykepleieprosedyrer ved bruk av lovregulerte tvangsmidler**

Isolering, beltelegging, tvangsmedisinering og fastholding er tvangsmidler som er lovregulert. Det skal føres tvangsmiddelprotokoll når disse brukes. Prosedyren for isolering, beltelegging og holding er intervensjoner rettet mot pasientens atferd, der hensikten er å hindre at pasienten volder skade på seg selv eller andre. Prosedyren for tvangsmedisinering er en intervensjon rettet mot pasientens motvilje mot å ta medikamenter som kan fjerne plagsomme symptomer (von Krogh 2005).

#### **2.3.1 Isolering**

Intervensjonen innebærer å plassere pasienten i et avlåst rom som er godkjent som isolat. Pasienten skal ha informasjon om hensikten med isolasjonen, tidsaspektet ved isoleringen, samt hvilken atferd som fører til opphør av tiltaket. Pasienten får i henhold til forskriften bare være alene sammenhengende i fire timer. Ut fra vurdering av helsestatus og risiko bør overvåking skje ved faste tidsintervaller (von Krogh 2005).

### **2.3.2 Beltelegging**

Intervensjonen innebærer å uskadeliggjøre pasienten ved hjelp av belter montert på seng, løse transportbelter eller hånd- og fotremmer. Prosedyren utføres ved at flere av personalet legger pasienten i belter etter en innøvd teknikk for å hindre kamp med pasienten.

Sykepleier leder intervensjonen og kommuniserer med pasienten. Det vektlegges at selve belteleggingen skal foregå så rolig som mulig og at pasienten skal få informasjon om hensikten med tiltaket og varigheten av det. Observasjon vektlegges både i forhold til psykisk tilstand og sirkulasjon. Hvis belteleggingen varer over åtte timer skal pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Ved beltelegging i seng eller stol skal pleiepersonell hele tiden være hos pasienten om ikke pasienten motsetter seg dette. Kommunikasjon med pasienten er viktig og den skal være trøstende og fremme håp (von Krogh 2005).

### **2.3.3 Holding**

Denne intervensjonen er rettet mot pasientens ukritiske atferd og nedsatte impuls kontroll. Kortvarig fysisk fastholding av pasienten kan benyttes dersom pasienten utagerer og ikke kan stoppes av verbal grensesetting og det er overhengende fare for skade på seg selv eller andre. Flere av personalet skal være involvert i prosedyren som skal foregå så rolig som mulig. Pasienten skal ha informasjon og man skal appellere til pasientens egenkontroll uten å argumentere eller moralisere (von Krogh 2005).

### **2.3.4 Tvangsmedisinering**

Intervensjonen innebærer å gi et legemiddel med tvang. Målet med intervensjonen er at pasienten ved hjelp av legemiddel skal få redusert sine symptomer og fungere psykososialt. Fremgangsmåten er at flere av personalet holder pasienten fast. Som ved andre tvangsprosedyrer er det viktig at den er godt innøvd så man unngår kamp med pasienten. Sykepleier setter medikamentet etter gjeldende regler og leder intervensjonen. Sykepleier skal snakke med pasienten og intervensjonen skal ha et så rolig preg som mulig. Pasienten skal ha informasjon om hensikten med medisineringsen. Observasjon av bivirkninger og effekt er viktig og den ordinerende lege skal ha rapport (von Krogh 2005).

## **2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee**

Vi valgte å ta utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee fordi hun er psykiatrisk sykepleier og hennes sykepleietenkning er rettet mot det mellommenneskelige aspektet ved sykepleien.

### **2.4.1 Relasjonen til pasienten**

Travelbee sier at:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Travelbee 2005, 29).*

Travelbee knytter begrepet håp til sykepleiens mål og hensikt. I menneskets grunnleggende tillit til verden rundt seg, står håp sentralt. Troen på at andre vil yte hjelp er grunnleggende for å utvikle og bevare håp. Travelbee sier man vil i større grad hjelpe mennesket til å mestre lidelsen enn de ellers ville ha gjort, dersom man støtter opp under håpet hos mennesker som lider. I følge Travelbee er det viktigere å kjenne til pasientens opplevelse og meninger rundt sin situasjon, enn det er å forholde seg til pasientens diagnose (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006).

*”En kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får vite hvilke meninger han tillegger sin tilstand” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006, 28).*

### **2.4.2 Kommunikasjon med pasienten**

Kommunikasjon er ifølge Travelbee et av sykepleiers viktigste redskaper i etableringen av et menneske – til – menneske – forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon får personer formidle sine tanker og følelser, og sykepleier blir dermed kjent med pasienten som person. Det er viktig at sykepleier skiller pasienten fra tidligere pasienter med lignende problemer. På den måten blir sykepleier bevisst på pasientens særegne behov og dette er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som dekker disse behovene. Kommunikasjonen er både verbal og non- verbal. Travelbee sier at som sykepleier i samhandling med pasienten skal man bruke seg selv terapeutisk. Dette innebærer bevisst og hensiktsmessig å bruke egen personlighet i samhandling med

pasienten. Målet er en forandring hos pasienten som bidrar til å lindre eller redusere pasientens plager. I sin definisjon av sykepleier - pasient - forholdet sier Travelbee at det skal være et menneske – til – menneske – forhold der alle er likeverdige personer. I prosessen med å danne et slikt forhold er det flere faser som må etableres:

Det innledende møte er der pasient og sykepleier blir bedre kjent med hverandre. Det er viktig at sykepleier bryter ut av sin forforståelse av pasienten og ser pasienten som den personen han/hun er. Dette må gjøres for at pasienten ikke skal bli behandlet upersonlig, overfladisk eller som en diagnose. Interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg og deres identitet begynner å tre frem og bli oppfattet av den andre part. Dette er starten på et kontaktforhold der sykepleieren ser pasienten som et enkeltstående individ og begynner å oppfatte hvordan pasienten opplever sin situasjon.

I følge Travelbee er empati:

*”evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da”* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006, 30).

Sett fra et sykepleieperspektiv gir empatisk forståelse informasjon om en annen persons ytre atferd og indre opplevelse. Når empati er opprettet mellom to personer er det knyttet et bånd av kontakt mellom dem, en forstår den andres tanker og følelser. Sympati er i følge Travelbee knyttet opp mot et ønske om å hjelpe pasienten. Dette fordi sykepleier har fått innsikt og forståelse for pasienten i empatifasen. Pasienten vil være i bedre stand til å mestre sin situasjon på grunn av sykepleierens sympati og støtte. Travelbee sier at som et resultat av interaksjonen som har skjedd i de tidligere fasene, oppstår det en nær og gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Denne forståelsen utvikles av de handlingene sykepleier utfører for å hjelpe pasienten, og som pasienten ser hjelper ham (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006).

## **2.5 Etisk avveining**

I diskursetikken tar man for seg å inkludere pasienten slik at man kan høre hva pasienten mener, ønsker og hvordan pasienten oppfatter sin situasjon. Uten å opprette dialog og samtale med pasienten kan man havne i en tilstand av gjetting, spekulasjoner og kan gjennom dette gjøre seg skyldig i overgrep mot selvbestemmelsen gjennom manipulasjon og meningstvang og dermed svekke pasientens autonomi (Aadland 2005). Autonomi

bygger på prinsippet om at personen i stor grad har rett til å velge og ta egne beslutninger i forhold som vedrører en selv. I følge filosofen Knut Erik Tranøy (1999) er dette en rett som moralsk myndige og voksne har i dag, så sant de kan ta ansvar for eget liv og vet hva som er til ens eget beste (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006, 159). Når man ser på de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk sykepleierforbund (2007) kan man se likhetstrekk med autonomi på punktet som omhandler at sykepleier skal ivareta den enkelte pasientens rett til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket.

Evjen, Kielland og Øiern (2007) sier at ved bruk av tvang er det viktig å møte pasienten med respekt og forståelse. Dette fordi bruken av tvang er traumatisk for noen, mens andre føler at det er nødvendig og er glad for at noen ser de. De sier videre at det er viktig å ha innsikt i egen kompetanse og at man må jobbe for å øke sine kunnskaper og ferdigheter, slik at man kan yte en bedre innsats. Det er viktig med respekt til både pasient og medarbeidere. Integritet er også viktig i måten en nærmer seg pasienten på. Vi er forskjellige individer som har forskjellige grenser for kontakt og oppmerksomhet.

### **3.0 Metode**

I følge retningslinjer fra Høgskolen i Molde skal metoden være litteraturstudium (Fagplan Spv08 2007). En litteraturstudie innebærer å systematisk søke etter, granske og kvalitetsbedømme litteratur som er relevant for studiens formål (Willmann 2006).

Litteraturstudien som metode brukes til å skaffe seg kunnskap og data som skal besvare problemstilling og hensikt, samt hvordan dette skal innhentes (Dalland 2002).

Fremgangsmåten vi anvendte var retningslinjene for bacheloreksamen i sykepleie fra Høgskolen i Molde (2007).

#### **3.1 Datasamling**

Artikkelsøket foregikk i perioden 04.08.10 – 27.08.10. Vi startet med bredt prøvesøk i ulike databaser for å få et inntrykk av hvilke databaser som hadde tilsynelatende mest treff i forhold til vår hensikt. Vi oversatte hensikten og problemstilling til engelsk for å få søkeordene: patient, psychiatric, experience og coercion. Disse søkeordene ble satt inn i et PICO skjema (Vedlegg 4). Ifølge Nortvedt et. al (2007) hjelper PICO skjema til med å lage en søkestrategi med relevante søkeord. Ved gjennomlesing av abstrakter og artikler som

hadde relevans for temaet ble det funnet flere ord som ikke forfatterne hadde brukt i PICO skjema. Disse nye ordene ble benyttet som fritekstord i søket.

I alle våre søk brukte vi booleske søkeoperatører, dette er ord som kombinerer søkeord på forskjellig vis. I følge Willmann (2006) skal alle databaser forstå de booleske søkeoperatørene. Disse forener eller separerer søkeord. De vanligste søkeoperatørene er: OR og AND. Vi valgte å bruke disse søkeoperatørene for å spisse søket vårt og få relevante treff.

Vi brukte trunkering (\$) på våre egne søkeord. Trunkering er når man skriver begynnelsen av et ord og setter trunkeringstegn som endelse for å få med alle mulige varianter av ordet (Nortvedt et. al 2007).

Ved fritekstsøk i Ovid databaser fikk vi mulighet til å bruke Mesh termer. Bruk av Mesh termer ga oss mulighet til å finne nye ord til videre søk. Mesh term betyr medical subject heading, dette er kontrollerte emneord som beskriver innholdet i artikkelen. Det er et hierarki av kategorier som gjør at et søk på overordnet emne også vil gi treff på underordnede emner. På denne måten kan man merke av aktuelle kategorier og få mer spesifikke treff enn ved et rent fritekstsøk (Willmann 2006). Vi brukte trunkeringen \$ på våre egne fritekstsøkeord og alle ord uten trunkeringen er Mesh termer. Vi brukte begrensinger (limits) på enkelte av søkene våre da vi på enkelte søk hadde så mange treff at vi så oss nødt til å begrense det med:

- Kun engelskspråklige artikler.
- Kun artikler som omhandler mennesker.
- Kun artikler som er kvalitative.
- Kun artikler fra perioden år 2000-2010.

