

Bruk av mekaniske tvangsmidler i akuttpsykiatrisk avdeling

En kvalitativ intervjustudie om hvordan sykepleiere opplever å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling.

CHRISTINA AAS BAJRAMI
Masteroppgave i psykososial helse

VEILEDERE

Tonje Lossius Husum &
Monica Strømmand

Universitetet i Agder, våren 2023

Fakultet for helse og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse

Master

Forord

Fire lærerike og spennende år ved Universitet i Agder, på masterprogrammet i psykososial helse, er nå snart ved veis ende. Det har vært et innholdsrikt studie, hvor jeg har fått mye ny kunnskap. Det har også vært fire krevende år, med skole på deltid, turnusarbeid og lange sykdomsperioder hos barna. Nå er det endelig klart for å levere masteroppgaven, og jeg tror barna ser like frem til det som jeg.

Det er mange å takke for at dette har blitt en realitet. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine seks informanter, som gjorde denne studien mulig og som delte sine personlige opplevelser om et vanskelig tema.

Jeg vil også takke mine dyktige veiledere Tonje Lossius Husum, professor i psykisk helsearbeid ved OsloMet, og Monica Strømmand, PhD kandidat og universitetslektor ved UIA. De har begge vært til stor hjelp med sin faglige kompetanse. Samarbeidet har vært godt og de har gitt grundige tilbakemeldinger og god støtte.

Takk til Tvangsforsk for å ha vist interesse for prosjektet mitt og for tildeling av stipend.

Jeg vil takke min arbeidsgiver som har gitt meg muligheten til å delta på dette studiet, og som har vært svært fleksibel i forhold til når jeg har trengt fri.

Takk til mine medstudenter, spesielt Ales, som har vært en god samtalepartner på alle turene til og fra Grimstad.

Jeg vil takke mine tre barn som har vist stor forståelse for en mamma med mye på programmet og som i perioder har vært litt mer stressa enn ellers. Jeg vil også takke resten av familien og gode venner som har heiet og kommet med oppmuntrende ord underveis. Takk til mamma som har stilt opp i perioder hvor barna har vært syke, slik at jeg har fått skrevet.

Sist, men ikke minst vil jeg gi en stor takk til min kjære mann Fatlum, som har vært svært tålmodig og støttende disse fire årene. Din hjelp var også uvurderlig når dataen streiket og jeg et lite øyeblikk trodde jeg hadde mistet alt jeg hadde jobbet med. Tusen takk!

Christina Aas Bajrami

Kristiansand, april 2023

Sammendrag

Bakgrunn: Det har lenge vært et mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern, og det er foreslått en ny lov, tvangsbegrensningsloven, som er under utredning. Intensjonen i psykisk helsevern er å begrense bruk av tvangsmidler, og det er planlagt å fase ut mekaniske tvangsmidler. Bruk av tvang kan ha store negative fysiske og psykiske konsekvenser for både pasienter og helsepersonell. Helsepersonell opplever tvangsbruk som en svært krevende del av jobben, og det kan være utfordrende å håndtere komplekse etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang i arbeidet.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien er å få en innsikt i hvordan sykepleiere ved akuttpsykiatriske avdelinger opplever å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter. Problemstillingen er: «*Hvordan opplever sykepleiere å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling?*».

Metode og utvalg: Det er en kvalitativ intervjustudie basert på opplevelsene til seks informanter som har erfaring med å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter.

Inklusjonskriterier var helsepersonell som hadde arbeidet innenfor akuttpsykiatrien i 3-5 år og som hadde minst 3 års helsefaglig bakgrunn.

Analyse: Analysen er blitt gjennomført ved hjelp av Braun & Clark sin tematiske analyse.

Resultater: Funnene er samlet i fire undertema: Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere, forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler lettere, aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler, og alternativer til mekaniske tvangsmidler.

Konklusjon: Funnene indikerer at sykepleierne opplever flere etiske dilemmaer knyttet til bruken av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern. Bruken av belter beskrives som nødvendig av sikkerhetsmessige grunner, men også som et nederlag. Tvang kan ha negative konsekvenser for både pasienter og sykepleiere, og kan føre til moralsk stress og redusert omsorgskvalitet. Økt kompetanse og refleksjon rundt etiske problemer kan bidra til å håndtere dilemmaene bedre.

Nøkkelord: mekaniske tvangsmidler – akuttpsykiatri – sykepleiere - moralsk stress - etisk refleksjon

Summary

Background: It has been a goal over time to reduce the use of coercion in mental health care, and a new law, *Tvangsbegrensningsloven*, has been suggested and is currently under revision by the government. The intention in mental health care is to limit the use of coercive measures, and there are plans to phase out the use of mechanical restraints. The use of coercion can have major negative physical and psychological consequences for both patients and healthcare personnel. Health personnel perceive coercive use as a very demanding part of their job, and it can be challenging to deal with complex ethical dilemmas related to the use of coercion at work.

Purpose and research question: The purpose of this study is to gain an insight into how nurses in acute psychiatric wards experience the use of mechanical restraints on patients. The research question is: *“How do nurses experience the use of mechanical restraints on patients who are admitted in an acute psychiatric ward?”*

Method and subjects: It is a qualitative interview study based on the experiences of six informants who have experience with using mechanical restraints on patients. The inclusion criteria were health personnel who had worked in acute psychiatry for 3-5 years and who had at least 3 years of health professional background.

Analysis: The analysis has been conducted using Braun & Clark's thematic analysis.

Results: The findings are grouped into four sub-themes: Conditions that may make the experience of using mechanical restraints more difficult, conditions that may facilitate the experience of using mechanical restraints, aspects that may increase the use of mechanical restraints, and alternatives to mechanical restraints.

Conclusion: The findings indicate that nurses experience several ethical dilemmas related to the use of mechanical restraints in mental health care. The use of mechanical restraints is described as necessary for safety reasons, but also as a defeat. Coercion can have negative consequences for both patients and nurses and can lead to moral distress and reduced quality of care. Increased competence and reflection on ethical problems can help to handle the dilemmas better.

Keywords: mechanical restraints – acute psychiatry – nurses – moral distress – ethical reflection

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.3	Hensikt og problemstilling.....	3
1.4	Avgrensning.....	4
1.5	Begrepsavklaring.....	4
1.6	Tidligere forskning.....	5
1.6.1	Presentasjon av tidligere forskning.....	6
2.0	Teoretisk rammeverk.....	10
2.1	Lovverk.....	10
2.2	Teoretiske perspektiver fra faglitteraturen.....	12
2.2.1	Moralsk stress.....	12
2.2.2	Etisk refleksjon.....	13
3.0	Metode og utvalg.....	15
3.1	Fenomenologi som vitenskapsteoretisk forankring.....	15
3.2	Valg av metode.....	16
3.3	Individuelle intervju.....	17
3.4	Utvalg og rekruttering.....	17
3.4.1	Informert samtykke.....	18
3.5	Datainnsamling.....	19
3.6	Transkribering.....	19
3.7	Analyse.....	20
3.7.1	Analyseprosessen.....	20
3.8	Metodekritikk.....	20
3.9	Overførbarhet til lignende kontekster.....	21
4.0	Etiske overveielser.....	23
4.1	Oppbevaring av data.....	24
4.2	Forskerrollen og konsekvenser for informantene.....	24
5.0	Resultater.....	26
5.1	Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere.....	26
5.2	Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler lettere.....	30
5.3	Aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler.....	31
5.4	Alternativer til mekaniske tvangsmidler.....	32
6.0	Diskusjon.....	33
6.1	Opplevelser med mekanisk tvang som kan føre til moralsk stress.....	33

6.1.1 Frykt og følelser	36
6.1.2 Tilvenning over tid.....	38
6.1.3 Omsorgstretthet	39
6.1.4 Etikkrefleksjon	40
6.2 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere	40
6.3 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke av mekaniske tvangsmidler lettere	44
6.4 Aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler.....	46
6.5 Alternativer til mekaniske tvangsmidler	46
7.0 Oppsummering.....	49
8.0 Litteraturliste	52
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	56
Vedlegg 2: Intervjuguide	60
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	61
Vedlegg 4: Godkjenning fra FEK.....	64

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Det har vært skrevet mye i media om tvangsbruk i psykisk helsevern de seneste årene, og det er et tilbakevendende og kontroversielt tema. Det som skrives er ofte negativt ladet, og tvangsmiddelbruk kan for eksempel bli beskrevet med at pasienter blir bundet fast mot sin vilje (Norman & Åsebø, 2019). Nasjonale nyhetsmedier har avslørt lovbrudd og svikt i dokumentasjon omkring tvangsbruk, og tidligere pasienter er intervjuet om deres vanskelige erfaringer med å bli beltelagt (Åsebø & Norman, 2016). Statistikk fra Helsedirektoratet viser også at det er store geografiske forskjeller i bruken av tvangsmidler, noe som antyder at det er rom for reduksjon på de stedene som har et større omfang av tvangsmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2018). Lovisenberg diakonale sykehus har jobbet systematisk med å redusere bruk av tvangsmidler. Sykehuset gjennomførte et pilotprosjekt for å redusere beltebruk fra november 2013 til november 2014, og i denne perioden ble antall beltelegginger redusert med 85 % sammenlignet med de 2 årene før prosjektstart (Wernersen, 2016). Dette, sammen med flere andre forhold, har ført til en offentlig debatt og granskning av bruken av tvang i psykisk helsevern (Åsebø & Norman, 2019). I løpet av de siste 20 årene har pasientrettighetsperspektivet kommet sterkere inn i helsetjenesten generelt. I tillegg har målet om å redusere tvangsbruken vært på agendaen over mange år, blant annet i nasjonale strategidokumenter og i oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene (Bremnes & Skui, 2020, s. 10). I 2019 ble det fremmet forslag om en ny lov, tvangsbegrensningsloven. Årsakene til at lovverket skal revideres er blant annet for å redusere den faktiske tvangsbruken, styrke pasientrettigheter og harmonisere det norske lovverket med menneskerettighetene i internasjonale føringer og konvensjoner. Det er også et mål om at CRPD-konvensjonen, det vil si rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, er ivarettatt i en norsk kontekst (NOU 2019: 14, 2019, s. 31-32). Tvangsbegrensningsloven er fremdeles under utredning, men det er et ønske om at en ny lov skal danne et felles lovverk om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Intensjonen i psykisk helsevern er å begrense blant annet bruk av tvangsmidler. Det er tenkt at mekaniske tvangsmidler skal fases helt ut over en tre-års periode, og at det deretter som hovedregel skal forbys (NOU 2019: 14, 2019, s. 33-35).

Tvang kan ha store negative fysiske og psykiske konsekvenser både for den som utsettes for tvang, og for de som utøver tvangen, og vil derfor komme i konflikt med ikke-skade-prinsippet. Tvang kan for eksempel føre til fysiske skader både på pasienten og personalet, den oppleves ofte som krenkende og kan føre til langvarige traumer, resignasjon og mistillit (Magelssen et al., 2020, s. 96). Helsepersonell som arbeider innenfor psykisk helsevern peker på at bruk av

tvang er en svært krevende del av jobben deres (Engerdahl et al., 2016). Dette samsvarer med en studie som indikerer at ansatte i psykisk helsevern opplever mange komplekse etiske utfordringer omkring bruken av tvang (Husum et al., 2018). Noen situasjoner helsepersonell står i, er i tillegg så potensielt farlige at enhver ville oppleve å bli redd. Ved slike kaotiske hendelser kan personalets følelsesmessige reaksjon eskalere konflikten, og det øker risikoen for uønskede hendelser (NOU 2019: 14, 2019, s. 265). Mellom 2014 og 2021 ble det ifølge sivilombudet brukt mekaniske tvangsmidler på omtrent 1000 pasienter hvert år. Det er ikke sikre tall på hvor mange ganger hver av disse pasientene ble beltelagt, men tvangsforskningsnettverket viser til 4047 vedtak om mekaniske tvangsmidler fordelt på ca. 1000 pasienter i 2018 (Harlem, 2022). En norsk studie som har sett på karakteristika hos pasienter som ofte utsettes for mekaniske tvangsmidler, viser at tvangsmiddelet brukes mest overfor pasientgruppene unge menn som har et alvorlig rusmiddelmissbruk, som har vært innlagt flere ganger tidligere og som har utført vold under tidligere innleggelses (Knutzen et al., 2014). Sivilombudet leverte i slutten av fjoråret sin rapport om kontroll av bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern. Formålet var å øke rettsikkerheten til utsatte pasienter. Det ble avdekket at det var store variasjoner i kvaliteten på kontrollkomisjonenes vedtak og at det derfor var risiko for at ulovlige vedtak feilaktig ble opprettholdt. Noen vedtak om mekaniske tvangsmidler var godt og grundig begrunnet, mens andre vedtak var mangelfulle og ugyldige. Dette kan føre til at institusjonene ikke blir korrigert i forhold til eventuelle ulovlige vedtak, og dermed en risiko for at det utføres beltelegginger av enkeltmennesker i strid med loven (Harlem, 2022).

I 2017 ble det innført et krav i lovverket, under § 3-3, punkt 4, om manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Verdens helseorganisasjon (WHO) peker på behovet for å adressere diskriminering og fremme menneskerettigheter i psykisk helsevern internasjonalt. De har publisert en veileder med konkrete anbefalinger for å støtte land i deres arbeid med å tilpasse tjenester innenfor psykisk helsevern, slik at de når opp til internasjonal standard for menneskerettigheter. Det er også anbefalinger for å ivareta CRPD-konvensjonen, samt å redusere bruken av tvang (WHO, 2021). I tillegg presenterte Europarådet i 2019 en resolusjon som oppfordret alle medlemsland til å begynne prosessen med å innføre et psykisk helsevern uten bruk av tvang (Europarådet, 2019). Forskning viser at arbeid med å forebygge og redusere bruken av tvang ser ut til å være effektivt, og ved å jobbe med å utvikle tjenestene er det mulig å bruke mindre tvang (Gooding et al., 2020).