I første omgang brukte vi PsychINFO og Embase med søkeord: Patient\$, Experience\$, Mental health services/ Hospitals, psychiatric/Psychiatric department , hospital, Psych\$ og Coercion\$. På dette søket fikk vi 159 treff og leste 36 abstrakter og 17 artikler. Av disse valgte vi å se nærmere på 6 forskningsartikler.

Vi brukte de samme søkeord i en ny database: British Nursing Index, her fikk vi kun 4 treff og valgte å prøve en ny database. Vi brukte samme søkeord i Ovid Medline og fikk

144 treff, fant en artikkel vi ville se nærmere på og valgte da å fortsette å søke i denne databasen da vi fikk mange relevante treff.

På videre søk i Medline valgte vi å fjerne søkeordet Coercion\$ og legge til det mer spesifikke ordet Seclusion\$ samt Perspective\$. Vi fikk 88 treff og leste 22 abstrakter og 9 artikler. Vi fant 3 artikler som vi ville arbeide videre med.

Vi fortsatte å søke i Medline og PsychInfo. Vi valgte bort søkeordet Perspective\$ og la til søkeordene Restraint, Physical og Patient Isolation. Da fikk vi 274 treff og leste 47 abstrakter og 12 artikler, vi fant 1 artikkel som vi ville arbeide videre med.

Videre søk ble gjort i Embase, Medline, PsychInfo med endrede søkeord i håp om å få flere relevante treff: Psych\$, Mental health care\$, Experience\$, Hospital\$. På grunn av mange treff la vi til begrensninger av søket: Limits: Abstract, English Language, Human, Qualitative. Dette ga 341 treff. Vi fant 1 artikkel som vi ville arbeide videre med.

Vi fortsatte å søke i Medline med endrede søkeord: Restraint, physical Patient Isolation, Seclusion\$, Mental Disorders/Mental health\$, Mental health/Psychiatric Department Hospital, Mental disorders, Acute psychiatric ward\$, Experience\$, Perception\$. Vi begrenset søket til å bare omfatte : English, Human, 2000-2010. Vi fikk 119 treff, men fant ikke relevante artikler.

Vi fortsatte å søke i samme database, fjernet søkeordene: Experience\$ og Perception\$ og la til: Perspective\$ og Coercion\$. Vi brukte ikke begrensninger i dette søket. Vi fikk 13 treff og ingen relevante artikler.

Vi fortsatte å søke i samme database med endrede søkeord, og vi valgte bort søkeordene: Perspective\$ og Coercion\$ og la til ordene : feelings\$ og Emotions. Vi brukte begrensninger: english, human, 2000-2010. Vi fikk 174 treff, ytterst få relevante, men fant 1 artikkel vi ville arbeide videre med.

Vi fortsatte å søke i samme database med samme søkeord, i tillegg la vi til ordet: Patient\$. Vi fikk 84 treff, men ingen relevante artikler.



Abstraktene som hadde tilsynelatende relevans for studiens hensikt, ble lest. De artiklene som hadde relevante abstrakter ble tatt ut i fulltekst versjon. De artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst versjon gjennom databasene eller ikke var tilgjengelige som elektroniske utgivelser via BibSys, ble bestilt gjennom biblioteket.

I de artikler vi fant som hadde relevans for temaet, ble de respektive referanselister gjennomgått for å lete etter mer relevant litteratur. Det ble deretter gjort manuelle søk etter disse artiklene i Ovid databaser.

På dette tidspunktet avsluttet vi søket for å arbeide med kvalitetsbedømming av artiklene vi hadde funnet. Vi hadde da 13 artikler til kvalitetsvurdering (Vedlegg 2).

### **3.2 Inklusjonskriterier**

- Vi valgte å inkludere artikler som var relevante i forhold til hensikt og problemstillingen.
- Vi valgte å inkludere forskningsartikler som var kvalitative.
- Engelskspråklige artikler ble inkludert.
- Artikler som ikke var eldre enn 10 år ble inkludert.
- Vi inkluderte kun forskningsartikler som var fra land som anerkjenner FNs menneskerettighetskonvensjon og Den internasjonale menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg.

### **3.3 Eksklusjonskriterier**

- Vi valgte å ekskludere artikler som hadde manglende relevans i forhold til hensikt og problemstillingen.
- Vi ekskluderte artikler som var eldre enn 10 år.
- Artikler som var kvantitative ble ekskludert.
- Oversiktsartikler og fagartikler ble ekskludert.
- Artikler publisert på andre språk enn engelsk ble ekskludert.

### **3.4 Kvalitetsbedømming**

For å få struktur i arbeidet med kvalitetsbedømmingen brukte vi oversiktstabeller der vi satte inn alle våre artikler. Dette ble gjort for å få en oversikt over innholdet til materialet og dermed ble det videre arbeidet med kvalitetsbedømming forenklet (Vedlegg 3).

Tabellen hentet vi fra retningslinjer for Bacheloreksamen i sykepleie (Johansson et. al 2009). For å kunne bedømme kvaliteten på artiklene tok vi i bruk sjekklister for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009). Dette ble brukt for å kunne vurdere kvaliteten på de artikler vi hadde funnet samt systematisere dette i tabeller for høy og lav kvalitet (Willmann 2006).

Til å gradere artiklene brukte vi kvalitetsgradering fra Willmann (2006). Dette går ut på at bedømmingen skjer etter gitte poenggivende kriterier som senere regnes om til prosent av den totale mulige poengsummen. I skjemaet var det 19 spørsmål. Vi valgte å bruke 18 av disse i vår kvalitetsvurdering, da et av spørsmålene gikk på drøfting av funn og ikke var relevant i vår vurdering av kvaliteten. Dette gav en total poengsum på 18, 100 %. Vi regnet om poengsummen for hver artikkel til prosent og deretter graderte dem ut fra tabellen i boken Evidensbasert omvårdnad (Willmann 2006).

Grad 1	80 – 100%
Grad 2	70 – 79%
Grad 3	60 – 69%

Graderingen gav oss mulighet til å ekskludere artikler med for lav gradering i forhold til vitenskapelig kvalitet. Alle artikler vi graderte ble bedømt til grad 1.

Vi la spesielt vekt på at alle artikler måtte være godkjent av etisk komité. Av de 13 artikler som ble kvalitetsvurdert hadde alle høye graderinger, men i 4 av artiklene kom det ikke frem hvorvidt de var godkjent av etisk komité. Forfatterne av disse artiklene ble forsøkt kontaktet via e-post med spørsmål om deres arbeid var godkjent. Vi fikk svar fra en forfatter med bekreftelse på at vedkommendes forskning var godkjent, og valgte på dette grunnlaget å inkludere artikkelen (Vedlegg 5). De resterende 3 artikler ble ekskludert da bekreftelse ikke kunne fremskaffes.

For å kunne vurdere om artiklene vi hadde inkludert var publisert i anerkjente tidsskrift og eller journaler valgte vi å sjekke refereebedømmingen på samtlige artikler. Vi brukte da Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjenestes database for statistikk om høyere utdanning. Samtlige artikler var refereebedømt og funnet å være referee 1 (8 artikler) og 2 (2 artikler). Etter kvalitetsbedømmingen satt vi igjen med 10 inkluderte forskningsartikler.

### 3.5 Analyse

*”Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle”*(Dalland 2002, 111).

Vi valgte å ta utgangspunkt i Tematisk Analyse som vi fikk undervisning om av Professor Eva Gjengedal på seminar 06.09.2010. Her fikk vi skriftlige retningslinjer som vi forholdt oss til i arbeidet med analysen.

Begge leste grundig igjennom alle artiklene flere ganger og merket innhold som vi mente var relevant for vår hensikt og problemstilling. Vi tok så for oss relevant innhold fra hver enkelt artikkel og oversatte disse fra engelsk til norsk. Deretter ble relevant innhold fra hver artikkel skrevet inn i et arbeidsdokument, sortert etter artikkelens tittel. Vi skrev inn både den engelske originalteksten og den norske oversettelsen. Det ble så diskutert rundt hver artikkels funn, samt en diskusjon om artiklenes likheter og ulikheter. Ut av denne diskusjonen kom vi frem til at vi kunne lage flere kategorier med antatte funn som vi navnga ut ifra likheter i innhold. Vi fant seks kategorier som ble utgangspunkt for fordelingen av relevant innhold fra artiklene. Vi skrev kategoriene på seks ark og la dem utover bordet. Vi klippte så ut alle antatte funn fra nevnte arbeidsdokument, og fordelte dem enkeltvis på kategorier etter relevans. Vi fikk da systematisert relevant innhold og fikk en bedre oversikt over funn og kategorier. Da alt var fordelt fikk vi en ”til overs bunke” som ikke passet inn i noen av kategoriene. Vi fikk også en ”kaste bunke” der tidligere oversett materiale med liten relevans havnet. Etter denne første sorteringen av relevant innhold i forhold til kategori, ble funnene skrevet inn i et nytt arbeidsdokument delt inn i de seks kategorier. Det videre arbeidet tok utgangspunkt i de seks kategorier i tabellen under:

<p>”Hva skjer med pasienten?”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva slags følelser skapte bruk av tvang hos pasientene?</li> </ul>	<p>”Mindreverd / Umenneskelig”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om å bli behandlet umenneskelig</li> <li>- Å føle seg mindre verdt.</li> </ul>
<p>”Opplevd tvang”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva opplevde pasientene som tvang?</li> <li>- Fortellinger om opplevd tvang som ikke omfattes av lovregulerte tvangsmidler.</li> </ul>	<p>”Maktmisbruk og Vold”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av tvang</li> <li>- Opplevd maktmisbruk</li> <li>- Å bli utsatt for vold i forbindelse med tvang</li> </ul>
<p>”Usynlig”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om å bli oversett og ignorert.</li> <li>- Mangel på kommunikasjon og informasjon</li> </ul>	<p>”Positive opplevelser”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om positive erfaringer og opplevelser i forbindelse med tvang eller tvangsmidler.</li> </ul>

De seks kategoriene ble skrevet opp på et white-board. Vi ville med dette få et mer visuelt hjelpemiddel og hadde fokus på de seks kategorier som vi ville komprimere. Vi la ut de nye arbeidsdokumentene på bordet og gikk systematisk gjennom disse for å finne likheter og ulikheter. Ved bruk av det visuelle hjelpemiddelet og arbeidsdokumentet arbeidet vi med å kombinere flere kategorier til færre gjennom å finne overlappinger og likheter. Den påfølgende diskusjonen ført oss frem til to temaer med underkategorier:

”Relasjon og samspill med sykepleier”	”Opplevelse av tvangsmidler”
<p>”Mindreverd/umenneskelig”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om å bli behandlet umenneskelig</li> <li>- Å føle seg mindre verdt.</li> </ul> <p>”Usynlig”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om å bli oversett og ignorert.</li> <li>- Mangel på kommunikasjon og informasjon</li> </ul>	<p>”Opplevd Tvang”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva opplevde pasientene som tvang?</li> <li>- Fortellinger om opplevd tvang som ikke omfattes av lovregulerte tvangsmidler.</li> </ul> <p>”Maktmisbruk og vold</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av tvang</li> <li>- Opplevd maktmisbruk</li> <li>- Å bli utsatt for vold i forbindelse med tvang</li> </ul> <p>”Hva skjer med pasienten”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva slags følelser skapte bruk av tvang hos pasientene?</li> </ul> <p>”Positive opplevelser”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortellinger om positive erfaringer og opplevelser i forbindelse med tvang eller tvangsmidler.</li> </ul>

Vi gransket tabellen for å finne essensen. Vi var ikke fornøyd med kategoriene vi hadde funnet, det var for mange overlappinger. Etter å ha gransket kategoriene nøye, kom vi frem til at krenkelser var et tema som favnet kategoriene ”Opplevd Tvang”, ”Maktmisbruk og vold”, ”Hva skjer med pasienten”, ”Usynlig” og ”Mindreverd/umenneskelig”. Vi valgte å kalle dette temaet: Pasientene opplevde krenkelser. Disse fordelte vi på to underkategorier:

- Pasientene opplevde å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern
- Pasientene opplevde mangel på kommunikasjon og informasjon

Videre fant vi at kategorien ”Positive opplevelser” dreide seg om beskyttelse. Dette ble det andre temaet: Pasientene opplevde beskyttelse. Dette temaet fikk underkategorien:

- Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende.

Pasientene opplevde krenkelser	Pasientene opplevde beskyttelse
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienten opplevde å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern.</li> <li>- Pasienten opplevde mangel på kommunikasjon og informasjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende</li> </ul>

## 4.0 Resultat

### 4.1 Pasientene opplever å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern

I pasientenes fortellinger ble det å bli utsatt for sanksjoner og trusler hvis de ikke oppførte seg på en angitt måte, ansett som tvang (Olofsson og Norberg 2001). Dette underbygges av Gilbert, Rose og Slade (2008). Bruken av ikke-fysisk makt representerte også en form for opplevd tvang. Dette var i form av trusler eller konsekvenser av å ikke adlyde personalets ønsker (Gilbert, Rose og Slade 2008). Fornektelse av fysisk frihet ble ofte ansett som tvang. Pasienter rapporterte å oppleve frihetsberøvelse som følge av restriksjoner på deres fysiske frihet, dette inkluderte restriksjoner på å forlate avdelingen (Olofsson og Norberg 2001, Kousmanen et. al 2007, Gilbert, Rose og Slade 2008).

*“I wasn’t allowed outside. I didn’t even have an exercise yard.”*

(Gilbert, Rose og Slade 2008, 7).

*“The only thing I wished for was to go out and be out as long as I wanted and to go where I wanted.”* (Johansson og Lundman 2002, 643).

I disse syv artiklene kommer det frem at pasientene opplever straff og maktmisbruk ved bruk av tvang: Meehan, Vermeer og Windsor (2000), Gilbert, Rose og Slade (2008), El-Badri og Mellsoy (2008), Johansson og Lundmann (2002), Kuosmanen et. al (2007), Olofsson og Jacobsson (2001), Robins et. al (2005), Roberts et. al (2009). Pasientene anså personalets bruk av tvangsmidler som et overflødig selvforsvar og en unødvendig maktbruk (Kuosmanen et. al 2007). Pasienter rapporterte at de hadde opplevd klart

maktmisbruk og misbruk av tillit med dårlig begrunnelse for hvorfor (Gilburt, Rose og Slade 2008). Bruken av makt i isoleringsprosessen ble beskrevet i Meehan, Vermeer og Windsor (2000) og Roberts et. al (2009). Her mente pasientene at bruk av makt ble altfor raskt tatt i bruk for å overføre pasienten til isolatet, og de mente at dette var en uforsvarlig maktbruk.

Pasientene ga i tre av artiklene uttrykk for å bli utsatt for vold fra personalet. Det var opplevelser av at unødvendig mye vold ble brukt, og at det var for mange mennesker involvert. Det å bli utsatt for vold, overlegen fysisk makt og umenneskelig behandling ble tolket som et overgrep (Johansson og Lundmann 2002). Dette kommer også frem i Robins et. al (2005) der pasienter uttalte seg om potensielle voldelige medlemmer av personalet. Fastholding ble beskrevet som et overfall og ledet i et tilfelle til fysisk skade.(Gilburt, Rose og Slade 2008). Personalet ble sett på som kontrollerende og straffende (El-Badri og Mellso 2008). Pasienter sammenliknet avdelinger med fengsler der pasientene fylte roller som fanger som mottok straff (Gilburt, Rose og Slade 2008, El-Badri og Mellso 2008).

*"I become aggressive when they use violence"*

(Johansson og Lundman 2002, 643).

I tre artikler rapporterte pasientene å ha blitt tvunget til å ta medisiner enten per oralt eller ved injeksjon, de fleste opplevde dette som tvang (Gilburt, Rose og Slade 2008, Olofsson og Norberg 2001, Kousmanen et. al 2007). Tvangsmedisinering var forbundet med negative følelser hos pasientene. Pasientene rapporterte at de følte at personalet brukte medisiner i stedet for å lytte og snakke med dem (Gilburt, Rose og Slade 2008). Deltakerne beskrev at de følte seg udyktige og uverdige og at de ble forandret til en annen person ved medisiner (Olofsson og Jacobsson 2001). Pasientene opplevde tvangsmedisinering med injeksjon som straff (Olofsson og Jacobsson 2001). Pasienter uttrykte frykt for injeksjoner og medisiner, og frykt for personalet ble rapportert når de administrerte ubehagelige medikamenter (Gilburt, Rose og Slade 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000).

*"I was so fuddled by drugs, three men came and stuck a needle my ass"*

(Kuosmanen et. al 2007, 602).

*“They don’t say anything they just catch you, drag you to the bed and give the injection with force, and a lot of people are holding you”*

(Johansson og Lundman 2002, 643).

I fire artikler kommer det frem negative følelser i forbindelse med isolering (Holmes, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsoy 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Roberts et. al 2009). El-Badri og Mellsoy (2008) beskriver at noen pasienter hevdet at isoleringen forverret deres eksisterende psykiske symptomer. Dette underbygges av Holmes, Kennedy og Perron (2004) der isoleringen ble sett på som katalysator for å gjenoppvekke allerede eksisterende følelser av å være alene og forlatt. Den sosiale isolasjonen og isolatets fysiske karakter, hadde innvirkning på pasientens virkelighetsforståelse og fikk noen pasienter til å føle at de ble ”gale” eller mistet kontrollen (Meehan, Vermeer og Windsor 2000). Tristhet og depressive følelser var utbredt i de fleste pasienters opplevelse. De assosierte disse følelsene sterkest med at de ble forlatt i et lite rom med lite kontakt. De uttrykte sterke følelser som frykt, forlatthet, avvising, sinne og raseri. Dette fikk dem til å gråte, å trosse og utfordre personalet (Holmes, Kennedy og Perron 2004). I følge El-Badri og Mellsoy (2008) og Meehan, Vermeer og Windsor (2000) var de mest fremtredende følelser blant isolerte pasienter, frykt og engstelse. I følge Meehan, Vermeer og Windsor (2000) følte pasientene sinne før, under og etter isoleringen og at dette var primært rettet mot det personalet som hadde deltatt. Sinne ble avløst av en følelse av maktesløshet.

I seks av våre artikler forteller pasientene om å bli behandlet uverdigg og respektløst med det resultat at de følte seg som mindreverdigg (Robins et. al 2005, Olofsson og Jacobsson 2000, El-Badri og Mellsoy 2008, Johansson og Lundman 2002, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Holmes, Kennedy og Perron 2004). Pasientene fortalte om oppførsel fra personalet som de opplevde som nedverdiggende og etterlot dem med en følelse av skam og av å ha blitt ydmyket (Holmes, Kennedy og Perron 2004). Dette underbygges av andre artikler der pasientene beskrev samspeillet med personalet som respektløst, uforsvarlig og i noen tilfeller ydmykende. De fortalte at de ble krenket og nedvurdert (Robins et. al 2005, Olofsson og Jacobsson 2000). Pasientene fortalte at de ble uærbødig krenket, opplevde seg som rettighetsløse og ble umenneskelig behandlet som et resultat av interaksjon med personalet (El Badri og Mellsoy 2008). Meehan, Vermeer og Windsor (2000) og Robins et. al (2005) underbygger dette med at pasientene fortalte om å ikke bli sett på som et



individ av personalet, samt å ha mistet sin individualitet og sine rettigheter. Det fremkom opplevelser av å ikke inneha samme menneskeverd som en frisk person og at personalet krenket pasientens integritet (Johansson og Lundmann 2002). I følge Olofsson og Jacobsson (2000) snakket pasientene om at de ikke fikk lov til å ha og uttrykke følelser, samt variasjoner i humør og temperament som andre mennesker normalt gjør.

#### **4.2 Pasientenes opplevelser av mangelfull kommunikasjon og informasjon**

Det kommer frem i flere studier at pasientene opplevde mangelfull kommunikasjon og lite informasjon fra sykepleierne (Olofsson og Norberg 2001, Johansson og Lundman 2002, Olofsson og Jacobsson 2001, Holmes, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsop 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Roberts et. al 2009). Pasientene fortalte at de følte det som en belastning at personalet ikke aksepterte dem som de var, og ikke tok seg tid til å lytte til og samtale med dem (Olofsson og Norberg 2001, Olofsson og Jacobsson 2001). Pasientene beskrev mangel på informasjon angående deres behandling og rettigheter som pasienter. De fortalte om å ha utilstrekkelig informasjon og kunnskap, og hadde derfor vanskeligheter med å forstå grunnlaget og meningen med behandlingen samt omsorgen som ble gitt (Johansson og Lundman 2002, Olofsson og Jacobsson 2001, Olofsson og Norberg 2000).

Kontakten med personalet opplevdes som viktig for å få hjelp med sin frykt og angst samt bli i stand til å akseptere pleien (Johansson og Lundman 2002). Mange ønsket at et medlem av personalet hadde vært tilgjengelig for å snakke gjennom deres situasjon med dem (El-Badri og Mellsop 2008). Det opplevde dårlige kommunikasjonsnivået fra personalet førte til økt frustrasjon og en følelse av fremmedgjøring (Roberts et. al 2009). Pasientene beskrev at de ikke fikk svar når de stilte spørsmål og ble etterlatt med sine ubesvarte spørsmål. Pasientene fikk ingen respons når de forsøkte å få i gang en dialog med personalet. Det var opplevelser av å motta pleie uten å få informasjon, ingen spurte om pasientens ønsker (Johansson og Lundman 2002, Olofsson og Jacobsson 2001).