Den siste tiden har det derimot kommet artikler og vært debatter om utviklingen har gått for langt i å begrense bruken av tvang. Pårørende står frem og forteller om manglende oppfølging av deres alvorlig psykiske syke familiemedlemmer, og psykiateren Randi Rosenqvist mener

mange politikere ikke forstår at bruk av tvang kan være god omsorg i mange tilfeller (Øverbø & Torstveit, 2023). Politiet har hatt en kraftig økning av oppdrag som er knyttet til psykiatri, hvor politiet må hjelpe helsevesenet. Politiet bruker store ressurser på disse oppdragene, og mener at dette burde vært håndtert annerledes. De jobber nå sammen med Helsedirektoratet om å utarbeide nye retningslinjer for samarbeid mellom helsevesen og politi (Strøm et al., 2023). Videre har regjeringen (2023) formidlet at det har kommet tilbakemeldinger fra pårørende, brukere og helsetjenesten om at vilkåret om manglende samtykkekompetanse skaper utfordringer og negative konsekvenser for pasientene det gjelder. Tilbakemeldinger regjeringen har fått uttrykker blant annet bekymringer for at lovendringen kan ha resultert i en økning av den totale tvangsbruken, en forverring av tilstanden til pasienter med alvorlig psykisk lidelse før de får behandling, og at helsevesenet har et økende behov for bistand fra politiet til å håndtere pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Regjeringen har derfor oppnevnt et ekspertutvalg som skal evaluere lovendringen som ble innført i 2017 om manglende samtykkekompetanse. Innstillingen skal levers 1.mai i år. «Formålet med evalueringen er å bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester, og som kan forhindre feil bruk av tvang. Arbeidet må også vektlegge pårørendes behov og ivaretagelsen av samfunnets sikkerhet» (Regjeringen, 2023).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet som sykepleier i akuttpsykiatrien i ca. 11 år. Der kan vi oppleve situasjoner hvor det kan bli nødvendig å ta i bruk tvangsmidler etter lov om psykisk helsevern. Selv om det da er behov for å bruke tvang, kjenner jeg noen ganger at det kan være en påkjenning for meg personlig å være med på å utføre tvangen. Jeg er derfor interessert i å se nærmere på hvordan annet helsepersonell opplever dette, og da spesifikt mekaniske tvangsmidler.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke nærmere hvordan det oppleves for helsepersonell å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter. Jeg mener det er viktig å forske på temaet da dette handler om noen av de mest inngripende avgjørelsene og virkemidlene staten har overfor mennesker. Bruk av tvang krenker menneskers autonomi og kan oppleves svært negativt og skadelig for de som blir utsatt (NOU 2019: 14, 2019, s. 269). Dette understøttes av kvalitative studier om opplevelse av mekaniske tvangsmidler, som rapporterer at tvangstiltak har alvorlige bivirkninger (NOU 2019: 14, 2019, s. 268). Målet er derfor å få en større innsikt og ny kunnskap om fenomenet tvang, som kan være overførbart og til nytte for flere som arbeider i velferdstjenestene. Studien kan forhåpentligvis bidra til at helsepersonell blir mer bevisst på egen praksis og gi dem økt innsikt i eget ståsted. Det er ønskelig at studien kan fange opp

elementer som kan bedres eller endres ved utførelsen av dette tvangsmiddelet. Dette tenker jeg vil kunne gagne både helsepersonell og pasienter under bruk av mekaniske tvangsmidler, og på den måten skape bedre helse- og omsorgstjenester på sikt. Jeg tenker det også kan være nyttig for blant annet pårørende og pasienter og få et innblikk i helsepersonells opplevelser, og hvordan det påvirker dem å utføre denne utfordrende delen av arbeidet. Mulig studien også kan sette søkelys på et eventuelt forbedringspotensial i oppfølging og ivaretagelse av helsepersonell og pasienter etter tvangsmiddelbruk.

Jeg har valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever sykepleiere å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling?

1.4 Avgrensning

Grunnet oppgavens størrelse har jeg valgt å kun fokusere på mekaniske tvangsmidler, som er ett av fire tvangsmidler man kan ta i bruk etter lov om psykisk helsevern. Aktuell paragraf for mekaniske tvangsmidler er § 4-8 (Psykisk helsevernloven, 1999).

1.5 Begrepsavklaring

Det er fire former for tvangsmidler i lovverket (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Disse er mekaniske tvangsmidler (som belter, spesialklær eller remmer), kortvarig skjerming bak stengt dør uten at personal er til stede (isolasjon), enkeltstående bruk av legemidler i beroligende hensikt eller kortvarig fastholding. Pasienter som er underlagt mekaniske tvangsmidler skal ha personal hos seg hele tiden. Vedtak skal fattes av faglig ansvarlig (Psykisk helsevernloven, 1999). Den formelle betegnelsen på tvangsmiddelet i fokus er mekaniske tvangsmidler, men i oppgaven blir det også omtalt som belter. Bruk av mekaniske tvangsmidler blir også omtalt som beltelegging. Informantene bruker i hovedsak de mindre formelle begrepene, som belter og beltelegging. Definisjonen på tvangsmiddelet i lovverket er: «mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Mekaniske tvangsmidler brukes i en nødsituasjon for å hindre at pasienten har bevegelsesfrihet. Beltene er gjerne fastmontert på en seng hvor pasienten ligger på ryggen og festes i fem punkt. Hen blir påført belter over mage, over hver arm og hvert ben. Man behøver ikke feste alle punktene hver gang, men kan se det litt an i forhold til hver enkelt situasjon. Transportbelter festes på samme måte, og brukes på pasienten under selve nødsituasjonen, slik at pasienten kan bæres eller følges til egen seng eller belteseng. Transportbelter kan også brukes når pasienten skal på toalett eller for å gi pasienten større bevegelsesfrihet (Harlem, 2022).

1.6 Tidligere forskning

Under utarbeidelse av prosjektplan, underveis i prosjektet og etter analysen har jeg gjennomført litteratursøk. Jeg har søkt etter tidligere forskning i databasene CINAHL og MEDLINE via EBSCOhost, hvor jeg har brukt følgende søkeord i ulike kombinasjoner:

1. Helsepersonell; nurse, nursing, mental health nurse, mental health care professional, provider, worker, carer, personnel, health care providers, health personnel og staff.
2. Tvang; physical restraint, restraint, mechanical restraint, compulsion, force og coercion.
3. Psykiatriske pasienter; mental, mentally ill, mental pasient, acute psychiatric ward, mental health inpatients og psychiatric
4. Kvalitative studier; qualitative, interview, phenomenology, experience, feelings, themes, thematic, ethnograph og focus group.

Søket er begrenset til forskningsartikler som er fagfellevurdert. For å begrense søket er det ikke tatt med artikler som er over ti år gamle. Denne avgrensningen er gjort med tanke på at psykisk helsevern som fagfelt stadig er i endring og utvikling, og for å få innsikt i den siste forskningen på tvangsbruk i psykisk helsevern. Noen av studiene har jeg funnet ved å se på anbefalingene til relaterte artikler som kommer opp under den aktuelle studien, eller ved å lese gjennom litteraturlisten til aktuelle artikler. Jeg har også søkt i databasen til Idunn. Her har jeg brukt lignende søkeord som beskrevet ovenfor, men også søkeord ut ifra mine funn i analysen. Jeg har valgt ut forskningsartikler som omhandler samme tematikk eller har lignende problemstilling som min egen studie. Artikler som er publisert i tilknytning til og på nettsidene til Tvangsforskningsnettverket har dessverre ikke vært tilgjengelige, da disse sidene var under vedlikehold. Disse sidene er nå tilgjengelige igjen, blant annet under tittelen Tvangspub.

Jeg ønsket hovedsakelig å søke etter norske studier, da jeg tenker det er mest relevant, men jeg har også funnet noen relevante studier fra andre land. Det kan være et annet lovverk som er gjeldende der, men man kan anta at opplevelsen og erfaringen med å bruke mekaniske tvangsmidler kan være den samme. Landene jeg har funnet artikler fra og som presenteres i neste avsnitt (Sverige, England, Australia og Canada), kan antas å ha samme mål som Norge om å få ned tvangsbruken, da det er et økende fokus på dette internasjonalt. Gooding et al. (2020) sin litteraturstudie oppsummerer 121 engelskspråklige studier fra over 40 land, som omhandler tiltak for å forebygge og redusere bruk av tvang i psykisk helsevern, i tillegg er det som nevnt oppfordringer fra WHO og Europarådet om å redusere bruken av tvang og styrke fokuset på frivillighet i psykisk helsevern (Europarådet, 2019; WHO, 2021).

Jeg finner studier som ser på pasientenes opplevelse av mekaniske tvangsmidler eller som ser på bruk av flere tvangsmidler under ett, for eksempel studiene til Wilson et al. (2017) og

Lanthén et al. (2015). Jeg finner derimot lite forskning som kun ser på helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler. Det betyr ikke at det ikke finnes. Jeg finner studier som ser på alle tvangsmidler under ett eller som dreier seg om fysisk fastholding (Chambers et al., 2015; Krieger et al., 2021; Mooney & Kanyeredzi, 2021; Wilson et al., 2017). Det kan tenkes at opplevelsen av å for eksempel isolere eller tvangsmedisinere vil være ulik den man har ved bruk av mekaniske tvangsmidler, men opplevelsen av å bruke tvang overfor pasienter kan kanskje ha noen felles elementer.

1.6.1 Presentasjon av tidligere forskning

Her vil jeg presentere studiene jeg har valgt ut som ligger innenfor min problemstilling. Jeg vil gi en kort fremstilling av artiklene.

Husum et al. (2018) ser på helsepersonells erfaringer med etiske utfordringer, tvang og krenkelser innen psykiske helsetjenester i Norge. Resultatene viser at de ansatte anerkjente mange av de utfordringene som pasientene hadde påpekt i lang tid, inkludert overdreven eller uheldig bruk av tvang og muligheten for maktmisbruk, som kunne skyldes mangel på kompetent personale og uheldige kulturer ved institusjonene. De ansatte identifiserte også etiske utfordringer knyttet til usikkerhet rundt lovverket, uformell tvang, tvangsmedisinering, organisatoriske forhold og håndtering av uenighet. Jansen et al. (2022) har intervjuet norske sykepleiere som jobber i akuttpsykiatri. Studien undersøker hvordan dagens mål om å redusere bruk av tvang kan reise moralske problemstillinger og skape opplevelser av moralsk stress for sykepleiere. Studien antyder at pasientene på akuttpsykiatriske avdelinger generelt har større psykiske utfordringer og har en større tendens til å utøve vold, mens sykepleierne opplever en forventning om å minimere tvangsbruken. Dette kan skape dilemma og moralsk tvil om hvor mye sykepleierne skal tåle på pasientenes og egne vegne. Dette kan videre utsette helsepersonell og pasienter for økt voldsrisiko. Sykepleierne i studien hadde bekymringer i forhold til nye idealer og lovgivning. De bekymret seg også i forhold til om dette kunne hindre sårbare og akutt psykisk syke pasienter å få det de trengte av behandling. Mangelfulle ressurser ble trukket frem som ytre begrensninger som hindret sykepleierne i å realisere behandlingsidealet som er satt for dem.

En norsk studie av Hem et al. (2014) ser på hva slags etiske utfordringer knyttet til bruk av tvang som møter helsepersonell i deres kliniske arbeid. Studiens funn beskriver etiske dilemma helsepersonell sto overfor når det gjelder uformell, formell og opplevd tvang. Helsepersonell måtte håndtere ulike etiske utfordringer, ofte også alvorlige spørsmål om liv og død.

Pasientenes verdighet var stadig på spill når tvang ble ansett som moralsk riktig, men også når det ikke var det foretrukne tiltaket. Arbeidet til helsepersonell i psykisk helsevern kan derfor ses på som en moralsk komplisert bedrift. For å bedre helsehjelpen i fysisk helsevern, peker

forfatterne på at en systematisk satsning på etiske utfordringer i møte med tvang, som et viktig steg på veien. Jansen et al. (2020) fant at ansatte innen akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, opplevde mange komplekse etiske dilemmaer knyttet til tvangsbruk, motstridende krav og en tilknytning til pasientenes lidelse som gjør dem utsatt for moralsk stress. Moralsk stress kan føre til redusert kvalitet på omsorgen, som igjen kan føre til dårlig samvittighet og forårsake moralsk stress. Forfatterne peker på at det kan bli spesielt problematisk om moralsk stress fører til at sykepleiere distanserer seg fra pasientene og deres indre. Larsen og Terkelsen (2014) sin norske studie ser på pasienter og ansattes perspektiver på tvang på en lukket avdeling. De fant at det var ulike syn på tvang blant ansatte. Ansatte som var fysisk og følelsesmessig nær pasienten, ga uttrykk for å ha bedre forutsetninger for å forstå hen som en unik person med individuelle behov. Om ansatte blir holdt på avstand, har de en tendens til å se pasienter som en gruppe med felles behov og felles begrensninger.

Det er blitt gjort en systematisk litteraturstudie, som har undersøkt om personalets følelsesmessige reaksjoner påvirker en eskalering av pasienters aggresjon, og funnene tilsier at dette stemmer. Personalets følelsesmessige reaksjoner kan øke pasientens opplevelse av trussel og skape en relasjon til pasienten preget av mistillit og utrygghet. De peker på at mindfulness-baserte intervensjoner kan være nyttige strategier for å øke personalets følelsesmessige bevissthet og emosjonelle kontroll (Haugvaldstad & Husum, 2016).

En svensk studie (Holmgren et al., 2022) tar for seg hvordan sykepleiere på en somatisk avdeling opplever å bruke tvang på pasienter på en nevrokirurgisk avdeling. Studien omhandler alle form for tvang, fra uformell tvang, til tvangsmidler. Sykepleierne opplevde mange vansker med bruken, fra indre tvil til praktiske problemer. Støtte, teamarbeid, åpenhet, retningslinjer og strukturerte refleksjoner ble identifisert som kritiske faktorer for å etablere et tryggere omsorgsmiljø for pasientene, samt å fremme velværet til helsepersonellet.

Wilson et al. (2017) undersøkte forståelsen av hvordan pasienter og ansatte opplever fysisk fastholding i England. Funnene i studien viser at fysisk fastholding førte til negativ følelsesmessig påvirkning som stress, frykt og dehumanisering. Det hadde også en negativ relasjonell virkning på forholdet mellom ansatte og pasienter, hvor de ansatte opplevde en redusert tilfredshet i forhold til jobben. Likevel beskrev pasienter og ansatte fastholding som en nødvendig del av jobben når det handlet om sikkerhetshensyn. Doedens et al. (2020) sin systematiske litteraturstudie fant at sykepleieres holdninger til tvang har endret seg i løpet av de siste to tiårene. Der tvangsbruk før ble sett på som terapeutisk med positive effekter for pasienten, har holdningene nå skiftet til at tvang oppleves som uønsket, men nødvendig for å håndtere aggresjon i et sikkerhetsperspektiv. Sykepleiere ønsket alternative metoder til tvangsbruk, da bruken blant annet medførte sterke negative følelser hos dem.