Det kom frem at kommunikasjon ved isolasjon var spesielt viktig for pasientene. (Holmes, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsop 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Roberts et. al 2009). Isoleringen ble oppfattet av pasientene som en måte for personalet å holde pasienten på avstand. Denne oppfatningen ble styrket av det faktum at det ikke var noen reell kommunikasjon mellom de to partene (Holmes, Kennedy og Perron 2004).

Pasientene var bekymret for mangelen på kommunikasjon mellom pasient og personale under isoleringen. Grunnlaget de ble isolert på ble ikke forklart for dem (El-Badri og Mellisop 2008). Det kom også frem i Roberts et. al (2009) at det var en manglende bevissthet blant pasientene angående grunnlaget for isoleringen deres, og dette skapte mye forvirring og mistillit. En gjennomgående oppfatning blant pasientene var at de ble plassert på isolasjonsrom fordi de var slemme, og ble straffet for sin uønskede oppførsel. Denne oppfatningen ble forsterket av den begrensede kontakten med personalet, og den oppfattede vanskjøtsel og degradering de opplevde under isoleringen (Holmes, Kennedy og Perron 2004). Nivået på samspill med personalet under og etter isolering var en stor kilde til misnøye blant pasientene. I tillegg var en oppfattet mangel på støtte og oppfølging etter isolering, en bekymring for pasientene. De ønsket en mulighet til å diskutere og tømme seg for følelser umiddelbart etter avvikling av isoleringen (Meehan, Vermeer og Windsor 2000).

#### **4.3 Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende**

Noen få pasienter beskrev viktige opplevelser av å bli stanset når det var risiko for å skade seg selv, samt å ha restriksjoner på å få gå ut eller dra hjem. Tvungent psykisk helsevern ble opplevd som beskyttelse ved sykdom der det var risiko for selvskading eller selvmordsfare (Olofsson og Jacobsson 2001, Johansson og Lundman 2002). Andre pasienter følte seg roligere, støttet av personalet og takknemmelige for å bli holdt under kontroll og tatt ut av et overveldende miljø med mye inntrykk og stimuli, der sjansen var stor for at de kunne agere impulsivt og gjøre noe de senere ville angre på (El Badri og Mellisop 2008).

Isolerte pasienter beskrev også noen positive bivirkninger av intervensjonen. Den mest utbredte oppfatningen var at de fikk riktig pleie og hjelp samt at deres egen så vel som andres trygghet og sikkerhet ble ivaretatt (El-Badri og Mellisop 2008). I en artikkel forteller pasientene at personale de stolte på ble beskrevet som profesjonelle og i stand til å håndtere situasjoner der pasientenes sikkerhet var i fare. De var fleksible, dedikerte, brydde seg om pasienten og brukte ikke tvang (Gilburt, Rose og Slade 2008).

*”At the start it was a good thing for me to be on involuntary status, otherwise I would not have managed, I would not still be alive, it would have been hard for me if I had been discharged like I wanted. I would have taken pills or cut myself”*

(Olofsson og Jacobsson 2001, 363).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Vi valgte å bruke retningslinjene for bacheloreksamen i sykepleie ved Høyskolen i Molde. Disse retningslinjene beskriver hva som bør være med i hvert kapittel. Vi fulgte disse nøye gjennom hele prosessen for å få struktur i arbeidet med litteraturstudien. Vi supplerte retningslinjene med Dalland (2002) for å utdype hva hvert kapittel skulle inneholde når vi ble usikre på retningslinjene. Dette mener vi styrket vår metode.

For å gjøre oss kjent med søking i databaser kontaktet vi bibliotekar for å hjelpe oss med utformingen av en søkestrategi og PICO skjema. Vi mener at dette styrket oss i arbeidet med artikkelsøkene. Dette fordi vi ikke hadde erfaring med søk i databaser, og veiledningen hjalp oss til å forstå hvordan vi skulle gå frem for å finne relevant forskning. Vi brukte mye tid på prøvesøk og til å gjøre oss kjent med databasene, dette gjorde at vi kom sent i gang med de målrettede søkene, vi ser at dette kan ha vært en svakhet. Når vi kom i gang med de målrettede søkene valgte vi å søke i databasene under OVID paraplyen. Her brukte vi PsychInfo, Medline, Embase og British Nursing Index. Vi ser i ettertid at vi kanskje kunne ha funnet relevante artikler også i andre databaser. Vi mener at vi likevel fant den forskningen vi trengte for å svare på vår problemstilling i overnevnte databaser.

Vi startet søket med PICO skjema og inkluderte aktuelle Mesh termer og manuelle søkeord som vi fant underveis i søkeprosessen. Vi søkte i utgangspunktet på pasientenes opplevelse av tvangsbruk som overordnet fenomen. Dette gav noen resultater, men ikke nok. Vi valgte da i samråd med veileder å søke mer spesifikt på tvangsmidler og pasientopplevelser. Da fant vi flere relevante artikler og hadde nok materiale til å arbeide videre med.

Veiledning og undervisning har pekt på at forskningsartiklene ikke bør være eldre enn fem år. Vi valgte å ta med artikler fra de siste ti år. Antallet artikler fordelte seg likt over perioden fra før og etter 2005. Grunnlaget for å gjøre dette er at vi mener at psykiatrisk

behandling med tvangsmidler ikke har endret seg nevneverdig siden årtusenskiftet da ny lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven trådte i kraft. I tillegg mener vi at pasientens opplevelse er subjektiv og dreier seg om tanker, følelser og erfaringer som vanskelig lar seg datere. Vi fant norsk forskning, men denne var ikke relevant for vår problemstilling. Vi valgte å inkludere forskning fra nasjoner som vi mener er sammenliknbare i tankesett, styresett og levestandard. Vi brukte fire arbeider av skandinaviske forskere (Sverige 3, Finland 1) og de resterende kom fra Storbritannia(1) USA (1), Australia (2), New Zealand (1) og Canada (1). Vi mener at disse nasjonene deler vestlig tankegodt, tradisjon, kultur og verdisyn, samt har sammenliknbare helsevesen. Når det gjaldt lovverk og rettspraksis i de ulike nasjonene innså vi at disse ikke var like. Vi vektla derfor at nasjonene vi hentet artikler fra, hadde ratifisert FNs menneskerettighetskonvensjon og anerkjente menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg. Noen av landene er også EU medlemmer. Vi mente på dette grunnlaget at det var sammenliknbart med norske forhold.

I arbeidet med metode og analyse både leste og vurderte vi materialet hver for oss og diskuterte det. Vi mener at det styrket vårt arbeid ved at det var to uavhengige personer som gjennom diskusjon kom frem til resultatet. Vi gjorde vår kvalitetsvurdering grundig. Vi valgte å benytte anerkjente hjelpemidler for kvalitetssikring og refereedømming. Vi brukte sjekklister for kvalitetsbedømming fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Willmann (2008) ble brukt til gradering. For å sjekke refereedømming brukte vi Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes database (2009).

Av våre opprinnelige 13 artikkelfunn var det 4 artikler som det ikke gikk klart frem om studien var godkjent av etisk komité. Vi valgte da å kontakte forfatterne per e-post med forespørsel om etisk godkjenning var innhentet i deres arbeider. Vi fikk bare svar fra én forfatter som bekreftet dette. Denne artikkelen ble da inkludert. De artikkelforfatterne vi ikke fikk svar fra ble ekskludert på grunnlag av manglende etisk godkjenning eller mangel på bekreftelse av dette, på tross av at artiklene hadde stor relevans for vår litteraturstudie. Vi mener det er viktig at etisk godkjenning foreligger i materialet, da temaet vårt dreier seg om forskning på en svak gruppe.

I arbeidet med analysen av artiklene tok vi utgangspunkt i tematisk analyse som forelest om av Professor Eva Gjengedal. Vi syntes denne måten å analysere på fungerte godt for oss.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Ved å diskutere ønsket vi å få en forståelse for hvordan pasienter under tvungent psykisk helsevern i døgnavdeling opplevde å bli utsatt for tvangsmidler, og konsekvenser for sykepleiers praksis. Vi har valgt å dele inn vår diskusjon i temaer som omhandler krenkelse, mangel på kommunikasjon og informasjon, samt pasientenes opplevelse av tvangstiltak som beskyttelse.

### **5.2.1 Pasientene opplever å bli krenket av personalet under tvungent psykisk helsevern**

Pasienter forteller at de ble utsatt for sanksjoner og trusler hvis de ikke oppførte seg som anvist av personalet, og dette ble sett på som tvang (Oloffson og Norberg 2001). Dette underbygges av Gilbert, Rose og Slade (2008) der pasientene beskrev at det å bli utsatt for ikke-fysisk makt som trusler eller uttalte konsekvenser av å ikke adlyde personalets anmodninger, opplevdes av pasientene som en form for tvang.

At pasientene så på dette som tvang, hadde vi ikke ventet å finne. Om dette er opplevelser av at personalet håndhever grensesetting eller avdelingens regler vites ikke. Vi tror at ved at sykepleier tar seg tid til å forklare og etterstreber en god relasjon med pasientene, kan en ha mulighet til å minske pasientenes opplevelse av tvang og krenkelse. I følge Travelbee er kommunikasjon et av sykepleiers viktigste redskaper for å la pasienten formidle sine tanker og følelser. På denne måten kan sykepleier dekke pasientens særegne behov (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006).

Et annet funn viser at fornektelse av fysisk frihet ble sett på som en form for tvang. Restriksjoner på frihet samt på å forlate avdelingen ble opplevd som en form for frihetsberøvelse (Olofsson og Nordberg 2001, Kousmanen et. al 2007, Gilbert, Rose og Slade 2008). Det er interessant at pasientene forteller at de opplever dette som en form for tvang siden dette ikke er lovregulert som tvangsmidler i følge § 4-8 i psykisk helsevernloven (1999). I artiklene som har disse funnene vites det ikke hvilken status og hvilke vedtak pasientene har. Siden det ikke er belyst vites det ikke om de har restriksjoner som sier noe om deres bevegelsesfrihet. Husregler på den enkelte avdeling er også med på å bestemme hvilken bevegelsesfrihet pasienter har, og vi tror at pasientene kan oppfatte dette som en fornektelse av fysisk frihet og personalets håndheving av nevnte regler som trusler eller tvang.

I tre artikler ga pasientene uttrykk for å ha blitt utsatt for vold fra personalet. Pasientene beskrev blant annet at overlegen fysisk makt ble brukt og at det var for mange mennesker involvert. Fastholding ble sett på som et overfall og noen pasienter beskrev medlemmer av personalet som potensielt voldelige. Vold og maktmisbruk ble sett på som umenneskelig behandling og tolket som et overgrep (Johansson og Lundman 2002, Robins et. al 2005, Gilbert, Rose og Slade 2008). Dette underbygges av Kuosmanen et. al (2007) som sier at bruk av tvangsmidler blir opplevd av pasientene som unødvendig maktmisbruk.

Om man forsøker å sette seg i pasientens situasjon er det kanskje tenkelig at dersom man ikke vet hvorfor man blir utsatt for tvangstiltak, maktbruk og ikke kjenner prosedyren, kan situasjonen oppleves skremmende og krenkende. Vi må anerkjenne at pasientene kan oppleve det slik. Vatne (2006) sier at personalet kan velge å bruke tvang når de er usikre på om en pasient kan være farlig. Vi tror at hvis det ikke er en trygg relasjon mellom pasienten og personalet eller at pasienten er ukjent, kan usikkerheten føre til at tvang kan bli tatt i bruk for å skape trygghet for pasienter og personalet.

Ifølge Vatne (2006) bruker personalet sterke maktmidler for å få pasienten til å endre atferd, stanse uønsket atferd eller gjennomføre et nødvendig tiltak. Prosedyrene for fysisk intervensjon ved bruk av tvangsmidler sier at man skal være flere fra personalet involvert for å hindre kamp med pasienten og for at ingen skal komme til skade. Prosedyren skal foregå så rolig som mulig og pasienten skal ha informasjon om det som skjer. Man skal appellere til pasientens egenkontroll uten å argumentere. Sykepleier skal lede intervensjonen og kommunisere med pasienten om hensikten med tiltaket og varigheten av det (von Krogh 2005).

Bruken av fysisk makt tror vi vil variere etter situasjonens alvor, og må vurderes av sykepleier i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der pasienten setter seg kraftig til motverge kan det være nødvendig å bruke fysisk makt for å sikre både pasientene og personalet. Vi mener at det er viktig at personalet har god teknikk og har trent mye på prosedyrene der fysisk makt anvendes. Vi tror ikke at disse maktmidlene lett blir tatt i bruk, men at pleiepersonell velger å bruke tvang når de ikke har andre utveier. Psykisk helsevernlovens § 4-8 1.ledd (1999) underbygger dette:

*”Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige”.*

I tre artikler rapporterte pasientene at de ble tvunget til å ta medisin per oralt eller ved injeksjon (Gilburt, Rose og Slade 2008, Olofsson og Nordberg 2001, Kuosmanen et. al 2007). Tvangsmedisinering er regulert i psykisk helsevernlovens § 4-8 Bokstav D (1999). Her gis det anledning til under tvang å administrere korttidsvirkende legemiddel i beroligende eller bedøvende hensikt. Dette kan bare benyttes enkeltstående og krever et vedtak. Ifølge Gilburt, Rose og Slade (2008) og Meehan, Vermeer og Windsor (2000) uttrykte pasientene frykt for injeksjoner og medisiner. I tillegg ble det uttrykt frykt for personalet når de administrerte ubehagelige medikamenter. Olofsson og Jacobsson (2001) beskriver at pasientene følte at medisineringen forandret dem til en annen person.

Når det skal administreres legemiddel med tvang sier prosedyren (von Krogh 2005) at flere av personalet skal holde pasienten fast mens sykepleier administrerer medikamentet etter gjeldende retningslinjer. Videre skal det gjennomføres i en så rolig atmosfære som mulig og sykepleier skal med rolig stemme gi kort informasjon om hensikten med tiltaket. Observasjon av bivirkninger, effekt og rapport til ordinerende lege er viktig. Det å bli holdt fast og gitt medisin tror vi kan ha karakter av et overgrep hvis pasienten ikke forstår hvorfor, gitt tvangstiltakets natur. At pasienten opplever et tvangsmiddel som tvang er for oss logisk, og hvordan man kan gjøre dette til en mindre traumatisk opplevelse for pasienten, kan nok være en utfordring for sykepleier. Vi tror at ved å ha en god dialog og tilstrebe en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier, kan hjelpe pasienten til bedre å forstå hvorfor han/hun blir utsatt for tvangsmedisinerings.

Vi har funn der pasientene forteller om at isoleringen forverret deres eksisterende symptomer og at isoleringen fungerte som en katalysator for å gjenoppvekke følelser av å være alene og forlatt (El-Badri og Mellsoy 2008, Holmes, Kennedy og Perron 2004). Meehan, Vermeer og Windsor (2000) underbygger dette med at isolasjonens karakter har innvirkning på noen pasienters virkelighetsforståelse og at noen pasienter ble verre av isolasjon. Hensikten med isolering er i følge Norvoll (2007) å ivareta pasientens behov for reduksjon av stimuli og forhindre vold, skade og aggresjon. Det er interessant at noen av pasientene opplevde at isolatet forverret den tilstand man forsøkte å bedre gjennom intervensjonen.

At pasientene hadde følelser av å være alene og forlatt mener vi kan ha med isolasjonens karakter å gjøre. Pasienten blir innelåst på et godkjent isolat som i følge von Krogh (2005) er et eget rom med låst dør, der gjenstander som pasienten kan bruke til å volde seg selv eller andre skade er fjernet. Der får pasienten i følge prosedyren kun regelmessig tilsyn og vil være mye alene i de timene isoleringen pågår. Med bakgrunn i dette kan vi forstå at pasientene hadde en følelse av å være alene og forlatt i et isolat.

Hvis det er mulig mener vi sykepleier bør forsøke å ha mer kontakt med pasienten utover det regelmessige tilsynet, hvis pasientens tilstand gjør det mulig eller pasienten uttrykker et ønske om kontakt. Vi tror at det kan være bra for pasienten å få mulighet til å snakke med sykepleier etter opphør av isolasjon, for å snakke ut om sine tanker, følelser og sin opplevelse av isolasjonen. Dog har vi ikke funnet teori som underbygger dette.

El-Badri og Mellso (2008), Meehan, Vermeer og Windsor (2000), Holmes, Kennedy og Perron (2004) peker på en rekke sterke følelser knyttet til isolasjonen, de mest fremtredende følelsene var frykt og sinne. I Holmes, Kennedy og Perron (2004) og Meehan, Vermeer og Windsor (2000) beskriver også pasientene at sinnet var rettet mot personalet som var involvert, og at dette fikk pasientene til å utfordre nevnte personale. Avhengig av pasientens psykiske tilstand, hva som førte til at intervensjonen ble iverksatt og hvordan handlingsforløpet utartet seg, kan vi forstå at bruk av tvang og makt kan provosere og utløse sterke følelser. At pasientene rettet dette sinnet mot personalet tror vi kan forklares med at det var personalet som utførte tvangen. Dette underbygger vi med Travelbee (2005) som sier at sinnet pasienten uttrykker kan rette seg direkte mot den som provoserte det frem, for eksempel en person de føler seg trygg på.

Enkelte pasienter kan føle tristhet, depresjon, håpløshet eller apati istedenfor sinne. At bruk av tvangsmidler kan forårsake følelser av sinne og frykt mener vi er forståelig gitt intervensjonens karakter, vi tror at det beste en sykepleier kan gjøre for å motvirke dette er å ha en relasjon og en dialog med pasienten for å forsøke å minske pasientens ubehag ved å bli utsatt for tvangsmidler.

I Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2007) heter det at sykepleie skal baseres på respekt for menneskerettighetene og ivareta pasientens integritet, herunder retten til ikke å bli krenket. Pasienter fortalte om ikke å bli sett på som et individ av



personalet og at de mistet sin individualitet og sine rettigheter (Meehan, Vermeer og Windsor 2000 og Robins et. al 2005). Andre beskrev å få sin integritet krenket og ikke inneha samme menneskeverd som en frisk person (Johansson og Lundman 2002). Pasientene fortalte også om å ikke få lov til å ha, eller uttrykke følelser samt variasjon i humør og temperament som andre mennesker normalt gjør (Olofsson og Jacobson 2000).

Dette kom også frem i en rapport fra Helsedirektoratet (2009) der pasienter og pårørende fortalte om opplevelser av urettmessige, nedbrytende og helseskadelig tvangsbruk. Eksempler som kom frem er krenkelser, nedverdighet, traumatisk behandling, maktovergrep, avmakt og en følelse av å være rettsløs. Dette underbygges av en rapport fra Helsetilsynet (2006) der det kom frem at tvangsinnlagte pasienter ikke var like fornøyd med behandlingen som frivillig innlagte, og de fortalte om opplevelser av krenkelse. De fortalte om negativt press, tvang og følelsen av overgrep. Vi tror at pasienter som blir underlagt tvungent psykisk helsevern mot sin vilje kan oppleve behandling, omsorg og grensesetting som krenkende. Vi mener at dersom en pasient er i en slik tilstand at hovedkriteriet i psykisk helsevernloven kapittel 3 (1999) er oppfylt, og at han blir innlagt på enten fare eller behandlingskriteriet mot sin vilje, er det nærliggende å anta at pasienten opplever å krenkes samt miste sine rettigheter.

Vi tror det er viktig at sykepleier tar seg tid til å samtale med pasienten om pasientens status og rettigheter og hjelpe pasienten til selvinnsikt. At pasienten føler å miste sine rettigheter mener vi kan forstås hvis vi legger til grunn de juridiske bestemmelser som tvungent psykisk helsevern innebærer. Likevel er ikke pasienten uten rettigheter. Pasienter underlagt tvungent psykisk helseverns rettigheter er nedfelt i pasientrettighetsloven (1999) og psykisk helsevernloven (1999). Pasienten har en rekke klagemuligheter gjennom Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen, Helsetilsynet og Pasientombudet. Sykepleier har ifølge § 9 i Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet (2000) plikt til å ta imot og bistå pasienten med klage til Kontrollkommisjonen.

Vi har funn der det kommer frem at pasientene opplever oppførselen til personalet som nedverdiggende. Pasienter fortalte om å ha blitt ydmyket, respektløst og uforsvarlig behandlet (Holmes, Kennedy og Perron 2004, Robins et. al 2005, Olofsson og Jacobsson 2000). Solfrid Vatne (2006) skriver at det finnes flere typer omsorgsroller og

tilnærmingsformer for grensesetting overfor den psykiatriske pasient. En av disse rollene blir definert under oppdragerrollen, som omhandler skjult tvang og disiplinering.

I denne rollen er det tilnærmingsformer og tiltak som avledning, ignorering, overhøring samt sanksjoner som belønning og straff, eller valg og påbud. Disse tilnærmingsformene og rollene er funnet anvendt i miljøarbeidet. Det må derfor tas i betraktning at det som for pasienten subjektivt oppleves som krenkelser og nedverdiggende oppførsel fra personalet, kan være et verktøy eller rolle for pleiepersonell for å oppnå struktur i en situasjon uten å skape konflikt. Vi tror det er viktig at sykepleiere er bevisst på hvordan de kan oppfattes av pasientene og hvilke roller de inntar i møte med dem.