Sykepleiere i den Australske studien til Muir-Cochrane et al. (2018) uttrykte frykt for en

eventuell utfasing eller forbud mot tvangsmidler. De følte seg som syndebukker for systemet når tvangsmiddelbruk forekom, og tenkte samtidig på hva som kunne komme av konsekvenser om tvangsmidler skulle bli fjernet. De kjente på konflikter overfor det å måtte sørge for sikkerhet for alle tilstedeværende i avdelingen, samtidig som de skulle yte omsorg til den enkelte, og leve opp til politikernes mål om redusering av tvangsmidler. Tvang kan føre til ulike konsekvenser, og funn fra litteraturstudien til Paradis-Gagné et al. (2021) viser at positive konsekvenser av tvangsmiddelbruk kan være blant annet at pasienten gjenvinner kontroll over sin aggressive adferd, samt skaper trygghet for personalet. På den andre siden beskrives tvangsmiddelbruk som en traumatisk opplevelse for sykepleiere, som kan føre til fysisk og psykisk skade både for ansatte og pasienter. Det som hyppigst blir nevnt er brudd på det terapeutiske forholdet til pasienten etter en hendelse med utagering og tvangsmiddelbruk. Uenighet mellom kollegaer i forhold til bruk av tvang og en fare for at personalet tilvennes tvangsbruken, trekkes også frem som konsekvenser. Bruk av tvangsmidler påvirket personalet negativt i den engelske studien til Mooney og Kanyeredzi (2021). Informantene kunne kjenne på at de sto overfor moralske dilemma i forhold til det å akseptere hva som var forventet av dem, i motsetning til det de følte var riktig. De kunne kjenne på selvbebreidelse og skyld og bruken kunne gå utover arbeidsforhold og relasjonen til pasientene. Bruk av tvangsmidler opplevdes ubehagelig, men følte nødvendig ved rett bruk. Sykepleiere i den engelske studien til Chambers et al. (2015) opplevde en kognitiv og emosjonell dissonans, det vil si motstridende tanker og følelser, ved bruk av tvangsmidler. De opplevde frykt, angst og sårbarhet, og så behovet for debrief og dialog etter vanskelige situasjoner og tvangsbruk. Videre, i en studie fra Canada, publisert i april av Mangaoil et al. (2023), utforsker sykepleiere i døgninstitusjoner sin erfaring med tvangsmiddelbruk og deres deltakelse i umiddelbar debriefing etter situasjonen. Studien viser at debriefing av personalet er en viktig ressurs for å gi sykepleiere følelsesmessige- og problemfokuserede mestringsstrategier før man gjenopptar pleie av pasienter etter tvangsmiddelbruk. Man bør tilstrebe og etablere støttende arbeidsmiljø og mestringsstrategier basert på sykepleieres opplevelser etter tvangsmiddelbruken. De peker på at tidligere forskning omkring tvangsmiddelbruk, gjerne omhandler hvordan man kan redusere bruken og hva slags psykisk og emosjonelt stress som kommer av tvangsmiddelbruk, mens det er lite forskning i forhold til sykepleieres mestringsstrategier omkring tvangsbruk.

Oppsummert så viser tidligere forskning at helsepersonell innenfor psykiske helsetjenester står overfor mange etiske utfordringer knyttet til tvang og tvangsmiddelbruk, inkludert overdreven eller uheldig bruk av tvang og muligheten for maktmisbruk. Bruk av tvangsmidler oppleves som negativt både for ansatte og pasienter, men nødvendig å bruke som siste utvei i en akutt situasjon. Tvangsbruk skaper dilemmaer, moralsk tvil og kan føre til det som har fått

betegnelsen «moralsk stress» hos helsepersonell. En kvalitativ studie (Jansen et al., 2022) antyder at helsepersonell opplever at pasienter på akuttpsykiatriske avdelinger har en økt forverring i sin psykiske lidelse før de blir innlagt og at de blir stadig mer utagerende og har en større tendens til vold, samtidig som helsepersonell opplever forventninger om å minimere tvangsbruken, noe som kan utsette helsepersonell og pasienter for økt voldsrisiko og skade. Forskningen peker på at det er behov for systematisk satsning på etiske utfordringer i møte med tvang og oppfølging av personalet i etterkant.

2.0 Teoretisk rammeverk

Nedenfor vil jeg presentere aktuelt lovverk og valgt teori.

En gjennomgang av det relevante lovverket kontekstualiserer rammebetingelsene som helsepersonell må forholde seg til innenfor psykisk helsevern. Dette kan bidra til forståelse av hva slags utfordringer helsepersonell står overfor når de må ta beslutninger om tvangsmiddelbruk.

2.1 Lovverk

Det nasjonale lovverket som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern er fra 1999, og kalles Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Formålet med loven er å sikre at blant annet gjennomføringen av psykisk helsevern skjer på riktig måte, i tråd med vedtatte rettssikkerhetsprinsipper og menneskerettigheter. Det er også lovens formål å forebygge, samt begrense bruk av tvang. Hovedregelen, § 2-1, er at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens eget samtykke. Om selvbestemmelsesretten må settes til side, er slike unntak regulert av psykisk helsevernloven (1999). Kapittel 3 i loven omhandler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. § 3-1 viser til at tvang kun kan gjennomføres om en lege personlig har undersøkt den det gjelder. Legen må gi skriftlig uttalelse og redegjøre for om lovens vilkår for tvungent vern er oppfylt. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon, § 3-2, er gjeldende i inntil 10 dager. Faglig ansvarlig ved gjeldende institusjon vurderer om pasienten oppfylder vilkårene, basert på opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1. Vilkårene som er beskrevet i § 3-2 er at frivillighet må ha vært forsøkt eller at det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Pasienten må være undersøkt av to leger, hvor den ene skal være uavhengig av institusjonen hvor tvungen blir etablert. Andre vilkår for å etablere tvungen observasjon, er at pasienten må mangle samtykkekompetanse, eller det må være fare for pasientens liv og/eller andres liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2, 1,2,3). Det må være overveiende sannsynlig at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er gjeldende for pasienten, at institusjonen er i stand til å tilby pasienten adekvat behandling og omsorg både faglig og materielt og at pasienten har fått mulighet til å uttale seg (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2, 4,5,6). Tvungen observasjon kan kun gjennomføres om en helhetsvurdering tilsier at det er den beste løsningen, eller at den utgjør en alvorlig og nærliggende fare for liv og helse. Det skal legges vekt på hvilken belastning et tvangsmessig inngrep vil kunne påføre den det gjelder (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2, 7). Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern, § 3-3, fattes på bakgrunn av legeundersøkelsen etter § 3-1 og etter en eventuell tvungen observasjon på § 3-2. De samme vilkårene er gjeldende som

etter § 3-2, og pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse (Psykisk helsevernloven, 1999). I forarbeidene til lov om psykisk helsevern har lovgiver definert alvorlig sinnslidelse som i hovedsak å dreie seg om psykose, hvor det er sentralt at det er et tap av kontakt med virkeligheten, samt tilfeller hvor pasienten lider av spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelsen må være så alvorlig at det er overhengende fare for vesentlig eller livstruende skade av helse. I disse tilfellene anses pasienter som hovedregel å mangle samtykkekompetanse (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Vilkårene om tvungent vern anses etter loven som nødvendig for å hindre pasienten i å få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring betydelig redusert som følge av sinnslidelsen, eller at det er overveiende sannsynlig at pasienten i nær fremtid blir vesentlig forverret i sin tilstand. Tvungent vern kan også vedtas om pasienten på bakgrunn av sin sinnslidelse utgjør en fare for eget og/eller andres liv og helse. Før vedtak fattes etter kapittel 3, skal pasienten gis anledning til å uttale seg. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om eventuelle tidligere erfaring med tvangsbruk (Psykisk helsevernloven, 1999).

Kapittel 4 i loven omhandler gjennomføring av psykisk helsevern. Bruk av tvangsmidler er beskrevet i § 4-8. Tvangsmidler kan brukes på pasienter som er innlagt i institusjon for døgnopphold, som er godkjent for å ha ansvar for pasienter som er under tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon (Psykisk helsevernloven, 1999). Tvangsmidler kan brukes både overfor pasienter som er innlagt på tvang og for pasienter som er innlagt på frivillig paragraf, men på frivillige pasienter vil tvangsmiddelbruk gjerne være svært kortvarig og aktualisere en utskrivelse (Helsedirektoratet, 2017, s. 96-97). Tvangsmidler skal ikke være en del av den planlagte behandlingen, og skal kun brukes i akutte situasjoner når lempeligere midler har vært forsøkt eller åpenbart er forgjeves. Videre kan tvangsmidler bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade andre eller seg selv, eller for å hindre betydelig materielle skader. (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Når et tvangsmiddel tas i bruk, skal det være så kortvarig som mulig, samt gjennomføres på en så omsorgsfull og skånsom måte som mulig. Ved iverksettelse av et tvangsmiddel skal bruken kontinuerlig evalueres, og dersom bruken ikke viser seg å ha de forventede virkningene eller fører til uønskede konsekvenser, skal bruken av tvangsmidler umiddelbart avbrytes. Ved akutt nødsituasjon kan ansvarshavende på avdelingen fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding eller isolering hvis kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig. Den faglig ansvarlige skal underrettes så snart som mulig og avgjøre om tvangsmiddelbruken skal fortsette eller avsluttes (Psykisk helsevernloven, 2011).

I 2017 ble det innført endringer i lov om psykisk helsevern, og vilkårene for bruk av tvang

ble innskjerpet (Bremnes & Skui, 2020). Pasientens rett til selvbestemmelse ble styrket i lov om psykisk helsevern. Pasienters rett til vern om personlig integritet ble da nedfelt i §4-2 i psykisk helsevernloven (1999). I en endringslov til psykisk helsevernloven (2017, § 4-2) står det blant annet at tvang og tvangsmidler kun skal brukes til det strengt nødvendige. Så langt det er mulig skal pasientens syn tas hensyn til. Før et vedtak etter lovens kapittel 4 kan fattes skal pasienten, om det er anledning, få mulighet til å uttale seg. En eventuell uttalelse skal nedtegnes i vedtaket. Etter bruk av for eksempel mekaniske tvangsmidler, skal pasienten få minst én ettersamtale om hvordan tvangsbruken ble opplevd og pasientens syn på tiltaket skal føres i journal (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Pasienter som er vurdert som samtykkekompetente kan ikke bli behandlet med tvang. Samtykkekompetanse handler om at pasienten kan forstå hva samtykke innebærer, det vil si at de forstår relevant informasjon og dens relevans for egen situasjon, ha evne til å resonnerer og gi uttrykk for et valg (Pedersen & Nortvedt, 2017). Dette vilkåret betyr at pasienter som er samtykkekompetente kan avslå tilbud om behandling, om de da ikke er vurdert til å utgjøre en fare for eget eller andres liv og helse. Det ble også innført en skjerpelse i forhold til begrunnelser for å fatte vedtak (Bremnes & Skui, 2020). Som nevnt i innledningen er denne lovendringen nå under evaluering, og det kan derfor komme nye endringer i lovverket på sikt.

2.2 Teoretiske perspektiver fra faglitteraturen

Ut ifra funn fra mine intervjuer virker det nyttig å forsøke å belyse dem ved å fokusere på begrepene moralsk stress, som er et etablert begrep fra fagfeltet etikk i helsetjenesten og etisk refleksjon, og som brukes innen helsetjenesten generelt.

2.2.1 Moralsk stress

En subjektiv opplevelse av avmakt og utilstrekkelighet kan defineres som moralsk stress (Aakre, 2016). Moralsk stress kan også beskrives som å være forhindret fra å gjøre det en mener er best i en situasjon, og den negative opplevelsen som oppstår i kjølevannet (Pedersen & Nortvedt, 2017), eller som en tilstand som oppstår om man får beskjed om å gjøre ting man føler er moralsk feil eller er komplett uenig i (Haavik & Toven, 2020, s. 32). Moralsk stress oppstår når man blir hindret i å utføre det en selv mener er et etisk riktig valg, grunnet for eksempel sengemangel, personalmangel, kompetansemangel, ukultur eller byråkrati som stjeler unødvendig tid fra andre oppgaver, og er en vanlig utfordring for helsepersonell i alle deler av helsetjenesten (Aakre, 2016, s. 123). Den moralske samvittigheten reagerer når det som er viktige verdier for en selv, ikke får plass. En kilde til moralsk stress, kan for eksempel være å måtte bli tvunget til å velge hvem av pasientene en skal ha en lengre støttesamtale med, og hvem man kun får tatt tilsyn hos (Haavik & Toven, 2020, s. 32). Å bli tvunget til å gå på

akkord med egne idealer i arbeidshverdagen og stadig oppleve at etiske spørsmål forblir uløste, kan føre til moralsk stress. Det kan være belastende og kjenne på inntrykk som berører sammen med en overveldende arbeidsmengde, samtidig som en skal ta komplekse handlingsvalg ut ifra et moralsk ansvar (Aakre, 2016, s. 123-124). Noen opplever moralsk stress som spesielt belastende, gjerne de som har utviklet en sterk etisk sensitivitet, på samme tid vil kanskje de fleste reagere når yrkesetikken underkjennes eller pasientenes grunnleggende behov blir forsømt (Aakre, 2016, s. 123). Moralsk stress kan komme til uttrykk som utbrenthet og sykefravær, personalkonflikter, varslingsaker og avviksmeldinger, som igjen kan ramme den faglige kvaliteten og pasientene (Aakre, 2016, s. 124).

Handlingsrommet til sykepleiere har lenge vært trangt. I en travel hverdag hvor de etiske dilemmaene har en økt grad av kompleksitet og man mangler noen å reflektere med, blir sykepleierne nødt til å redusere på kravene og tilpasse seg de mulighetene som er gjeldende. Moralsk stress kan endre profesjonell selvforståelse og vaner og kan komme til uttrykk som objektivisering av pasienter og utvikling av kynisme, samt følelsesmessig distansering og manglende empati for pasientene. Dette kan også føre til en svekket moralsk sensitivitet i pleiekulturen som kan ramme pasientene (Aakre, 2016, s. 123-124). Det å føle at en ikke strekker til eller lykkes i møte med pasientene, kan føre til en avmaktfølelse hos helsepersonellet. For å gjenvinne selvfølelse og å kjenne mindre på avmakt og utilstrekkelighet, kan veien være kort til devaluering eller krenkelse av andre. Om man for eksempel ikke oppnår behandlingsresultater eller mislykkes relasjonelt i møte med pasienten, kan avmaktfølelsen føre til at man legger «skylden» på pasienten, og for eksempel betegner hen som et håpløst tilfelle eller som en som er behandlingsresistent (Bøe & Thomassen, 2007, s. 283-284).

Moralsk stress kan som vist føre til utbrenthet, sykefravær, opplevelse av stress og svekket empati. Det kan derfor være nyttig å jobbe med etikk i arbeidshverdagen og tilstrebe å forebygge at sykepleiere utvikler moralsk stress. En metode som har blitt utviklet som skal adressere dette er etisk refleksjon, som blir presentert under:

2.2.2 Etisk refleksjon

Hem et al. (2017) beskriver etikkrefleksjon som en form for systematisk refleksjon som tar for seg hva som er riktig eller galt, eller hva som bør gjøres i en bestemt situasjon. Dette kan være utløst av et konkret etisk dilemma man står overfor. Refleksjonen kan også innebære å tenke over hvilke moralske verdier, normer og etiske prinsipper som er involvert i en situasjon, eller som bør være retningsgivende for vår praksis generelt sett. Dette kan føre til en grundigere og mer kritisk refleksjon rundt moralske begrunnelser og rundt kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget (Hem et al., 2017, s. 25). Pedersen og Nortvedt (2017) legger vekt på at etikkrefleksjon bør

skje nærmest mulig situasjonen eller et oppstått dilemma. Temaet man tar opp bør dreie seg om etiske utfordringer man står overfor i arbeidshverdagen, som innebærer usikkerhet og som kanskje ikke har en ideell løsning. Dette kan for eksempel handle om avveininger omkring pasientens autonomi kontra de ansattes behov for sikkerhet. Det å diskutere og komme frem til løsninger i fellesskap kan utfordre og endre våre antakelser og grunnleggende verdier. Det kan styrke ansattes kompetanse og kjennskap til egne verdier, og kan på den måten komme pasientene til gode (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 326). I en etikkrefleksjonsgruppe er det ønskelig å lære om hvordan for eksempel kollegaene våre tenker og hva vi kan lære av hverandre, i motsetning til å prøve å finne den ene sannheten eller overbevise andre om eget syn (Hem et al., 2017, s. 34). Gjennom kollektiv refleksjon med en strukturert dialog kan man bedre forstå og håndtere vanskelige situasjoner man står i på arbeidsplassen (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 338). En refleksjonsmodell kan ifølge Pedersen og Nortvedt (2017) bidra som et verktøy for struktur og systematikk i en etikkrefleksjonsgruppe. En modell det er god kjennskap til og erfaring med i Norge er SME-modellen (Senter for medisinsk etikk), som består av seks trinn. Med denne modellen begynner man med å ta for seg hva som er det etiske problemet i en konkret sak, for så å belyse fakta som er gjeldende. Man tar for seg berørte parter og hva som er deres syn på saken. Deretter kommer man inn på hvilke normer og lover som er aktuelle og hvilke etiske prinsipper og verdier som berøres. Så ser man på handlingsalternativene som finnes, for til slutt å gjøre seg opp en helhetsvurdering. Ofte er det behov for å veksle mellom de ulike trinnene i SME-modellen (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 328-329). Hem et al. (2017, s. 28) peker på at det er gjort flere evalueringer og studier i forhold til bruk av refleksjonsgrupper i psykiske helsetjenester, som har sett på betydningen av og erfaringen med etikkarbeid. Disse viser at refleksjonsgruppene bidro til større etisk kompetanse hos deltakerne, bedre samarbeid blant helsepersonell, større grad av bruker- og pårørende-involvering og mer effektiv ressursutnyttelse.

3.0 Metode og utvalg

En metode er redskapet forskeren bruker for å hente inn data, organisere og tolke dem. Hensikten med alle metoder er å sikre at svarene man kommer frem til blir pålitelige og gyldige. Man skiller gjerne mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Polit & Beck, 2021). Enkelt forklart kan man si at kvantitativ metode undersøker data som er målbare og kvantifiserbare, hvor man kan få informasjon om for eksempel en større gruppe. Fellestrekk er det gjennomsnittlige, og man kan få oversikt ved å teste ut sammenhenger og variabler. Ved bruk av kvalitativ metode kan man søke kunnskap innen et ukjent felt, direkte fra de som har erfart fenomenet man forsker på. Her er forskeren ute etter kunnskap i form av forståelse for informantens perspektiv, i stedet for å forklare adferd eller kvantifisere. Kravene til kvalitet og vitenskapelighet, det vil si blant annet redelighet og reproduserbarhet, er imidlertid de samme for begge metodene (Polit & Beck, 2021).

3.1 Fenomenologi som vitenskapsteoretisk forankring

Edmund Husserl regnes som grunnlegger av fenomenologien, en erfaring- og opplevelsesorientert tradisjon som dreier seg om hvordan verden dannes av vår bevissthet, slik den erfares av subjektet. I fenomenologien regnes subjektivitet som forutsetningen for forståelse (Thornquist, 2018, s. 22-23). Husserl mente naturvitenskapen generaliserte, kun var opptatt av det objektive, og ikke kunne gi oss kunnskap om subjektive erfaringer og opplevelser. Han ønsket å få frem en annen oppfatning av hva vitenskap og kunnskap er. Han dannet begrepet «livsverden» for å peke på det som manglet i den naturvitenskapelige tilnærming. Livsverden, en felles sosial verden hvor mennesker lever sine daglige liv med sine vante rutiner, ble et sentralt begrep i fenomenologien. Dette for å synliggjøre og forstå at subjektiv bevissthet og menneskelig erfaring ikke kan generaliseres eller objektiviseres (Jakobsen, 2021, s. 110).

Ontologi betyr læren om væren, eller læren om hva som er virkelig. Slik jeg forstår det, handler fenomenologiens ontologi om at menneskets subjektive erfaringer og bevissthet er like virkelige som det man kan observere og måle i naturvitenskapen (Thoresen et al., 2020).

Epistemologi betyr læren om kunnskap. Epistemologiske spørsmål legger vekt på at man kan tilegne seg vitenskapelig kunnskap om opplevde fenomen via dette førstepersonsperspektivet (Thoresen et al., 2020, s. 13-14). Et fenomenologisk perspektiv kan åpne opp for ny innsikt om det å være menneske som vi ikke har fra før (Thoresen et al., 2020, s. 18). «Fenomenologi som teoretisk perspektiv gir en særlig tilgang til økt innsikt i og forståelse for medisinske og helsefaglige fenomener og erfaringer» (Thoresen et al., 2020, s. 23). I Sentrum for

fenomenologiens studier er formidling av subjektive erfaringer, slik de fremstår i individets livsverden (Jakobsen, 2021, s. 109). Jeg har gjennom denne studien ønsket å få tak i fyldige beskrivelser av informantenes erfaringer med å bruke mekaniske tvangsmidler. Jeg mener derfor at ved å ha et fenomenologisk perspektiv på studien, har jeg forsøkt å forene informantenes livsverden med vitenskap og filosofi og på den måten forsøkt å oppnå en dypere forståelse for deres levde erfaringer med fenomenet (Thornquist, 2018, s. 105).

Fenomenologisk forskning er derfor vitenskap man tilegner seg via et førstepersonsperspektiv og handler om å beskrive og forstå disse erfaringene gjennom dette perspektivet (Thoresen et al., 2020, s. 24-25). «Nettopp fordi en i denne tradisjonen er opptatt av å yte levd erfaring og levd liv rettferdighet, tillegges fyldige bekrivelser av menneskers erfarings- og meningsverden stor betydning» (Thornquist, 2018, s. 106).

Det er naturlig å nevne hermeneutikken i denne sammenheng da all forskning vil innebære en grad av fortolkning, og for å nærme meg erfaringene og opplevelsene til informantene, må jeg søke forståelse via en viss grad av fortolkning (Thoresen et al., 2020, s. 126).

Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi kan få kunnskap om verden, samtidig som den hjelper oss med å forstå hvordan vi gir verden mening gjennom vår tolkning av den (Thornquist, 2018, s. 167). Denne tolkningsprosessen kan hjelpe oss til å oppdage nytt meningsinnhold, ved at vår opprinnelige forståelse blir utvidet og innlemmet i den andres forståelse (Thornquist, 2018, s. 171). Den hermeneutiske sirkel er en prosess av erkjennelse hvor vi veksler mellom ulike deler og helheten, i forsøket på å oppnå best mulig forståelse for begge. Hver gang vi oppnår forståelse for en del av virkeligheten, oppnår man en større forståelse for helheten. Den nye forståelsen for helheten belyser deretter delene på en ny måte, som igjen kan gi oss en ny forståelse av de enkelte delene. Denne fordypningen i meningsforståelse bidrar til en økt helhetsforståelse. Den hermeneutiske sirkel er med andre ord en erkjennelsesprosess der vår forståelse av deler og helhet påvirker hverandre, og kan føre til ny innsikt (Thornquist, 2018, s. 171).

3.2 Valg av metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å gjøre individuelle intervju med en fenomenologisk tilnærming, med tanke på at jeg er ute etter opplevelser av et fenomen og ikke årsaksforklaringer. Dette valget ble tatt fordi jeg mener jeg ved denne metoden kan få større kunnskap om min spesifikke problemstilling, ved å spørre dem som innehar akkurat denne erfaringen. I presise og konkrete beskrivelser fra informantenes erfaringer finnes det en essensiell mening, som kan hjelpe meg å få svar på det jeg skal undersøke (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 58). Det er også viktig for meg at det er helsepersonellens opplevelser som styrer intervjuet.

3.3 Individuelle intervju

Et kvalitativt individuelt intervju som metode, er en strukturert samtale hvor hensikten er bestemt av intervjueren/forskeren, og hvor man forsøker å undersøke informantenes opplevelser og forståelse av verden gjennom deres egne ord (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 9-10). Man er ute etter å få tak i fylldige beskrivelser fra livsverden til dem man intervjuer om et gitt fenomen. I kvalitative intervjustudier er forskeren selv et forskningsinstrument hvor interaksjonen mellom forsker og informant fører til samskaping av kunnskap (Brinkmann & Kvale, 2018). Når man er ute etter en informants erfaring og opplevelse, forutsetter det da et intersubjektivt aspekt. Denne intersubjektiviteten oppstår i møte mellom forsker og informant, ansikt til ansikt, om man får ta del i den andres livsverden og kommunikasjonen blir meningsfull (Thoresen et al., 2020, s. 29). Det krever imidlertid at jeg som forsker er nysgjerrig og åpen i forhold til det informanten formidler, for at jeg skal få solid kunnskap om temaet fra et førstepersonsperspektiv (Thoresen et al., 2020, s. 48).

Det er stor grad av fleksibilitet ved at man kan tilpasse spørsmålene underveis. Ved å velge individuelle intervju som metode, tror jeg at jeg kan ha fått mer oppriktige svar da informantene var anonyme for andre enn meg. Det kan tenkes at det var lettere å åpne seg når vi kun var to til stede. Informantene ble intervjuet om et sensitivt tema, og de behøvde da ikke å tenke på hva deltakere i en gruppe ville tenke om det de sa, med tanke på at informantene kan ha ulik holdning og opplevelser omkring bruk av mekaniske tvangsmidler (Brinkmann & Kvale, 2018).

3.4 Utvalg og rekruttering

I en kvalitativ studie med et fenomenologisk perspektiv har man gjerne et lite utvalg av deltakere, hvor alle må ha erfart fenomenet som skal undersøkes og være i stand til å formidle hvordan det er å ha denne livserfaringen (Polit & Beck, 2021, s. 188).

Inklusjonskriterier har derfor vært informanter med minst tre års helsefaglig utdanning, og som har jobbet minst tre til fem år innenfor psykisk helsevern. Jeg har valgt å fokusere på helsepersonell som arbeider ved akuttavdeling, da de ofte bruker tvangsmidler i sin arbeidshverdag. Ifølge helsedirektoratet gjelder rapporterte tvangsmiddelvedtak nesten utelukkende forløp som startet som en akuttinnleggelse (Bremnes & Skui, 2020).

Jeg har sendt og delt ut informasjonsskriv om studien til akutteneheter som er lokalisert sør i Norge. Enhetsledere ved ulike akuttposter har deretter videreformidlet informasjon om studien til aktuelle kandidater. Jeg har så fått kontaktinformasjon til dem som kunne tenke seg å delta i studien. To av informantene har tatt kontakt på eget initiativ, etter å ha hørt om studien på jobb.

Det gikk relativt raskt å få det antall informanter jeg hadde sett for meg. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for fem til seks informanter.

Det ble rekruttert seks informanter fra ulike akuttposter. Informantene som ble rekruttert, er alle sykepleiere. Noen av dem har videreutdanning innen psykisk helse og er spesialsykepleiere. Det var til sammen fire menn og to kvinner, som hadde fra fem til tjue års arbeidserfaring ved akuttpost, med et vidt aldersspenn. I analysen er de anonymisert med nummer fra en til seks. Med tanke på at antall informanter er lite, har jeg valgt å betegne alle informantene som hen av hensyn til anonymitet. Innledningsvis var problemstillingen min om helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler, men med tanke på at det kun var sykepleiere som takket ja til å delta, ble problemstillingen endret til å kun omfatte sykepleiere.

3.4.1 Informert samtykke

Informantene mottok på forhånd et informasjonsskriv (se vedlegg 1) om studien etter mal fra Norsk senter for forskningsdata, Sikt (tidligere NSD). Her ble det opplyst om hva som var studiens formål og hva opplysningene som ble samlet inn skal brukes til. Det ble også opplyst om kriterier for utvalg (Norsk senter for forskningsdata, u.å.-c).

Det ble gitt informasjon om at UIA er ansvarlig for behandlingen og lagring av personopplysninger, og om hvilke opplysninger som ble samlet inn under de individuelle intervjuene. Det er kun meg som har hatt tilgang til personidentifiserende data og jeg har taushetsplikt. Mine veiledere fikk tilsendt analysene etter at informantene var anonymisert. (Universitet i Agder, 2018).

Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige informanter. Det ble opplyst om at det var frivillig og delta og det ble presisert at det ikke ville få negative konsekvenser for dem om de i ettertid skulle ønske å trekke seg fra studien, frem til analysen var gjennomført. Informantene fikk også informasjon om at deres identitet ville bli anonymisert, samt at alle opplysninger ville behandles konfidensielt og at ingenting kunne spores tilbake til dem. De fikk også informasjon om hvordan dataene oppbevares før sletting (Norsk senter for forskningsdata, u.å.-c).

Opplysninger fra informantene om tredjepersoner er taushetsbelagte. Helsepersonell kan ikke dele opplysninger som kan identifisere pasienter de snakker om under intervjuet, og dette fikk de en påminnelse om i informasjonsskrivet og før intervjustart (Norsk senter for forskningsdata, u.å.-b).

Informantene fikk kontaktopplysninger til prosjektansvarlig og UIA sitt personvernombud. De fikk også tilgang til intervjuguiden (se vedlegg 2) i forkant av intervjuet. Jeg informerte dem om min egen bakgrunn og kjennskap til fenomenet før intervjustart.

3.5 Datainnsamling

Etter å ha opprettet kontakt med informantene avtalte vi et tidspunkt for intervju som passet for dem. De fikk utdelt intervjuguiden på forhånd, og de fikk selv velge hvor de ville bli intervjuet. Fire av intervjuene ble gjennomført ved informantenes eget arbeidssted, mens to intervju ble gjennomført hjemme hos den aktuelle informanten, etter deres ønske. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker. Før intervjuet startet, informerte jeg dem om studien, deres rettigheter og mulighet for å trekke seg frem til analyse av datamaterialet var gjennomført. Etter at jeg hadde informert om studien, besvarte jeg også spørsmål informantene måtte ha om min egen bakgrunn, arbeidserfaring og studiet jeg går på. De fikk utdelt informasjonsskriv og ble forsikret om at de bare måtte ta kontakt om de lurte på noe i etterkant.

Intervjuguiden inneholdt få, men åpne spørsmål. Jeg merket at det var vanskelig å få intervjuet til å vare i 45 minutter, slik jeg hadde sett for meg, og jeg kjente på at de fleste intervjuene ikke tilførte noe nytt etter cirka 25 til 30 minutt. Jeg måtte også utdype enkelte av spørsmålene til flere informanter, da de sto litt fast og var usikre på meningen bak enkelte av spørsmålene. Det var en uvant setting for meg, og jeg følte meg også litt usikker i intervjurollen. Jeg merket at jeg underveis tenkte mye på at jeg ikke måtte stille oppfølgingsspørsmål som var ledende og så videre. Jeg tenker at personer med mer erfaring kunne fått andre og mer utfyllende svar fra informantene. Det hadde muligens vært lettere for meg med et semistrukturert intervju med litt flere spørsmål, men jeg forsøkte å ha en bevisst naivitet under intervjuet ved å være åpen, nysgjerrig og lydhør overfor informantene slik at deres beskrivelser ble så omfattende og forutsetningsløse som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015). De fleste informantene trengte litt tid på å venne seg til settingen og det å ha båndopptaker på, men jeg opplevde at praten gikk lettere etter hvert som de hadde fått snakke litt. Noen trengte et par pauser underveis.