### **5.2.2 Pasientene opplevde mangelfull kommunikasjon og informasjon:**

Pasientene opplevde mangelfull kommunikasjon samt lite informasjon fra sykepleierne (Olofsson og Norberg 2001, Johansson og Lundman 2002, Olofsson og Jacobsson 2001, Holmes, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsop 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Roberts et. al 2009). I henhold til pasientrettighetsloven § 3-1 (1999) har pasientene rett til informasjon og medvirkning. Det skal herunder nevnes at informasjonen skal tilpasses pasientens evne til å motta informasjon. I funn fra artiklene til Olofsson og Norberg (2000), Johansson og Lundman (2002) og Olofsson og Jacobsson (2001) beskriver pasientene mangel på informasjon og kunnskap vedrørende deres pleie og at de derfor hadde vansker med å forstå grunnlaget for, og meningen med behandlingen samt deres rettigheter som pasienter. To artikler peker på at kontakten med personalet opplevdes som viktig for å bli i stand til å akseptere pleien. Videre beskrev pasientene at de ikke fikk svar når de stilte spørsmål, de ble etterlatt med ubesvarte spørsmål og fikk ingen respons når de forsøkte å etablere dialog med personalet. De opplevde å motta pleie uten å få informasjon og ingen spurte dem om hva de ønsket (Johansson og Lundman 2002, Olofsson og Jacobsson 2001).

Det kommer frem i både teori og artiklene at kommunikasjon er viktig. Det kan tyde på at pasientene har et behov for å bli sett og hørt. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sier at i etableringen av et menneske – til – menneske forhold er kommunikasjon et av de viktigste redskapene sykepleier har (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006). Med dette kan pasienten få uttrykt sine tanker og følelser slik at sykepleier kan bli kjent med pasienten som person. Vi tror det er meget viktig at sykepleier ser hver enkelt pasient som et unikt individ med grunnleggende og særegne behov. Vi tror at i de fleste yrker kan man

over tid stå i fare for å bli preget av rutiner i arbeidet. I arbeidet med psykisk syke mener vi sykepleier bør være meget bevisst på dette slik at man ikke behandler pasienten som en diagnose, men som et individ. Vi tror at den gode relasjonen og kommunikasjonen er viktige verktøy for sykepleiere i arbeidet med pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det er viktig at sykepleier bruker seg selv terapeutisk, aktivt lytter til pasienten og forsøker å forstå pasientens situasjon og opplevelser.

Ifølge diskursetikken er det meget viktig å opprette en dialog for å få innsikt i hvordan pasienten opplever sin situasjon, og hva pasienten ønsker og mener (Aadland 2005). Å ivareta pasientens autonomi og rett til medvirkning så langt det er mulig, tror vi er viktig. I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) har pasienten rett til autonomi og det innebærer at sykepleier må gi god informasjon og lytte til pasientens ønsker. Det kan imidlertid oppstå utfordringer knyttet til at pasientens ønsker ikke nødvendigvis er til pasientens beste, og det er da viktig at sykepleier klarer å balansere hensynet til pasientens ønske med hva som er faglig forsvarlig.

Når vi kommuniserer er både det verbale og non verbale viktig. Vi mener at dette er spesielt viktig i sykepleiers arbeid med en sårbar gruppe som psykiatriske pasienter. Vatne (2008) vektlegger den dialektiske gjensidigheten mellom møtet, nærværet og det å lytte. Her påpekes viktigheten av at sykepleier lytter og er åpen for pasientens måter å gjøre seg forstått på både verbalt og nonverbalt. Kommunikasjonen er viktig i den form at den skaper en forståelse mellom sykepleier og pasient. I forhold til funnene kan det tyde på at kommunikasjon kan være sentralt i utøvelsen av god sykepleie til denne gruppen. Ved å ha kommunikasjon i fokus kan sykepleier ha mulighet til å bedre forstå og hjelpe pasienten og hvis pasientene får tilstrekkelig med informasjon, kan de lettere forstå hvorfor de får pleie og hensikten med den.

Vi har funn fra tre artikler der pasientene beskriver negative følelser i forbindelse med isolasjon. En gjennomgående opplevelse blant pasientene var at de følte de ble straffet og isolert på grunn av det de oppfattet som sin uønskede oppførsel (Holmes, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsoy 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000). Denne oppfatningen ble forsterket på grunn av den begrensede kontakten pasienten hadde med personalet under isolasjonen. Pasienten oppfattet at de med isoleringen ble holdt på avstand, denne oppfatningen ble styrket av at det ikke var noen reel kommunikasjon

mellom partene (Holmes, Kennedy og Perron 2004). Det kom frem i flere artikler at kommunikasjon under isolasjon var viktig for de isolerte pasienter (Holms, Kennedy og Perron 2004, El-Badri og Mellsoy 2008, Meehan, Vermeer og Windsor 2000, Roberts et. al 2009). Funnene kan tyde på at pasientens negative følelser knyttet til isolasjonen kan relateres til deres opplevde mangel på kommunikasjon.

I følge forskriften om isolering kan pasienten anbringes bak låst dør uten personale tilstede i maksimalt fire sammenhengende timer. Det skal foregå overvåking av den isolerte pasient ved faste tidsintervaller sett i forhold til pasientens risiko og helsestatus (von Krogh 2005). Da denne overvåkingen forstås som tilsyn i henhold til psykisk helsevernloven § 4-8 4.ledd (1999) forstår vi tilsyn som tilsyn og ikke terapeutisk dialog. Vi tror derfor at når pasientene gav uttrykk for manglende kommunikasjon under isolering så mener vi at deres opplevelse kan ha vært reell sett i forhold til hva prosedyren sier om tilsyn.

Videre ser vi at kommunikasjon er et gjennomgående tema i pasientenes fortellinger. Pasientene fortalte at de ikke kjente grunnlaget for sin isolering fordi det ikke ble forklart for dem, noe som skapte forvirring og mistillit (El-Badri og Mellsoy 2008, Roberts et. al 2009). I henhold til prosedyren for isolering (von Krogh 2005) skal pasienten ha informasjon om tidsaspektet ved isoleringen, hensikten med den og hvilken atferd som fører til opphør av tiltaket. Prosedyren beskriver dog ikke når denne informasjonen skal formidles. Når bør pasienten få denne informasjonen? I overføringen til isolat mener vi at det kan være vanskelig hvis pasienten motsetter seg intervensjonen fysisk og verbalt. Vi mener også at dette kan være en situasjon der pasienten ikke nødvendigvis er i stand til å bearbeide den informasjonen som gis. Tiltakets natur tatt i betraktning kan vi forestille oss at det kan være vanskelig å opprette dialog, samt gi god informasjon ved overføring til isolat. Samtidig når pasienten er anbrakt i isolatet tror vi at det er en bedre mulighet for å gi denne informasjonen, dog bør det tas hensyn til pasientens psykiske tilstand. Hvis pasienten ikke får forklart hvorfor han blir isolert og hvilken atferd som fører til opphør av tiltaket, kan vi lettere forstå hvorfor pasientene opplever forvirring og mistillit. Hvis det grunnet pasientens psykiske tilstand er vanskelig å kommunisere og gi informasjon før, ved overføring til, eller under isoleringen, mener vi at det ved løslatelse fra isolat kan være muligheter for å opprette en dialog med pasienten. Dette forutsetter dog at pasienten har endret sin atferd, er kommuniserbar og er mer mottakelig for informasjon. Dette kommer

frem i Meehan, Vermeer og Windsor (2000) der en opplevd mangel på støtte og oppfølging etter isolasjon var en bekymring for pasientene, og de ønsket en mulighet for å tømme seg for følelser og diskutere umiddelbart etter isolasjonen. Vi mener det er viktig at pasienten får informasjon om intervensjonens hensikt og at sykepleier får i gang en dialog for å hjelpe pasienten til å forstå grunnlaget for isoleringen samt få en forståelse av pasientens opplevelse.

### **5.2.3 Pasientene opplevde tvangstiltak som beskyttende**

Vi har funn fra fire artikler der noen pasienter gav uttrykk for positive opplevelser knyttet til bruk av tvangsmidler. Vi vet fra Evjen, Kielland og Øiern (2007) at bruk av tvang kunne være traumatisk for noen, men at andre følte at tvangen var nødvendig og satte pris på å bli sett. I artiklene til Olofsson og Jacobsson (2001) og Johansson og Lundman (2002) forteller noen pasienter om at tvangen ble opplevd som beskyttelse og uttrykte viktigheten av å ha blitt stanset når det var risiko for å skade seg selv. Dette underbygges av El-Badri og Mellsoy (2008) og Meehan, Vermeer og Windsor (2000) der enkelte av pasientene opplevde isolering som et trygt miljø vekk fra et ellers overveldende miljø fullt av inntrykk. De fortalte at de kunne gjenvinne kontrollen og mistet muligheten til å gjøre noe de senere kunne angre på. El-Badri og Mellsoy (2008) sier videre at pasientene følte at de fikk riktig pleie og hjelp, samt at deres egen så vel som andres sikkerhet, ble ivaretatt.

Ut ifra funnene vites det ikke om det var relasjonen med sykepleier eller innsikt i egen sykdom som gjorde at tvangen ble sett på som beskyttende. Vi syntes det var interessant å finne positive opplevelser med tvangsbruk. I artiklene kommer det dog fram at det bare var noen få som hadde disse positive opplevelsene. Det kommer frem i en rapport fra Helsedirektoratet (2009) at selv om opplevelsen av å bli utsatt for tvang er stabil, har synet på tvangsinngrep blitt mer positivt. Ved å ha god kommunikasjon og relasjon med pasienten tror vi at det kan være lettere for pasientene å forstå intervensjoner som omhandler tvangsbruk. Et interessant funn fra Gilbert, Rose og Slade (2008) var at pasientene beskrev personale som de stolte på som profesjonelle og i stand til å håndtere situasjoner der pasientens sikkerhet var i fare. De var fleksible, dedikerte, brydde seg om pasienten og brukte ikke tvang. Vi mener dette er et viktig funn, selv om det bare kommer frem i en artikkel. Vi synes dette vitner om utøvelse av god sykepleie i tråd med Travelbees (2005) sykepleieteori om likeverd i det mellommenneskelige forholdet.

## 6.0 Konklusjon

Flertallet av pasientene som er omtalt i artiklene, opplevde mangelfull kommunikasjon og informasjon, følelse av krenkelse og mindreverd, trusler og sanksjoner, samt å bli utsatt for det de anså som maktmisbruk.

Pasienter har et behov for å bli anerkjent av sykepleier og bli behandlet som et likeverdig individ. Det er knyttet en rekke negative følelser til det å bli utsatt for tvangsmidler under tvungent psykisk helsevern. Flere pasienter gav uttrykk for å ikke få den informasjonen og dialogen de trengte for å forstå den pleien de ble gitt og grunnlaget for den.

Det er viktig at sykepleier ser pasienten og tar seg tid til å sette seg inn i pasientens situasjon og jobbe for å opprette en dialog der pasienten blir sett og opplever å bli lyttet til. Ved å gi pasienten god informasjon og vedlikeholde en dialog basert på gjensidig respekt og likeverd kan sykepleier ha en mulighet for å minske pasientens traumatiske opplevelser ved intervensjoner som involverer tvang.