3.6 Transkribering

For å få best mulig kjennskap til datamaterialet, valgte jeg å transkribere lydfilene med intervjuene selv (Braun & Clarke, 2006). Jeg transkriberte fortløpende etter hvert intervju som ble gjennomført, så autentisk som mulig og mer eller mindre ordrett. Jeg tok allikevel ikke med ord som var gjentakende, for eksempel at en person begynner på en setning, for så å pause og så starte på nytt med samme begynnelse. Jeg har også utelatt, tenkeord som eh og hm. Alle informantene, utenom to stykker, hadde forskjellige dialekter. Jeg valgte å transkribere til bokmål for å best mulig ivareta anonymitet. En styrke ved intervju som metode er at jeg kan oppdage nye meninger om kjente fenomen ved grundig gjennomlesning av det transkriberte materialet, og at intervju derfor kan gi betydelig ny kunnskap om det jeg vil utforske (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 9).

3.7 Analyse

Når man har samlet data, trenger man en metode for å analysere datasettet. Jeg har valgt å analysere materialet ved hjelp av Braun og Clarke (2006) sin tematiske innholdsanalyse. Det er en fleksibel metode for å analysere kvalitative data og er ikke teoretisk bundet. Den blir fremstilt som lett å lære og som en metode som derfor egner seg godt for uerfarne forskere. Det er en metode for å identifisere, analysere og rapportere ulike tema som finnes i datasettet. I deres artikkel beskrives seks steg som hjelper en med en retning for å finne gjentakende mønstre og felles meningsinnhold i datamaterialet. Forskeren har en aktiv rolle og velger ut de mønstre som er av interesse. De seks stegene består av å gjøre seg kjent med hele datamaterialet, for så å generere foreløpige koder. Deretter søker man etter tema eller gjentakende mønstre i materialet. Neste steg er å vurdere temaene, som blir studiens funn. Så definerer en og navngir temaene, for så til slutt å skrive rapporten som er resultatene av denne metoden. Metoden er som nevnt fleksibel og de seks stegene er retningslinjer, ikke regler. Man kan derfor hoppe frem og tilbake mellom de ulike stegene, om det er behov (Braun & Clarke, 2006).

3.7.1 Analyseprosessen

Allerede mens jeg gjennomførte intervju nummer to og tre, merket jeg meg at det var tema som gikk igjen hos informantene. Jeg noterte tanker jeg gjorde meg underveis i prosessen. I følge Braun & Clarke (2006) kan analysen av datasettet starte allerede ved innsamling av data, i dette tilfellet under gjennomføring av intervjuene, ved at forskeren blir oppmerksom på mønstre i meningsinnhold. Etter hvert som jeg transkriberte materialet dannet jeg meg et begynnende bilde av mulige tema.

Da jeg skulle i gang med selve analyseprosessen startet jeg med å lese gjennom hele datamaterialet flere ganger for å prøve å få en best mulig oversikt. Jeg noterte stikkord og mulige temaer underveis, og streket ut sitater som pekte seg ut.

Jeg hadde en induktiv tilnærming til datamaterialet, hvor jeg forsøkte å danne kategorier fra rådata som var tekstnære og konkrete (Braun & Clarke, 2006).

Dette var en omfattende og til tider nokså frustrerende prosess. Det følte ofte som om jeg tok et skritt frem, og to tilbake, når jeg skulle sammenstille meningsenheter fra datamaterialet til ulike tema. Jeg samarbeidet i tillegg med veilederne mine som leste gjennom analysedata to ganger for å validere analysearbeidet som var blitt gjort.

3.8 Metodekritikk

Den epistemologiske forståelsen for intervjuet med et fenomenologisk utgangspunkt, er at jeg åpner meg for det som blir fortalt. Når man skal frembringe kunnskap om et fenomen med

dette perspektivet, må man forsøke å sette egen forforståelse i parentes. Husserl brukte begrepet epoché om denne bevisstgjørende prosessen, som har hjulpet meg å reflektere over hva min tidligere erfaring og mine subjektive antagelser om tvang betyr for de forskningsfunnene jeg har kommet frem til. Jeg har gjennom hele oppgaven forsøkt å åpne meg for det som ble beskrevet av informantene. Tankene jeg hadde fra før om å bruke mekaniske tvangsmidler, har jeg forsøkt å sette til side, for å unngå at disse skulle påvirke min forståelse og tolkning av forskningsmaterialet. Dette kan ha hjulpet meg å motvirke forutinntatthet, og i stedet hjulpet meg til å møte fenomenet jeg har undersøkt med større grad av interesse og undring (Thoresen et al., 2020, s. 99-100). Det kvalitative intervjuet har fokus på innholdet i informantens erfaringer, men jeg må samtidig være oppmerksom på at jeg som forsker kan ha påvirket kunnskapen som utviklet seg (Brinkmann & Kvale, 2018). En svakhet med metoden er at det kan oppstå uheldige omstendigheter som kan hindre et godt intervju, blant annet med tanke på at jeg ikke har tidligere erfaring med å intervju. De første minuttene er avgjørende, og det er viktig å oppnå en god kontakt med informanten. Om hen ikke slapper av og er komfortabel, er det et dårlig utgangspunkt for å snakke fritt om egne opplevelser (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 62).

En annen begrensning er at det i denne kvalitative intervjustudien er relativt få informanter og det kan minske studiens overførbarhet til lignende kontekster. Det er et for lite utvalg til å trekke en generell konklusjon rundt helsepersonells opplevelser. Samtidig er det sjeldent det som er målet i kvalitativ forskning (Thoresen et al., 2020, s. 90). Brinkmann & Kvale (2018, s. 49) peker på at det er en generell oppfatning at mange intervjustudier kunne ha profitert på å ha færre informanter, og heller brukt tiden på forberede og analysere intervjuene.

Jeg må også anerkjenne at en annen intervjuperson kunne ha kommet frem til andre funn og annen kunnskap, selv med samme problemstilling som meg, ved at det kunne ha blitt skapt et annet samspill mellom de involverte (Brinkmann & Kvale, 2018).

3.9 Overførbarhet til lignende kontekster

Et kvalitetsmål i kvalitativ forskning er at man har forholdt seg til kriteriene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet til lignende kontekster. Pålitelighet indikerer at man har en intern logikk eller en sammenheng gjennom hele studien. Gyldighet dreier seg om hvorvidt tilnærmingen en har brukt er den mest relevante for å finne svar på problemstillingen. Overførbarhet handler om forskningens relevans i forhold til andre lignende situasjoner (Thagaard, 2013, s. 194; Tjora, 2018, s. 79).

Det er en styrke at jeg har hatt mulighet til å kunne sikre den dialogiske validiteten på den intervjubaserte kunnskapen underveis, ved at jeg kunne spørre informantene om jeg hadde forstått dem riktig, men studiens validitet og gyldighet hviler også på kvaliteten på arbeidet og

evnen til å være transparent gjennom hele forskningsprosessen (Brinkmann & Kvale, 2018). Funnene er som nevnt ikke generaliserbare. På den andre siden kan studien, slik jeg forstår det, bidra til ny kunnskap og være overførbart til andre situasjoner om jeg kan hente ut en essens, det vil si noe fellesmenneskelige i helsepersonells opplevelse med å bruke mekaniske tvangsmidler (Thoresen et al., 2020, s. 90). Diskusjonen indikerer at funnene jeg har kommet frem til er overførbare til lignende kontekster, og dette støttes opp av tidligere forskning rundt temaet.

4.0 Etiske overveielser

Før oppstart av rekrutteringsprosessen og intervju, sendte jeg søknad til og fikk godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata, NSD og Fakultetets etiske komite, FEK (se vedlegg 3 og 4). Det ble også hentet inn godkjenning fra sykehus hvor jeg har fått informanter fra.

Å delta i studien og å gi opplysninger om et vanskelig og sensitivt tema kan ha negative konsekvenser for informantene. Det er mulig det å bli intervjuet om dette kunne få dem til å føle at jeg beskyldte dem for å gjøre noe galt i sitt arbeid, og at de da kunne kjenne på følelsen av å være dårlige psykiske helsearbeidere. Jeg tenker informantene også kan ha opplevd å føle seg krenket om jeg har spurt videre om noe de egentlig ikke ville snakke om, eller at de eventuelt kan ha angret i ettertid på at de har vært for åpne. Tvang fører ofte til etiske dilemmaer for helsepersonell (Husum et al., 2018). Det er derfor også mulig at de kunne komme til å huske vonde følelser fra erfaringer med å bruke mekaniske tvangsmidler, og føle seg konfrontert med egen samvittighet. Noen helsepersonell har kanskje opplevd å bli skadet under gjennomføring av tvangsvedtak, og kan ha fått følelser omkring dette som kan ha vært vanskelige. På den andre siden kan det hende det føltes bra å dele opplevelser som kan ha vært tøffe. Jeg har selv erfart at det ikke alltid gjennomføres debrief etter utagering og tvangsbruk. Det er mange ganger avhengig av personalet som er på vakt akkurat da, eller om enhetsleder er på jobb. Noen har som rutine å snakke gjennom hendelsen i etterkant, mens andre ikke legger vekt på dette. Mange ganger er det heller ikke tid eller nok personal til å gjennomføre slike samtaler. Jeg tenker allikevel at potensiell ubehag hos informantene overskygger mulige fordeler av studien (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 34). Informantene er utdannet helsepersonell og beskriver viktige erfaringer fra arbeidshverdagen. Samtidig har sannsynligvis intervjuene kommet inn på svært personlige opplevelser, og jeg må passe på å ikke utnytte denne innsikten i informantenes livsverden. Jeg har som forsker en etisk forpliktelse til å hindre eller minimere skade og ubehag, i studier som involverer andre mennesker (Polit & Beck, 2021, s. 63). Jeg som forsker har også generelt sett enerett på tolkningen av informantenes uttalelser. For å styrke studien kunne informantene blitt gitt muligheten til å lese gjennom det transkriberte materialet for å sikre at jeg har gjengitt uttalelsene deres riktig, da min fortolkning kan føre til at informantene opplever at deres integritet krenkes (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 19), men i lys av at dette er en masteroppgave ville dette arbeidet kunne tatt uforholdsmessig mye tid. Informantene kan ha opplevd at de ikke fikk god nok informasjon om studien i forkant, og at intervjuet ikke ble sånn de hadde sett for seg. De kan ha angret på ting de har sagt, og også angret på selve deltakelsen. De skulle da ha rett til å få slettet deres intervju eller trekke seg frem til analysedelen (Norsk senter for forskningsdata, u.å.-a). Ingen av informantene i denne studien har valgt å gjøre det.

Kan spesifikke hendelser en informant har fortalt om være gjenkjennelig hos informantens

kollegaer? Her må jeg passe på å veie deres anonymitet opp mot mitt ønske om å legge frem gode funn, slik at ikke personvernet blir krenket (Flick, 2018, s. 144). En annen utfordring som kan oppstå mellom oss i etterkant, er om informantene opplever studien som krenkende og respektløs, om det dokumenters funn som gir et ufordelaktig inntrykk av helsepersonell i psykisk helsevern som gruppe. Jeg som forsker må vurdere hvordan ting skal presenteres for å ikke virke stigmatiserende på gruppen jeg forsker på (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 34).

4.1 Oppbevaring av data

Personvernopplysninger ble oppbevart i henhold til UIA sine retningslinjer.

I denne studien ble alle filer og dokumenter med personvernopplysninger lagret på en passordbeskyttet server hos UIA (Universitet i Agder, 2018).

4.2 Forskerrollen og konsekvenser for informantene

Jeg arbeider som nevnt selv på en akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg har derfor også erfaring som helsepersonell med å bruke mekaniske tvangsmidler. Min egen erfaring er at dette temaet ikke er noe vi snakker mye om, oss imellom i hverdagen. Vi snakker gjerne mer om hvordan vi løste situasjonen og hva som kunne vært gjort annerledes. Følelsene og opplevelsene våre rundt gjennomføring av tvang, kommer vi i liten grad inn på.

Min forforståelse kan ha farget hva slags spørsmål jeg valgte å stille, hvordan jeg tolket svarene, hva jeg la vekt på i analysen av dataene, og dette kan igjen ha påvirket svaret på problemstillingen (Thoresen et al., 2020, s. 87-88). Det har vært viktig å være bevisst på å ikke inneha en skjult agenda med ønske å få fram informasjon fra informantene, som støttet mine synspunkt og/eller forforståelse (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 19). Jeg har derfor forsøkt å innta en reflekssiv holdning gjennom hele forskningsprosessen ved å være oppmerksom på egen forforståelse, samt ha en åpen holdning til alt fra informanter, datasett og funn (Braun & Clarke, 2019).

Under intervjuene med informantene forsøkte jeg som nevnt å legge min egen forforståelse til side. Jeg tenkte på det som en god mulighet til å virkelig få tak på hvordan andre opplevde å bruke mekaniske tvangsmidler og følelsene de hadde omkring dette. Det kan tenkes at informantene delte friere av sine opplevelser med mekaniske tvangsmidler, da de visste at jeg hadde egenerfaring. På den andre siden kan det ha skapt motsatt effekt, ved at informantene kunne tenke at jeg dømte dem, om de delte av erfaring med noe de trodde jeg kan ha tenkt ikke har vært helt innafor. Det har uansett vært en ubalanse i maktforholdet mellom meg som intervjuer og informantene, da jeg styrte intervjusettingen, bestemte tema for samtalen og hvilke svar jeg ville følge opp, samt at jeg innehar en vitenskapelig kompetanse de nødvendigvis ikke har. Uavhengig om jeg agerte på denne ubalansen eller ikke, så kan

settingen ha ført til at informantene mer eller mindre ubevisst sa det de trodde jeg ville høre (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 18). En annen fallgrube kan være om jeg identifiserte meg for mye med informantene, med bakgrunn i egen erfaring, slik at jeg ikke klarte å opprettholde en profesjonell distanse (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 35).

5.0 Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra de seks intervjuene.

Under analysen ble det klart at informantene hadde mange felles opplevelser rundt mekaniske tvangsmidler og delte mange felles meninger omkring det å bruke tvangsmiddelet. Ved å kode og gruppere data som har felles meningsinnhold i ulike kategorier, har jeg kommet frem til fire hovedtema, som gjenspeiler essensen av informantenes erfaringer.

De fire hovedtemaene er:

- Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere
- Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler lettere
- Aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler
- Alternativer til mekaniske tvangsmidler

5.1 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere.

Alle informantene i denne studien hadde kjent på vanskelige følelser omkring bruk av mekaniske tvangsmidler. Det ble beskrevet som utfordrende, krevende og som en påkjenning å bruke belter. Flere beskrev at det ikke følte bra. En informant kjente på at det vanskeligste med jobben var å påføre noen en sånn krenkelse. Alle mente allikevel det var helt nødvendig å bruke belter, grunnet blant annet egen og pasientens sikkerhet. En informant beskrev det som et helt nødvendig onde. Det er et gjennomgangstema i hele datamaterialet at beltebruk er siste utvei og ingen «quick fix», og at man prøver å gjøre det så skånsomt som mulig.

To informanter beskrev det slik:

«Det er alltid krevende å måtte gå til det skrittet å påføre noen belter. Jeg synes det er utfordrende, sånn personlig, men jeg ser samtidig på en måte behovet for det. ... Men det er aldri noe man liker å gjøre. Det er alltid en krevende dag på jobben, synes jeg»
(Informant 4)

Man forsøker alltid å komme i posisjon til å snakke, men noen ganger når det er armer og bein, knyttneve, spark, spyting, slag, trusler, da er det jo vår sikkerhet. Den veier tungt. Og da er det nødvendig» (Informant 1)

En informant nevnte flere ganger at det opplevdes som et nederlag å måtte ty til belter. Hen kunne kjenne på avmakt og en følelse av å ha feilet:

«Jeg kjenner på litt avmakt. ... Min subjektive følelse er at det er jo litt et nederlag. Da har man ikke kommet gjennom med alt det andre. ... Det er siste utvei, og ja da har

alt annet feila. Noen ganger tenker jeg kanskje at en selv har feila litt. Det er ikke en god følelse» (Informant 5)

På spørsmål om det var aspekter som kunne gjøre det vanskeligere å bruke mekaniske tvangsmidler nevnte fire av informantene at de opplevde at det var spesielt krevende å beltelegge pasienter med overgrepshistorikk, da de blant annet var redde for å retraumatisere dem. Flere beskrev at det var vanskelig å påføre pasienter en slik krenkelse når man kjenner til pasientens historikk med traumer. To informanter beskrev blant annet:

«Så har du jo også de som opplever at det er svært traumatisk å bli lagt i belter, spesielt hvis de har en overgrepshistorikk på forhånd, så vil det jo retruamatisere dem. Det er jo litt vanskelig og det har vi ofte i tankene» (Informant 6)

«Det er noe av det vanskeligste med jobben. Å påføre noen en sånn krenkelse. ... Og det man eventuelt vet om traumehistorikk, overgrepshistorikk og da skulle være i en sånn situasjon der man bruker fysisk makt for å håndtere et annet menneske, det synes jeg er vanskelig» (Informant 4)

På samme spørsmål beskrev informantene også at de opplevde det vanskelig å bruke belter på blant annet førstegangsinleggelses, pasienter under 18 år, eldre og pasienter med demensdiagnose eller en kognitiv svikt. En informant kunne kjenne ekstra ubehag ved å bruke belter på pasienter som har somatisk sykdom som potensielt kan forverres grunnet immobilisering i beltene. Flere mannlige informanter beskrev at det var vanskelig med unge jenter, og at det følte ubehagelig å være flere menn som må beltelegge ei ung jente. Det ble også beskrevet at det er vanskelig med pasienter som man ser er veldig redde i det belteleggingen skjer.

«Så gamle pasienter, særlig når de er demente, å legge de i belter. De forstår jo ingenting av det som foregår. Det er vanskelig. Det er jo kjipt da. Egentlig all mulig slags bruk av fysisk makt mot eldre. Og det blir mye av det samme med de som er helt unge også da. Det er jo veldig uheldig» (Informant 2)

En informant snakket om at hen har erfart at det for noen pasienter kan gi en viss status å havne i belter, og at noen derfor ser ut til å ville bli beltelagt. Hen opplevde da et dilemma i forhold til om det var riktig å beltelegge når disse pasientene utagerte. Hen hadde opplevd flere ganger i etterkant av beltelegging, at medpasienter fortalte at den aktuelle pasienten hadde lagt ut bilde/video ved siden av beltesengen på sosiale medier. Hen hadde selv sett flere videoer som pasienter hadde lagt ut.

«Det er jo et dilemma å bruke belter når jeg faktisk vet de er dønn tilregnelige og vet hva de gjør, og jeg mer har lyst å ringe til politiet. ... Hvis de vil så kan jeg få kontakt å få snakket de ned, men så vet jeg også at med all sannsynlighet så vil de ikke, fordi de vil ha det på tik tok eller what ever at de har vært i belter» (Informant 1)

Flere informanter snakket om at det kunne være utfordrende og vanskelig å komme til for å hjelpe å beltelegge i en situasjon man ikke har vært en del av fra start. De kunne kjenne på følelsen av at ting kunne vært gjort annerledes, men at det var vanskelig å uttale seg når man ikke hadde innsikt i hele bildet.

Noen hadde også opplevd å være uenige med annet personal eller vakthavende lege om beltebruk, og var åpne for at i noen tilfeller kunne situasjonen kanskje vært løst på en annen måte. Flere informanter nevnte at å diskutere om man skulle ta i bruk belter eller ikke, foran en pasient man for eksempel fastholder, kunne være etisk vanskelig.

«... men når situasjonen først har oppstått og man har på en måte måtte reagere umiddelbart for å avverge skade og må holde noen fast, så er det vanskelig å diskutere i øyeblikket der man er deltakende i å holde noen fast. Sånn, skal vi gå videre til belteseng? Skal vi ta mobile belter? Skal vi forsøke å trekke oss ut?» (Informant 4)

Alle de seks informantene kunne beskrive opplevelser i forbindelse med beltebruk som de har båret med seg i etterkant. Spesielt opplevelser i forhold til beltelegginger av overgrepsutsatte pasienter, var noe informantene kunne tenke på etter arbeidstid.

En beskrev at hen hadde tenkt flere ganger på om pasienter hen hadde vært med å beltelegge ville være sure eller banke hen om de møttes ute, men at hen heldigvis bare hadde hatt positive opplevelser med å treffe på tidligere pasienter i bybildet. Hen mente dette muligens kunne komme av at man har hatt ettersamtaler etter tvangsbruk og hen opplevde at de fleste pasientene hadde forståelse for beltebruken i etterkant.

En informant kunne kjenne på at det å fortelle hva man jobber med i sosiale sammenhenger kunne være vanskelig da det ofte kom spørsmål om tvangsmiddelbruk, og at det da aldri ble en hyggelig samtale. Det kunne også oppleves vanskelig å få grove trusler mot seg selv eller familien under beltelegginger. En kjente på at hen hadde behov for dele opplevelser med sine nærmeste, samtidig som hen kjente behov for å skåne dem.

«... Og spesielt kanskje når truslene er retta mot familie, men enn meg som person. Men spesifikt med at; jeg skal finne ut hvor du bor, jeg skal oppsøke deg hjemme.. Men det går en balansegang med at jeg ikke har lyst å snakke om det hjemme heller og videre bringe den frykten. Samtidig så har man jo lyst at de nærmeste skal vite hva man går igjennom» (Informant 4)

Flere informanter kom inn på at de opplevde at beltebruk blir feil fremstilt i media og kun blir presentert med et negativt fokus. En informant mente at all tvangsbruk blir fremstilt som forferdelig, med mindre en pasient dreper noen. Hen opplever da at det blir fremstilt som at psykiatrien hadde brukt for lite tvang. Det ble videre nevnt av flere at forslag om å fase ut bruken av belter handler om at folk utenifra ikke forstår hva de står i og hva man kan risikere av skader på jobb. Flertallet sa de ville følt seg utrygge på jobb uten muligheten for å bruke belter på alvorlige syke pasienter, som er til fare for seg selv og/eller andre. En nevnte at hen ikke trodde det ville være mulig å få til på en akuttpost, og at et slikt forslag høres utopisk ut.

«Ofte blir beltebruk fremstilt negativt i media. For eksempel politikere snakker om at beltebruk skal ned. Og ja, jeg forstår det, men samtidig så tror jeg ikke helt folk utenfor skjønner hva vi står i. Hvor ille det kan være. Hvor farlige pasientene kan være. Vi risikerer faktisk livet vårt av og til. Vi kan bli skadet. Det har jo skjedd flere ganger at pasienter har hatt med seg våpen inn i avdelingen» (Informant 6)

Flere informanter nevnte at det måtte være nok bemanning og faste ansatte for å føle seg trygge, for å redusere risikoen for bruk av belter og for å kunne gjøre prosedyren på en hensynsfull og minst mulig krenkende måte. Det opplevdes derfor som utfordrende å jobbe med uerfarne folk som var usikre på å håndtere utagering og å bruke mekaniske tvangsmidler. Det kunne være spesielt utfordrende i helger, hvor det var mye vikarer og færre personell på jobb.

«I tillegg kan det være utfordrende dersom en jobber sammen med vikarer eller andre personell som ikke er helt sikre med tanke på prosedyrer med tanke på nedlegging av pasienter. ... Usikkerhet hos personal skaper jo også mer usikkerhet hos pasienten da» (Informant 6)

Noen av informantene forklarte at det kunne oppstå sterke følelser hos både personal og pasient under en belteleggingssituasjon. En beskrev at hen kunne kjenne det var på tide å få pasienten i belter, når en pasient hadde holdt på over lengre tid med å lage uro, være truende eller utagere. Noen kunne kjenne på både frykt og sinne, og at det av og til måtte jobbes med egen følelsesregulering i situasjonen for ikke å bli sint og aktivert selv. Om man opplevde at egne følelser kunne komme ut av kontroll, pekte en informant på viktigheten av å ha kollegaer hen var trygg på, som kunne se an situasjonen og ta over kommunikasjonen med pasienten om hen ikke klarte å opprettholde en profesjonell holdning.

«Jeg har jo kjent kanskje på at nå var det på tide! Nå har du fått holdt på lenge, du har skadet flere av mine kollegaer. ... Og den gangen de kanskje gjør det, så har jeg tatt

meg selv i sånn: endelig! Nå fikk vi han eller hun i belter. Nå får vi litt ro kanskje»

(Informant 3)

5.2 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler lettere

Alle utenom én informant mente at erfaringen deres over tid gjorde det lettere både å stå i en utfordrende arbeidshverdag, og å håndtere negative tanker om det å bruke belter i etterkant. I starten som nyansatt, erfarte de å være usikre og utrygge på hva som var riktig bruk. Mange opplevde sterke inntrykk. Med erfaring beskrev de en økt kompetanse og en større ro og trygghet i situasjonen, samt at det var en nødvendig del av jobben.

Flere kunne kjenne på at man vennet seg til å bruke det etter hvert som man hadde gjort det flere ganger, og at det derfor ikke gikk like mye inn på en som i starten.

«Det er klart at man har blitt mer følelsesmessig avflata i forhold til det da. Så må man bare passe på at det ikke går ut over profesjonaliteten. Men jeg tror kanskje det er viktig at man vet at man klarer å jobbe med de tingene da, når man jobber på en sånn plass» (Informant 2)

Alle informantene mente også at håndteringen blir lettere når man var trygg på sine kollegaer og når alle hadde god opplæring i beltebruk og hvordan man håndterte situasjonen som en gruppe. Det ble nevnt at god samhandling, kommunikasjon og fokus på deeskalering blant personalet, gjorde håndteringen bedre.

«Det som gjør det lettere, ikke i den forstand at man lettere gjør det, men at håndteringen blir bedre. Det er at man har god kjennskap til de man jobber sammen med, er trygg på at alle har de samme ferdighetene, de fysiske tekniske ferdighetene til å håndtere en beltelegging» (Informant 4)

Flere informanter opplevde at det var lettere å bruke belter på utagerende pasienter som var i ruspsykose. Mange hadde erfart at disse pasientene ofte trengte å ligge rolig og være fiksert i beltene for å klare å slappe av og ha effekt av medisiner. Da sovnet de gjerne fort og ble raskere løsnet fra beltene igjen.

Det opplevdes for noen lettere å bruke belter når man hadde en rusa, psykotisk og voldelig pasient og man gikk og ventet på utagering og kanskje også kjente seg redd. Det opplevdes for flere også lettere å bruke belter på pasienter man hadde kjennskap til, og som man erfaringsmessig visste var i behov for beltelegging ved innkomst.

Noen informanter beskrev at det var lettere å bruke belter om en kollega eller en selv ble skadet i utagering, eller om de opplevde at utageringen var viljestyrt. Flere nevnte også at når man

hadde prøvd andre lempeligere midler først, og situasjonen fortsatte å eskalere, så kjentes det trygt å ha muligheten til å bruke belter og på den måten få kontroll.

«... han som kommer inn på amfetamin i hundre, og enten bare skal slåss eller lage kvalme og ture, ja at det kan føre til skade fordi man må gripe inn og holde. Jeg føler at uansett hvor mye medisiner man gir de, så preller det bare av, frem til de havner i belter og de ikke kan ha så stor bevegelsesfrihet og at de gir litt opp og sovner. Sover av rusen. De blir løsnet relativt fort når de har sovnet ...» (Informant 3)

Flere informanter fortalte at de ofte ikke opplevde noe negativt fra pasientene i etterkant, og at det derfor gjorde bruken lettere å håndtere. De hadde erfart at mange pasienter viste forståelse for at beltebruken hadde vært nødvendig, når de for eksempel var i bedring eller ute av rusen.

5.3 Aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler

Generell uro og kaos i avdelingen ble beskrevet av flere informanter å kunne føre til en smitteeffekt blant pasientene og dermed føre til lavere terskel for utagering. Det ble også beskrevet at rusadferden var annerledes enn tidligere, at det nå var mer blandingsrus og syntetisk rus, og at det gjorde noe med viljen til å utføre vold. Noen av informantene mente også at pasientene var dårligere og mer utagerende i forhold til tidligere når de først ble innlagt, og en informant pekte på endring i lovverket og færre sengeplasser som årsak til dette.

«Nå er det mye syntetisk rus, det er blandingsrus som gjør noe med hele voldsuttrykket og viljen til å utføre vold. ... og så har vi den greia at når det først er kaos i avdelingen og du har en person som du beltelegger, så blir det en smitteeffekt» (Informant 1)

Noen av informantene fortalte at bruken av belter økte når de fikk inn pasienter med kjent historikk med utagering og påfølgende beltelegging. Om de kjente pasienten fra tidligere og visste at andre midler som regel ikke førte frem, ble terskelen for å bruke belter lavere.

«Det har skjedd en utagering og du kjenner pasienten godt og du vet han ikke vil ta imot medisiner. Det er fare for personalskade hvis vi skal holde, og da blir veien til belter automatisk kortere, for erfaringsmessig så vet en at det er det som kommer til å skje uansett før han får medisiner» (Informant 3)

Flere informanter pekte på at om man hadde pasienter som var store og sterke, med stort skadepotensiale, så økte risikoen for beltebruk, i forhold til pasienter som var mindre fysisk som det var lettere å fastholde over tid.

Ulik og utilstrekkelig medisinerings ble av flere nevnt som noe som kunne føre til mer uro, utagering og beltelegging. Noen informanter opplevde det krevende å ha ulike leger på vakt,

som alle hadde ulik praksis omkring medisinerer av pasientene. De kunne oppleve at enkelte leger ikke medisinerer tilstrekkelig for å klare å roe ned pasienten, ikke ville gi det personalet erfarte pasienten tålte eller ikke ville gi den dosen pasienten mente han trengte. Dette igjen kunne føre til unødvendig beltelegging. En informant forklarte at uerfarne folk på vakt senket terskelen for å ta i bruk belter, i motsetning til når det var tilstrekkelig personal som hadde mye erfaring og trening i å håndtere en støyt.