Det er ikke kun de lovregulerte tvangsmidler som pasientene opplevde som tvang. Sykepleier bør være oppmerksom på dette i sitt daglige virke og gjennom å lytte til pasientene bli klar over deres opplevelse av å bli utsatt for tvungent psykisk helsevern.

### 6.1 Videre forskning

Skorpen et. al (2008) skriver i sin litteraturgjennomgang om brukerperspektiv i norsk forskning:

*”I Norge er det publisert lite forskning på om hvordan pasientene erfarer tvangsbruk og heller ikke om hvordan de vurderer situasjoner og forhold som leder til tvangsbruk” (Skorpen et. al 2008, 22).*

Vi mener at det må forskes mer på pasientenes erfaringer med tvang i Norge, dette kan være nyttig for sykepleiere og annet helsepersonell som jobber med denne gruppen, og bidra til økt innsikt og dypere forståelse.

I forhold til videre forskning på pasienters opplevelser med tvang, sier Helsedirektoratet (2009) i sin rapport at man bør ha fokus på i hvilken situasjon pasienten blir spurt, når det blir spurt, hvem som spør og hva det spørres om. Dette fordi det kan være omstendigheter som kan påvirke pasientenes svar.

Vi tror det er et behov for videre forskning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Vi mener det hadde vært interessant å sammenligne sykepleierperspektivet med pasientperspektivet for å finne likheter og ulikheter der begge syn er representert og omstendigheter er tatt i betraktning.

For å komme til kjernen i opplevelser av tvungent psykisk helsevern tror vi at pasient- og sykepleiefortellingene er viktige. Vi ønsker at sykepleieforskning i større grad tar ansvar for fortellingene. Dette er fortellinger som gir tallene liv, fortellinger som er konkrete, som synliggjør og bidrar positivt til videre utvikling av sykepleiefaget.

## Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2005. *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 3.utg. Gjøvik: Det Norske Samlaget
- Dalland, Olav. 2002. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- El-Badri, Selim og Graham Mellsop. 2008. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry* 16(4): 248-252
- Evjen, Reidunn., Kielland, Knut og Tone Øiern. 2007. *Dobbelt opp*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Forskrift om bruk av tvangsmidler. 2006. *Forskrift av 24.11.2000 nr. 1173 om forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevesen*. <http://www.lovdata.no> (Lest 09.08.2010)
- Gilburt, Helen., Rose, Diana og Mike Slade. 2008. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research* 8: 92-104
- Gjengedal, Eva. 2010. *Analyse av kvalitative data – Høgskolen i Molde: Bachelorutdanningen*. Molde: Høgskolen i Molde
- Glad, John William. 2008. Tvang i psykisk helse – livsviktig hjelp eller overgrep. *Akerjournalen* 03: 26-27
- Hammervold, Unn. 2010. Jeg er ikke en ting, jeg er et menneske. *Psyche Bivrost Psykiatrisk sygepleje* 02: 8-11.
- Holmes, Dave., Kennedy, Suzanne L. and Amèlie Perron. 2004. The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 25: 559-278.
- Høgskolen i Molde. 2007. *Fagplan SpV08 – Avdeling for helse- og sosialfag. Bachelor i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Johansson, Inger M. og B. Lundman. 2002. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 639-647.
- Kristoffersen, Nina Jahren., Nortvedt, Finn og Eli-Anne Skaug. 2006. *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, Nina Jahren., Nortvedt, Finn og Eli-Anne Skaug. 2006. *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag



- Kuosmanen, Lauri., Hätönen, Heli., Malkavaara, Heikki., Kylmä, Jari og Maritta Välimäki. 2007. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics* 14(5): 597-607.
- Meehan, Tom., Vermeer, Cathryn og Carol Windsor. 2000. Patients' perception of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing* 31(2): 370-377.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. *Tema: Sjekkliste for kvalitativ forskning*. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (Lest 06.09.2010)
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. *Tema: Referebedømming*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/?search=advanced> (Lest 03.09.2010)
- Norsk Sykepleierforbund. 2007. *Tema: Yrkesetiske retningslinjer*. <http://www.sykepleierforbundet.no> (Lest 26.08.2010)
- Nortvedt, Monica W., Jamtvedt, Gro., Graverholt, Birgitte og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Norvoll, Reidun. 2007. *Det lukkede rom – bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultetet – Universitetet i Oslo
- Olofsson, Britta og Astrid Norberg. 2001. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced nursing* 33(1): 89-97
- Olofsson, Britta og L. Jacobsson. 2001. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8: 357-366
- Pasientrettighetsloven. 2010. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om Lov om pasientrettigheter*. <http://www.lovdatab.no> (Lest 09.08.2010)
- Psykisk helsevernloven. 2008. *Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. <http://www.lovdatab.no> (Lest 07.08.2010).
- Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. 2009. *Tema: Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven*. <http://www.helsedirektoratet.no> (Lest 20.09.2010)
- Rapport fra Helsetilsynet. 2006. *Tema: Bruk av tvang i psykisk helsevern*. <http://www.helsetilsynet.no> (Lest 20.09.2010)
- Roberts, Damien., Crompton, David., Milligan, Eleanor og Aaron Groves. 2009. Reflections on the use of seclusion in an acute mental health facility. *Journal of Psychiatric Nursing* 47(10): 25-31

- Robins, Cynthia S., Sauvageot, Julie A., Cusack, Karen J., Suffoletta-Maierle, Samantha og B. Christopher Frueh. 2005. Consumers' perceptions on negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatric Services* 56(9): 1134-1138.
- Saastad, Are. 1995. *Er god pleie av psykiatriske pasienter avhengig av profesjoner eller mennesker? Utdanningsspørsmålet på Gaustad sykehus i historisk perspektiv I Gaustad sykehus 140 år*, red. Nils Retterstøl, 86-88. Oslo: Universitetsforlaget
- Skorpen, Aina., Anderssen, Norman., Øye, Christine og Anne Karen Bjelland. 2008. Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i NordenNye Art* 3(08): 19-22
- Travelbee, Joyce. 2005. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vatne, Solfrid. 2008. *Anerkjennende tilnærming I Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*, red Bengt Karlsson, 56-60. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- von Krogh, Gunn. 2005. *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. 2.utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Willman, Ania., Stoltz, Peter og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

## Vedlegg 1

### **LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).**

#### **§ 4-4 Behandling uten eget samtykke**

Pasient under tvungent psykisk helsevern kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulemperne ved eventuelle bivirkninger.
- b. Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.

Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

### **§ 3-2. Vedtak om tvungen observasjon**

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungen observasjon bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter annet ledd til kontrollkommisjonen.

### **§ 3-3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern**

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
  - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller

det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

- b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
- 4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
- 5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
- 6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommissjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

### **§ 3-5. Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte**

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om fram møte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

### **§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold**

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

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

### **§ 6-1. Kontrollkommisjonen**

Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon.

Departementet har det overordnede ansvar for at det i hvert område er en fungerende kommisjon.

## **LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).**

### **§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

### **§ 7-2. Klage**

Dersom den som yter helsehjelp, avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det klages til Helsetilsynet i fylket. Klagen sendes til Helsetilsynet i fylket.

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-1 femte ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Reglene i § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende for klage etter denne paragraf.

### **§ 8-3. Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet**

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

## **FOR 2000-11-24 nr 1173: Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.**

### **§ 5. Vilkår for bruk av tvangsmidler**

Tvangsmidler er ekstraordinære tiltak og kan bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, og når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

### **§ 6. Vedtak om bruk av tvangsmidler**

Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding, jf. § 3 bokstav a, b og d skal treffes av den faglig ansvarlige.

Hvis en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. I slike tilfeller skal den faglig ansvarlige så snart som

mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

Vedtaket om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt jf. § 3 bokstav c, treffes av lege.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold og meddeles pasienten, og hans eller hennes nærmeste pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette. Det skal samtidig opplyses om adgangen til klage

### **§ 9. Klage**

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtak om bruk av tvangsmidler til kontrollkommisjonen.

Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig overfor en av personalet, eller direkte til kontrollkommisjonen. Personalet skal bistå med nedtegning av muntlig klage, og straks oversende klagen til kontrollkommisjonen. Klagen har ikke oppsettende virkning.

Kontrollkommisjonen skal behandle klagen selv om bruken av tvangsmidlet er opphørt, med mindre den klageberettigede skriftlig har gitt uttrykk for at han trekker klagen tilbake.



## Vedlegg 2

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
B.Olofsson L.Jacobsson  2001  Sweden	A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion.	Hensikten med dette studiet var å undersøke tvangsinnlagte pasienters opplevelse av å være utsatt for tvang og deres tanker om hvordan tvang kan unngås.	Fortellende Intervju med lydopptak	21 Ble spurt  13 takket nei av ulike grunner.  I alt 18 Deltagere  Kvinner: 12 Menn: 6 19-52 år	Deltakerne beskrev å ikke bli respektert som et unikt og viktig menneske som trenger hjelp og støtte. Deres fortellinger fortalte oss at stigmatisering av psykiatrisk pasienter ble bekreftet og til og med forsterket av det psykisk helsevernet	Grad 1  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Formålet med studien kommer tydelig frem.</p> <p>Kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig.</p> <p>Det er redegjort for utvalg og utvelgelse.</p> <p>Datasamling er tilfredsstillende.</p> <p>Det er sammenheng mellom innsamlede data og resultat.</p> <p>Det er trukket inn andre kilder for å underbygge data.</p> <p>Studien ble forklart for deltakerne og godkjent av etisk komité</p> <p>Hovedfunn kommer klart frem.</p> <p>Resultatene er nyttige for helsepersonell.</p> <p>Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p>	

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
C.S Robbins J.A Sauvageot S. Suffoletta- Maierle C. Frueh  2005  USA	“Consumers’ perceptions of negative experiences and “sanctuary harm” in psychiatric settings”	Denne studien undersøker pasienters persepsjon av skadelige opplevelser på psykiatrisk avdeling	Semistruktur ert kvalitativt intervju. Transkribert	Deltakere: 27	Deltakerne mente at de hadde blitt utsatt for skadelige opplevelser under sitt sykehusopphold.	Grad 1 (80-100%)  Kvalitativt

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p>	<p>Bortfall er ikke gjort rede for.</p>

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
L.Kousmanen H.Hätönen H.Malkavaara J.Kylmä M.Välimäki  2007  Finland	Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patients perspective	Hensikten med studiet var å undersøke om pasienter ble utsatt for frihetsberøvelse Under innleggelse og behandling ved psykiatrisk sykehusavdeling. Samt undersøke pasientens syn på dette.	Semi-strukturert Intervju med åpne spørsmål uten lydopptak. Intervjuer skrev ned svar og objektet kunne lese dette.	Av 114 utskrivningsklare pasienter. Var det 51 som oppfylte kriteriene og ga samtykke. Disse ble rekruttert, i alt 51 deltakere.	Pasientenes følelser vedrørende frihetsberøvelse var negative. De følte seg fanget på avdelingen og ydmyket av å ikke ha tilgang til sine personlige eiendeler. De så på bruk av tvang og tvangsmidler som et overdrevent selvforsvar og unødvendig maktbruk.	Grad 1  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Metoden er den beste for å belyse problemstillingen</p>	<p>Forskerne har ikke gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p>

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
Britta Olofsson Astrid Nordberg 2000 Sweden	Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians.	Hensikten med denne studien var å øke forståelsen av pasienters, sykepleieres og legers erfaringer med tvang i relasjon til egne og andres erfaringer	Fortellende Intervju, åpne spørsmål. Opptak	Totalt 21 deltakere. 7 deltakere fra hver gruppe	Intervju med helsepersonell og pasienter avdekket at menneskelig kontakt og forhold var viktig, men vanskelig å oppnå. Helsepersonellet mente at etablerte mellommenneskelige forhold gjorde det lettere å utøve tvang, samt at pasientene ga uttrykk for at et mellommenneskelig forhold lettet ubehaget ved å bli utsatt for tvang.	Grad 1 (80-100%)  Beskrivende, Utforskende, Kvalitativ studie.