5.4 Alternativer til mekaniske tvangsmidler

Informantene mente alle at det var nødvendig å kunne bruke mekaniske tvangsmidler, men mange kom inn på alternativer under intervjuet. Det å gi medisiner tidligere og i tilstrekkelig dose var noe flere nevnte. Dette gjaldt spesielt for «kjente» pasienter som man hadde erfart tålte mye medisiner før de roet seg.

Man kunne holde pasienten en kort periode mens man eventuelt ga medisiner på tvang.

Det var forslag om at vedtak om kortvarig isolasjon under § 4-8 i Lov om psykisk helsevern kunne brukes mer enn i dag, da dette tvangsmiddelet ble sett på som mindre inngripende enn mekaniske tvangsmidler.

En informant mente man måtte bruke politiet mer, om man ikke skulle kunne bruke belter. Tidligere innsats og deeskalering ble trukket frem som et middel, men det fordret at man hadde bedre tid til å intervensere tidligere. Tid til å bygge relasjon ble sett på som en viktig faktor, men det ble da påpekt at det var nødvendig med tilstrekkelig bemanning. God nok bemanning var også viktig for å forebygge. En informant mente man kunne forebygge ved å for eksempel sitte to ansatte hos en urolig pasient som man skjermet.

«Det er mange som kommer igjen på en sånn akuttpost, og hvis du har en pasient du har vært ute å grilla bål med siste dag før han ble utskrevet, så slår ikke han deg når han kommer inn neste gang. ... Har du tid til relasjonsarbeid, så vil du slippe mye av dette. ... Da må det være nok folk til å faktisk forebygge det» (Informant 5)

6.0 Diskusjon

I diskusjonen vil jeg presentere hovedfunn fra denne studien, og deretter sammenligne mine funn med relevante tidligere studier. Jeg vil også drøfte mine funn blant annet i lys av lovverket og de teoretiske begrepene jeg har valgt å bruke i denne studien; moralsk stress & etisk refleksjon.

6.1 Opplevelser med mekanisk tvang som kan føre til moralsk stress

Alle informantene i denne studien beskriver opplevelser og følelser som kan føre til moralsk stress, og de opplevde ulike belastninger i forbindelse med bruk av belter på pasienter. De beskrev det blant annet som en påkjenning, og en vond følelse. En informant beskrev følelser av nederlag, avmakt og av å ha feilet når man måtte ty til belter. Det kan føre til moralsk stress hos hjelperen, når man opplever at man blir hindret fra å gjøre det man oppfatter er den beste løsningen i en gitt situasjon (Pedersen & Nortvedt, 2017). Det kan føre til negative opplevelser hvor man opplever en subjektiv følelse av avmakt og utilstrekkelighet. Sykepleierens moralske samvittighet blir utfordret av blant annet det moralske ansvaret i situasjonen og kompleksiteten i valgene man må foreta seg (Aakre, 2016, s. 123). Det virker derfor nyttig å belyse mine funn blant annet i lys av begrepet moralsk stress og arbeidsmetoden etikkrefleksjon. Etikkrefleksjon er et etablert begrep og en arbeidsmetode innen fagfeltet etikk i helsetjenesten. Ifølge en artikkel for tidsskriftet Sykepleien er moralsk stress og en opplevelse av moralsk forfall, helsefarlig for både ansatte og pasienter. De argumenterer for at det trengs styrkning av etisk refleksjon og bevissthet i arbeidshverdagen, for å fremme moralsk praksis i henhold til yrkesetiske retningslinjer (Aakre, 2009). Dette bekreftes i studien til Krieger et al. (2021) hvor informantene peker på at refleksjon med pasient og/eller kollegaer etter tvangsmiddelbruk er viktig, men at det ikke gjennomføres rutinemessig.

Informantene i denne studien ga uttrykk for at det å bruke belter ikke følte bra og at det var vanskelig å påføre noen en slik form for krenkelse. Sykepleiere i studien til Mangaoil et al. (2023) stilte spørsmålstegn ved egen integritet etter bruk av tvangsmidler, og det førte ofte til at sykepleiere opplevde en konflikt mellom deres terapeutiske rolle og det å måtte bruke påtrengende og potensielt traumatiserende midler for å få kontroll på pasienter. Studien til Paradis-Gagné et al. (2021) viser også til at sykepleiere kjente på en frykt for å skade pasientene fysisk og psykisk under tvangsbruk. Det blir også beskrevet at sykepleierne kunne kjenne på følelser som tristhet, angst, skam, skyld og moralsk stress i forbindelse med tvangsbruk. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer over for pasienten handler i korte trekk om at sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasients integritet og verdighet, det vil si å ivareta

pasientens rett til ikke å bli krenket, retten til medbestemmelse og retten til helhetlig sykepleie (Aakre, 2016, s. 252). I boken «Etikk i psykisk helsetjenester» beskrives det at bruk av tvang kan skape de mest krevende etiske utfordringene i psykisk helsevern og at bruken i mange tilfeller kan være svært integritetskrenkende (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 190). Ut i fra et etisk skjønn kan man forstå at det er vanskelig å ta en god helsefaglig vurdering om å bruke mekaniske tvangsmidler, når man skal ta hensyn til sentrale verdier som prinsippet om å ikke skade, pasientens beste, hensynet til pasientens selvbestemmelse, egenverd og rettferdighet (Pedersen & Nortvedt, 2017). All sykepleie bygger på respekten for menneskets iboende verdighet og liv. Sykepleie skal også være kunnskapsbasert og bygge på omsorg og barmhjertighet og ha respekt for menneskerettighetene til hver enkelt (Aakre, 2016, s. 251). Bruk av tvang utfordrer derfor og kan komme på kollisjonskurs med grunnleggende etiske prinsipper i arbeidet som sykepleier, og kan føre til moralsk stress.

Flere informanter ga uttrykk for at bruken av belter ble skildret feilaktig og ensidig negativt i media. Denne opplevelsen bekreftes i flere andre studier, blant annet i studien til Jansen et al. (2022), hvor kritikk mot psykisk helsevern fra ulike media kunne oppleves vanskelig for informantene. Det var vanskelig med beskrivelser i media om at avdelinger innen den psykiske helsetjenesten for eksempel var som torturkammer og at det forekom menneskerettighetsbrudd der. Mange av informantene i min studie var også inne på at det var kommet forslag om å fase ut bruk av belter. De mente politikere og folk utenifra ikke forsto hva de måtte stå i på jobb og kunne risikere av skader. De ville ikke følt seg trygge på jobb uten mulighet for å bruke belter, og en nevnte hen ikke trodde det ville være mulig uten belter på en akuttpost. Sykepleiere, vernepleiere og annet helsepersonell er i tillegg til politi og vektere, de som utsettes for mest vold på jobben (STAMI, 2019). Det har vært en økning i rapporterte voldstilfeller mot helsepersonell siden 2009 (Haavik & Toven, 2020). Jansen et al. (2022) undersøkte hvordan kulturelle og politiske idealer kan forårsake moralsk stress i akuttpsykiatrien. De fant at informantene var bekymret over at nytt lovverk og idealer kunne forhindre akutt psykisk syke fra å motta nødvendig behandling. Informantene var også bekymret for om dette kunne hindre dem fra å skape et trygt psykologisk klima på avdelingen. De fant også at idealer om redusering av tvangsbruk, samtidig som man var ansvarlig for sikkerheten til ansatte, pasienter og i tillegg skulle skape en terapeutisk atmosfære, kunne skape moralsk stress hos informantene. I likhet til mine funn, beskrev også informantene i denne studien, følelsen av at samfunnet ikke forsto hvordan det var å jobbe på en akuttpsykiatrisk avdeling, som dilemmaene de står i, de intense opplevelsene og frykten de kunne kjenne på. Noen var også opprørt over det de opplevde som mangel på forståelse fra politisk ledelse, om hvor alvorlig syke pasienter de hadde og hvilke store utfordringer helsepersonell opplevde i jobben sin på

akuttpsykiatriske avdelinger (Jansen et al., 2022). Aakre (2016) argumenterer for at velferdsstatens oppdrag strekker seg utover de ressursene og kompetansen den har til rådighet, og dette kan resultere i et overordnet ansvar som skaper utfordrende etiske dilemmaer for de ansatte. Disse dilemmaene kan sees som politiske spørsmål, men som blir personlig for de som er involvert, og kan ha en negativ innvirkning på brukeren av velferdsstatens tjenester (Aakre, 2016, s. 113). Man kan forestille seg at det kan oppleves moralsk utfordrende å stå i en arbeidshverdag hvor man skal leve opp til et politisk mål om å redusere tvangsmiddelbruk, samtidig som man skal sørge for sikkerhet for alle involvert, uten tilstrekkelige ressurser. Dette kan, slik jeg ser det, bidra til en følelse av utilstrekkelighet overfor pasientene, og skape moralsk stress. Flere informanter i studien til Jansen et al. (2022) var opprørt over manglende oppmerksomhet rundt vold fra pasienter og hvordan dette påvirket helsepersonell. En informant i studien til Hem et al. (2014) kommer inn på det hen opplever som et dilemma mellom pasientens rett til autonomi og behovet for å beskytte medpasienter eller personal fra skade, og at dette kan skape etiske utfordringer. Dette er situasjoner som kan føre til moralsk stress. Informanten trekker frem at sikkerheten til allmennheten også må respekteres og at ansatte har rett til å bli beskyttet. Magelssen et al. (2020) beskriver at helsetjenesten i noen tilfeller kan bruke tvangsmidler for å beskytte for eksempel medpasienter fra skade. Om det går utover andre er ikke autonomien til individet grenseløs. Selvbestemmelsesretten betyr ikke at man har retten til å krenke rettighetene til andre. Hensynet til samtykkekompetanse og pasientens beste, vil ha mindre betydning om tvang er den beste løsningen for å hindre alvorlig skade på andre (Magelssen et al., 2020, s. 98-99). I en akutt krisesituasjon hvor en pasient tar valg som hen vanligvis ikke ville gjort, grunnet sterk følelsesmessig ubalanse, kan det påvirke samtykkekompetansen. Tvangsmidler skal allikevel kun brukes for å avverge en akutt situasjon av nødrettslignende karakter, hvor pasienten har en ukontrollert og utagerende adferd (Helsedirektoratet, 2017). Det har vært publisert artikler om økning av vold og trusler mot de ansatte på akuttpsykiatriske avdelinger, hvor det pekes på stadig sykere pasienter og færre sengeplasser som hovedårsaken (Øverbø & Hagen, 2018). Informanter i studien til Jansen et al. (2022) forteller også om økning av vold og trusler de siste årene, og peker også på færre senger i kombinasjon med økning i bruk av syntetiske rusmidler som årsak. En intern rapport fra 2019 ved Ullevål sykehus viste en økning i hendelser med vold, trusler og utagering på akuttpsykiatrisk avdeling, og økningen var på hele 250 prosent de siste fem årene. Fag- og kvalitetsrådgiver ved sykehuset forklarer at det er mange som synes det er belastende å stå i en arbeidshverdag med mye vold og trusler, og at 25 % slutter i jobben hvert år. Det beskrives at gjennomtrekk av ansatte har en tydelig sammenheng med omfanget av utagering, vold og trusler ved akuttpsykiatrisk avdeling (Silseth, 2021). En annen artikkel formidler en påstand om at endringen i lov om psykisk helsevern fra 2017 er mulig årsak til økningen av vold og

truser mot ansatte (Tømmerbakke, 2020). Det å føle seg utrygg og å kjenne på en frykt for aggresjon fra pasienter, kan føre til at pasienten blir tolket som farlig, noe som igjen kan føre til unødvendig bruk av tvangsmidler. Pasientens behandlingsresultat kan forverres og pasienten kan oppleve en mistillit til de ansatte og helsevesenet som følge av tvangsmiddelbruken, og dette kan skape en farlig arbeidsplass for de ansatte (Haugvaldstad & Husum, 2016). I en studie kom det frem at informantene tenkte at noen ansatte fremmer bruk av tvang grunnet egen frykt og usikkerhet. Frykt og redsel hos ansatte kan gjøre pasientene utrygge, noe som igjen øker tvangsbruken (Husum et al., 2018). En opplevelse av trygghet i arbeidshverdagen var et gjentakende tema blant informantene i denne studien. For å føle seg trygge og for å redusere risikoen for å bruk av belter, nevnte flere av informantene at det burde være tilstrekkelig bemanning og faste ansatte. Det opplevdes som utfordrende å jobbe med uerfarne folk som var usikre på å håndtere utagering og belter, og dette gjaldt spesielt for helger hvor det var mye vikarbruk. Disse funnene bekreftes blant annet i studien til Husum et al. (2018), hvor informantene også mente at underbemanning og for mye ufaglært personal førte til økt bruk av tvang. Videre så informantene i Husum et al. (2018) sin studie det som etisk utfordrende at det var mangel på kompetent personale eller personale uten formell utdanning i psykiske helsetjenester. En informant i min studie nevnte også at om man hadde tilstrekkelig bemanning kunne man ha sittet to ansatte hos pasienter som skjermes. Tryggheten personalet får ved å være to personer i situasjonen, kan overføres til pasienten og minske risikoen for at belter må tas i bruk. Jansen et al. (2022) sin studie viser også at lav bemanning og ukvalifisert personale spesielt i helger og på kveldsvakter, førte til mer bruk av tvang og tvangsmiddelbruk. Informantene pekte på det var essensielt med mer kompetanse, tid og erfaring for å kunne deeskalere farlige situasjoner i tide. Utilstrekkelig bemanning kan også føre til et moralsk stress hos hjelperen, ved at man må velge hvem av pasientene man skal gi hjelp til å bruke tid på, og hvem det holder at man gir minimal kontakt (Haavik & Toven, 2020). De fleste informantene i en studie fra Jansen et al. (2020) pekte også på utilstrekkelig tid til å møte pasientenes behov, som en kilde til moralsk stress. De kunne kjenne på dårlig samvittighet, en følelse av å ikke strekke til og at de sviktet pasientene.