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	Formålet med studien kommer tydelig frem. Kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig. Det er redegjort for utvalg og utvelgelse. Datasamling er tilfredsstillende. Det er sammenheng mellom innsamlede data og resultat. Det er trukket inn andre kilder for å underbygge data. Studien ble forklart for deltakerne og godkjent av etisk komité Hovedfunn kommer klart frem. Resultatene er nyttige for helsepersonell. Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.	Bortfall er det ikke gjort rede for.

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
I.M Johansson B. Lundman  2002  Sweden	Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses.	Hensikten med studiet var å se nærmere på hvordan tvang oppleves av de som blir utsatt for det, og la dem selv fortelle om det. Målet med dette var å få en dypere forståelse for pasientens opplevelse.	Fortellende intervju med lydopptak	5 Ble spurt  I alt 5 Deltagere  Menn:3 Kvinner:2 27-49 år	Dette var en studie med et lite utvalg, men opplevelsene fra et lite utvalg kan gi verdifull innsikt i det å være utsatt for tvang.	Grad 1  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Studien er forklart for deltagerne</p>	<p>Bortfall er det ikke gjort rede for</p>

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
T.Meehan C.Vermeer C.Windsor  2000  Australia	“Patients perceptions of seclusion: a qualitative investigation.”	Hensikten med studien var å undersøke pasienters beskrivelse og observasjoner av isolering.	Semi-strukturert intervju. Lydropptak	12 deltakere  Menn:7 Kvinner:5 18-52 år	Erfaringene med isolering var dypt negative ga følelser av straff, frykt, isolasjon og depresjon som vedvarte også etter isoleringen. Pasientene savnet god kommunikasjon fra personalet før, under og etter isolering.	Grad 1 (80-100%)  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p> <p>Studien er en del av en større tredelt studie og denne er godkjent av etisk råd.</p>	<p>Bortfall er det ikke gjort rede for</p>

Forfattere Årstell, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
D.Roberts D.Crompton E.Milligan A.Groves  2008  Australia	“Reflections on the use of seclusion in an acute mental health facility”	Hensikten med studien var å identifisere aktuelle mønstre og grunner for bruk av isolering på akuttpsykiatrisk avdeling.	Spørre- skjema Intervju Sammensatt fokusgruppe	71 deltakere blant ansatte 4 deltakere blant pasienter Fokusgrupper 6- 8 deltakere i fokusgrupper	Pasienter ga uttrykk for at isolering ble brukt som hevn for å ikke følge behandling eller ikke følge personalets anvisninger. De beskrev opplevelsen av isolering som å føle seg fanget, usikker, redd og alene.	Grad 1 (80-100%)  Kvalitaitv

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p>	<p>Forskerne har ikke gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p>

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
H.Gilburt D.Rose M.Slade  2007  Storbritania	”The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users’ experiences of psychiatric hospital admission in the U.K.”	Hensikten med denne studien var å utforske opplevelsen av innleggelse på psykiatrisk avdeling sett fra pasientenes perspektiv.	Brukerstyrt intervju	19 deltakere	Intervjuobjektene var både positive og negative til det å være innlagt, i motsetning til tidligere forskning fremkom det at det var tema som vedrørte det emosjonelle miljøet som gikk igjen og ikke de som vedrørte det fysiske miljøet	Grad 1 (80-100%)  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Studien er godkjent av det etiske råd.</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p>	<p>Forskerne har ikke gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Bortfall er ikke gjort rede for.</p>



Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
D.Holmes S.Kennedy A.Perron  2004  Canada	“The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patients perspective.”	Hensikten var å beskrive pasientenes opplevelse av isolering under oppholdet.	Semi-strukturert intervju. Lydopptak Transkribert.	6 deltakere	Isolering anses av pasienten som straff og gir sterke negative følelser.	Grad 1 (80-100%)  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Etiske overveielser i forhold til pasienthensyn er gjort rede for</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p>	<p>Bortfall er ikke gjort rede for.</p>

Forfattere Årstall, Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
S.El-Badri G.Mellsop  2008  New Zealand	“Patient and staff perspectives on the use of seclusion”	Hensikten var å undersøke personalets og pasienters opplevelse og persepsjon vedrørende bruk av isolering i psykiatrien	Spørreskjema med både kvantitativ og kvalitativ del i tre versjoner. Til en gruppe personale og to grupper pasienter.	138 deltakere blant personalet.  111 deltakere blant pasienter.	Bruk av isolering gav både personale og pasienter hyppigst negative assosiasjoner/følelser og ble av begge grupper antatt å være for ofte brukt.	Grad 1 (80-100%)  Kvalitativ

Studie	Høy kvalitet	Lav Kvalitet
Kvalitativ Studie	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Beskrevet datasamling og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p> <p>Forskerne har gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Arbeidet er godkjent av etisk komité</p> <p>Det kommer klart frem om studien er forklart for deltagerne</p>	

### Vedlegg 3

Søkeperiode: 04.08.10 -27.08.10

\* = inkluderte artikler

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dublett	Leste artikler	Inkluderte artikler
Patient\$ OR Patients/ AND Experience\$ AND Mental health services/OR Hospitals,psychiatric/OR Psychiatric department, hospital/OR Psych\$ AND Coercion\$	PsychINFO EMBASE	159	36	0	17	6 (4*)
Patient\$ OR Patients/ AND Experience\$ AND Mental health services/OR Hospitals,psychiatric/OR Psychiatric department, hospital/OR Psych\$ AND Coercion\$	British Nursing Index (1994-2010)	4	4	0	2	0
Patient\$ OR Patients/ AND Experience\$ AND Mental health services/OR Hospitals,psychiatric/OR Psychiatric department, hospital/OR Psych\$ AND Coercion\$	OVID Medline R	114	21	3	7	1 (0*)
Patient\$ AND Perspective\$ OR Experience\$ AND Seclusion\$ AND Mental health services/OR Hospitals,psychiatric/OR Psychiatric department, hospital/OR Psych\$	OVID Medline R	88	22	1	9	3*

Patient\$ OR Patients AND Experience\$ AND Mental Health Services/ OR Hospitals, Psychiatric/ OR Psychiatric Department, Hospital/ OR psych\$ AND Restraint, Physical/ OR Patient Isolation/ OR Seclusion\$.	OVID Medline R 1950-2010 Psych INFO 1806- 2010	274	47	4	12	1*
Psych\$ AND Mental health care\$ AND Experience\$ AND Hospital\$ AND Limits: -Abstract, -English Language, -Human, -Qualitative.	EMBASE (1980- 2010) Ovid MEDLINE (R) (1950-2010) PsychINFO (1806-2010)	341	29	1	8	1*
Restraint, physical/OR Patient Isolation/ OR Seclusion\$ or Mental Disorders/ AND Mental health\$ OR Mental health/ AND Psychiatric Department, Hospital/ OR Mental disorders/ OR Acute psychiatric ward\$ AND Experience\$ AND Perception\$ Limits: -English -Human, 2000-2010	Ovid MEDLINE (R) (1950-2010)	119	10	1	2	0
Restraint, physical/OR Patient Isolation/ OR Seclusion\$ or Mental Disorders/ AND	Ovid MEDLINE (R) (1950-2010)	13	5	1	1	0

Mental health\$ OR Mental health/ AND Psychiatric Department, Hospital/ OR Mental disorders/ OR Acute psychiatric ward\$ AND Perspective\$ AND Coercion\$						
Restraint, physical/OR Patient Isolation/ OR Seclusion\$ or Mental Disorders/ AND Mental health\$ OR Mental health/ AND Psychiatric Department, Hospital/ OR Mental disorders/ OR Acute psychiatric ward\$ AND Feeling\$/OR Emotions/ Limits: -English -Human, 2000-2010	Ovid MEDLINE (R) (1950-2010)	174	5	0	4	1*
Restraint, physical/OR Patient Isolation/ OR Seclusion\$ or Mental Disorders/ AND Mental health\$ OR Mental health/ AND Psychiatric Department, Hospital/ OR Mental disorders/ OR Acute psychiatric ward\$ AND Feeling\$/OR Emotions/AND Patient\$ Limits: -English -Human, 2000-2010	Ovid MEDLINE (R) (1950-2010)	84	4	1	0	0

#### Vedlegg 4

TEMA / HVA ER DET JEG ØNSKER Å VITE NOE (MER) OM:

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke pasienters opplevelse av tvungent psykisk helsevern for å kunne bidra til økt kunnskap og en dypere forståelse blant sykepleiere.

PROBLEMSTILLING: Hvordan opplever pasienter under tvungent psykisk helsevern i døgnavdeling å bli utsatt for tvangsmidler?

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Patient\$ Psychiatric\$	Coercion\$		Experience\$

## Vedlegg 5

----- Original Message -----  
Subject: RE: Regarding your research on seclusion  
From: "Selim El-Badri" <[Selim.El-Badri@waikatodhb.health.nz](mailto:Selim.El-Badri@waikatodhb.health.nz)>  
To: "Erik Nevjen" <[erik.nevjen@hiMolde.no](mailto:erik.nevjen@hiMolde.no)>

Hi Erik,  
Thanks for the e-mail. Sorry for the delay in replying as I was on leave.  
Yes the work was approved by the Mental health Research Committee.  
Regards,  
Selim

From: Erik Nevjen [mailto:[erik.nevjen@himolde.no](mailto:erik.nevjen@himolde.no)]  
To: Selim El-Badri  
Subject: Regarding your research on seclusion  
Dear Dr.El-Badri

I am a nursing student in Norway writing a literature review (BA) on patient experiences with coercion and seclusion.  
In my quest for relevant research I came across your article: "Patient and staff perspectives on the use of seclusion." (Australian Psychiatry 2008)  
Your findings are of great help to me, but I have a question regarding the article.  
I can't seem to find whether it is approved by the regional ethics committee or not, I assume it is but would like a confirmation from you so I can include it in my analysis.  
Looking forward to your reply  
Regards Erik Nevjen