6.1.1 Frykt og følelser

I en utagering- eller belteleggingssituasjon må personalet holde hodet klart og følelsene under kontroll, men særlig hos personal som ikke har tilstrekkelig trening og erfaring, kan panikk og frykt inntreffe (NOU 2019: 14, 2019, s. 265). Man må ofte handle raskt, og kan da oppleve å måtte ta beslutning om å bruke belter før man har fått tid til å tenke systematisk og grundig gjennom alle alternativ, og det er mulig det i noen situasjoner er mulig å velge en annen

løsning på situasjonen (Pedersen & Nortvedt, 2017). Noen av informantene snakket om at det kunne oppstå sterke følelser hos personalet under en belteleggingssituasjon. En kunne kjenne på at nå var det på tide, etter at en pasient hadde laget uro og vært truende over lengre tid og til slutt utagerter. Noen kjente på redsel og sinne i situasjonen. En beskrev at det av og til måtte jobbes med egne følelser, for å hindre at frykten og sinne kom til uttrykk. Studien til Holmgren et al. (2022) fant at sykepleiere strevde med upassende følelser og uegnet adferd overfor pasienter som var påført et tvangsmiddel. De kunne oppleve sinne og irritasjon, og disse følelsene vekket en skyldfølelse og tanker om at de ikke opptrådte profesjonelt. Funn fra en studie fra Haugvaldstad og Husum (2016) antyder at personalets følelsesmessige reaksjoner kan eskalere aggresjon ved å øke pasientens opplevelse av trussel, og kan bidra til nye hendelser med aggresjon ved at relasjonen mellom pasient og personal blir preget av usikkerhet. Å forstå at man som helsearbeider bidrar i et relasjonelt samspill, og at man har en evne til å reflektere over reaksjoner og overbevisninger man har, er en kompetanse som bidrar til selvregulering og læring (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 223). God dømmekraft i situasjonen om hva som er riktig å gjøre, avhenger av at man har blikk for pasientens beste gjennom empati. Gode profesjonelle vurderinger forutsetter at helsepersonell har evne til å oppfatte det komplekse i krevende situasjoner, sammen med evnen til å håndtere sine egne følelsesmessige reaksjoner (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 44-45). Haavik og Toven (2020) peker på at om man opplever å måtte uttrykke seg annerledes enn man føler det på innsiden, altså en emosjonell dissonans, kan det være belastende. Begrepet emosjonell dissonans refererer til den indre konflikten en person kan oppleve når det er en inkongruens mellom ens tanker, følelser og handlinger, og emosjonell dissonans kan føre til en følelse av ubehag eller stress. Om en pasient er sint og truende, kan man ikke svare tilbake på samme vis, og det kan oppleves tungt å kjenne på sterke følelser og så måtte legge lokk på dem. Det kan være vanskelig å stadig møte sterke følelsesuttrykk i arbeidshverdagen, som sinne, fortvilelse og sorg. Et arbeid med høy grad av slike emosjonelle krav er en risikofaktor for helseplager, psykiske plager og sykefravær (Haavik & Toven, 2020, s. 34-35). Personalets følelsesmessige reaksjoner på aggresjon hos pasienten, som kroppsspråk, toneleie, ansiktsuttrykk, kan påvirke hva de kommuniserer til pasienten. Det kan skape ekstra spenning i en vanskelig situasjon og kan føre til at for eksempel en redd pasient kan føle seg mer truet. Følelsene som skapes i personalet som reaksjon på aggresjonen, kan også komme av manglende oppmerksomhet og forståelse for pasienten. Disse følelsene kan muligens påvirke hvilken reaksjon personalet velger overfor pasienten som svar på aggresjonen (Haugvaldstad & Husum, 2016). Når man kjente på en emosjonell dissonans, var det en informant som pekte på viktigheten av kollegaer hen var trygge på, som kunne se hen an og ta over om følelsene ble vanskelig å håndtere under en utagering- og belteleggingssituasjon. Funn fra studien til Mangaoil et al. (2023) viser at

sykepleiere benytter ulike strategier for å håndtere og hankses med sterke følelser etter tvangsmiddelbruk, og at det var viktig med støtte og validering fra kollegaer. Tillit til kollegaer, hvor man har en felles forståelse og tilnærming til hvordan man løser en situasjon med aggresjon, kan øke graden av selvregulering hos den enkelte ansatte (SIFER, 2019). Evne og motivasjon til å håndtere vanskelige mellommenneskelige situasjoner, kan derfor økes av et godt fellesskap mellom kollegaer. En jobb hvor man daglig står i krevende situasjoner, vil man trenge mer emosjonell kapasitet og kompetanse enn hvert enkelt helsepersonell har alene. Derfor trenger hjelpere et ivaretagende kollegafellesskap (Haavik & Toven, 2020, s. 70-71). Aakre (2016) beskriver at mennesker som arbeider med å ta vare på sårbare personer, også trenger å ta vare på seg selv for å kunne gi best mulig omsorg og hjelp til andre. Aakre peker videre på at man kan ha nytte av en refleksjonspartner for å kunne bearbeide egne opplevelser. Mangel på evnen eller mot til å reflektere sammen med andre, vil kunne være en byrde for alle involverte, og kan hindre arbeide med å opprettholde etiske standarder (Aakre, 2016, s. 156). Mangaoil et al. (2023) peker på at studier viser at debriefing av personalet rett etter en situasjon med bruk av tvangsmidler, kan bidra til å minimere emosjonelt stress som sykepleiere opplever etter tvangsmiddelbruk.

6.1.2 Tilvenning over tid

Mange følte seg usikre, utrygge, og beskrev sterke inntrykk fra de første belteleggingene som de var med på. Dette samsvarer med funn fra studien til Wilson et al. (2017) hvor det blir beskrevet at ansatte opplevde tvangsmiddelbruk som spesielt belastende i starten av yrkeslivet, men at dette endret seg over tid og at deltakerne anså tvangsmiddelbruken som nødvendig. Flere av mine informanter kunne også kjenne på at man vennet seg til å bruke beltene etter hvert som man hadde gjort det flere ganger, og en beskrev at det var viktig at man klarer å bruke belter når man har en slik jobb. Det var beskrivelser om at det ikke gikk like mye inn på en som de første gangene en brukte belter og at man ble mer følelsesmessige avflatet. Det kan diskuteres om ansattes erfaring har betydning for hvor etisk utfordrende de synes det er å arbeide med bruk av tvang, eller om ansatte grunnet moralsk stress over beltebruk kan oppleve en tilvenning til situasjonen. Ifølge Jansen et al. (2020) kan moralsk stress forårsake blant annet dårlig samvittighet, tristhet, sinne, mental tretthet og emosjonell nummenhet, samtidig som det beskrives at moralsk stress skjerper mange sykepleieres etiske bevissthet. Å arbeide fast i omgivelser med tvang, kunne føre til at ansatte kunne få mindre følsomhet for pasienten, at de ble vant til bruken av tvang og ble mindre påvirket (Paradis-Gagné et al., 2021). Det kan peke på tilvenning som forklaring på helsepersonells endrede syn om at tvangsmiddelbruk er nødvendig og legitimt. På den andre siden kan hjelperen oppleve stor fysisk og emosjonell

utmattelse, en omsorgstretthet, når omsorg skal gis og man ikke kan leve opp til egne standarder for bra arbeid grunnet blant annet høyt arbeidspress (Haavik & Toven, 2020, s. 51).

6.1.3 Omsorgstretthet

Et tilgrensende begrep til moralsk stress er begrepet omsorgstretthet. Omsorgstretthet er et begrep som allerede er definert og brukt innen sykepleieforskning og litteratur, og kan oppstå som en reaksjon på påkjenningen av å være i gjentatte krevende omsorgssituasjoner, uten mulighet til restitusjon, eventuelt ved å oppleve moralsk stress over tid. Man kan oppleve å bli nummen, kynisk og distansert, eller overinvolvert og sensitiv (Haavik & Toven, 2020, s. 51). Omsorgstretthet, eller utbrenthet hos helsepersonell innen psykisk helsevern, kan føre til mindre empati og mer dehumaniserende holdning overfor pasienter som blir sett på som «vanskelige», og kan føre til lavere terskel for tvangsmiddelbruk (Mangoil et al., 2023). Flere informanter hadde opplevd å være uenig med annet personal eller vakthavende lege om beltebruk, og var åpne for at noen tilfeller kunne vært løst på en annen måte. Det var også etisk vanskelig å diskutere om man skal ta i bruk belter eller ikke, foran en pasient man fastholder. Uenighet mellom ansatte om bruk av tvang er også funnet i studien til Larsen og Terkelsen (2014) hvor det beskrives at det kunne oppstå konflikter mellom ansatte når tvang ble brukt, basert på ulike verdier og omsorgsfilosofier. Husum et al. (2018) fant at flere av informantene mente det var utfordrende når det var uenighet mellom ansatte, ulike profesjoner eller mellom beslutningstakere og pleiepersonell. Det kunne tyde på at det var krevende å være uenig og krevende å si ifra, og at det bør legges bedre til rette for håndtering av uenighet innenfor psykiske helsetjenester (Husum et al., 2018). Denne uenigheten kan føre til moralsk stress hos helsepersonellet, når man får beskjed om å gjøre noe man føler er moralsk galt eller er uenig i (Haavik & Toven, 2020). Pedersen og Nortvedt (2017) peker på at forskning og statistikk på tvang viser at det er store geografiske variasjoner i all tvangsbruk og at det tyder det på at det er muligheter for å redusere tvangsbruken. Det antydes også at lokal kultur og praksis kan påvirke hvor mye tvang som brukes, og dette er noe man kan ha med seg inn i etiske diskusjoner om riktig bruk av tvang (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 202). Helsepersonell befinner seg ofte i en paternalistisk hjelperelasjon overfor pasienten. En paternalistisk hjelperelasjon refererer til at man antar at man vet hva som er best for den andre parten, og at den andre parten ikke er i stand til å ta viktige beslutninger alene. Det er da nødvendig å være bevisst på pasientens autonomi, ettersom det i slike relasjoner alltid vil være en ubalanse i makt. Den ansattes forståelse for mennesket og det rådende menneskesynet til virksomheten, blir derfor avgjørende for yrkesutøvelsen (Aakre, 2016, s. 80).

6.1.4 Etikkrefleksjon

Systematisk bruk av etikkrefleksjon over etiske dilemma og utfordringer er en metode som kan bidra til å utvikle moralsk sensitivitet og bevissthet hos ansatte (Hem et al., 2014). Systematisk bruk av etikkrefleksjon kan føre til en økt forståelse og innsikt som kan bidra til å øke bevisstheten rundt ens egen praksis (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 322). I en hverdag med blant annet manglende personlig veiledning, manglende faglig veiledning, travelhet, lite tilgjengelig ledelse og komplekse etiske dilemmaer, er det på den andre siden liten tid til etisk refleksjon som kan forebygge moralsk stress (Aakre, 2016, s. 125). Systematisk etikkrefleksjon har derimot vist å ha positiv innvirkning på mange deltakere i et delprosjekt under arbeidet med et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper. Deltakerne utviklet gjennom refleksjonsgruppene et nytt språk og større bevissthet om etiske spørsmål, samt en følelse av at gruppen var en demokratisk arena. Det beskrives at krevende utfordringer og uenigheter i arbeidslivet derfor kan utforskes konstruktivt ved hjelp av systematisk etikkrefleksjon som metode. Det kan hjelpe kollegafellesskapet med å utvikle en dypere forståelse av etiske utfordringer man står overfor relatert til bruk av tvang, og kan bidra til å ta beslutninger og handle på en måte som er i tråd med moralske overbevisninger (Hem et al., 2017). SME-modellen kan benyttes som utgangspunkt for refleksjon, og ved å gjennomgå modellens syv trinn, kan man få en klarhet i hva som skal vektes tyngst av alle momenter man har reflektert over. Det kan også gi en pekepinn på hva som framstår som det beste handlingsalternativet, og om det ikke er mulig å konkludere, kan man ha fått en klarhet i hva som vil være en god prosess videre (Hem et al., 2017, s. 37).

6.2 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke mekaniske tvangsmidler vanskeligere

Som presentert i resultatdelen, hadde alle informantene kjent på vanskelige følelser omkring bruk av mekaniske tvangsmidler, men mente allikevel det var nødvendig for sikkerheten til alle involverte. Det ble beskrevet som siste utvei og et nødvendig onde. Flere av funnene i min studie er sammenfallende med funn i studier hvor man har utelukket å tematisere mekaniske tvangsmidler, blant annet i studien til Wilson et al. (2017) som omhandler fysisk fastholding som tvangsmiddel. Det er et gjennomgående tema blant informantene i studien til Wilson et al. at selv om fastholding aldri er «veldig hyggelig», så er det et «nødvendig onde» når det brukes som siste utvei grunnet sikkerhetshensyn. Ifølge Birkler (2018, s. 134) opplever også noen pasienter tvangsbruk som et nødvendig, men forbigående onde. For andre pasienter skaper det et livsvarig traume (2018, s. 134). Flere andre studier som ser på alle tvangsmidler under ett eller tvangsbruk generelt, bekrefter mine funn hvor informantene mener bruk av tvangsmidler er helt nødvendig som siste utvei, men samtidig vanskelig eller ubehagelig å bruke (Doedens et

al., 2020; Jansen et al., 2022; Krieger et al., 2021; Larsen & Terkelsen, 2014; Mangaoil et al., 2023; Muir-Cochrane et al., 2018).

Mine funn viser at flere av informantene opplevde det spesielt krevende å beltelegge pasienter som hadde vært utsatt for overgrep, spesielt med tanke på retraumatisering. Flere av de mannlige informantene opplevde også at de følte det vanskelig å bruke belter på unge jenter og kjente på ubehag ved å være flere menn involvert i å beltelegge ei ung jente. En informant i studien til Mangaoil et al. (2023), beskriver også vanskelige følelser omkring det å bare være mannlige ansatte ved beltelegging av en kvinnelig pasient. En mulig hypotese er om alder og kjønn på både pasienter og ansatte spiller inn på hvor etisk utfordrende situasjonen blir opplevd. Dette er en problemstilling å undersøke i videre studier.

Unge mennesker er i en mer sårbar fase av livet enn voksne, og er i større grad avhengig av andre (Birkler, 2018). Informantene beskrev at det var utfordrende generelt sett med pasienter under 18 år. Informanter i studien til Husum et al. (2018) nevner også at bruk av tvang overfor barn og unge er etisk utfordrende. Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 slår fast at personer mellom 16 og 18 år som hovedregel har samtykkekompetanse i spørsmål om helse, med mindre dette ikke er mulig etter §4-7, og verge må samtykke på vegne av pasienten. Den samme loven slår også fast etter §3-1 at nærmeste pårørende har rett til å medvirke dersom pasienten ikke er vurdert som samstykkekompetent (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Det er ikke lov å bruke mekaniske tvangsmidler eller isolere pasienter under 16 år, men det er lov å bruke tvangsmidlene kortvarig fastholding og tvangsmedisinerer i beroligende hensikt (Psykisk helsevernloven, 1999). Skadevirkninger av tvang kan blant annet føre til traume/re-traumatisering. Det kan også føre til psykisk ubehag i form av sinne, angst, krenkelse og depresjon (Norvoll & Pedersen, 2017). Det kan føles ekstra innvandrende og krenkende og bli tatt i fysisk, selv om det ikke er intensjonen til helsepersonell. I samspill med andre er vi utlevert og avhengig av hverandre. Krenkelser kan derfor oppstå i all interaksjon mellom mennesker, og det er ikke alltid mulig å unngå krenkelse av andre (Pedersen & Nortvedt, 2017). Pedersen og Nortvedt (2017, s. 210) peker på at «I de psykiske helsetjenestene er potensialet for krenkelser spesielt stort fordi mennesker med psykisk lidelse kan være særlig krenkbare, og maktsymmetrien i relasjonene mellom dem og helsepersonell er ofte stor». Helsepersonell bør derfor ha en bevissthet omkring krenkelser og skjev maktfordeling for å kunne forebygge mest mulig. I et prosjekt av Norvoll og Pedersen (2017) mente pasientene at selv om tvangsbruk er belastende å bli utsatt for, var måten tvangen ble utført på viktig. Man kan unngå mye krenkelse ved å vise omsorg og god kommunikasjon under utførelsen av tvangen. Dette bekrefter Pedersen og Nortvedt (2017) ved å referere til en studie hvor informantene fortalte at opplevelsen av å bli utsatt for krenkelse og tvang, kunne

reduseres ut ifra hvordan tvangen ble utført og om man opplevde det var gjort med god intensjon og omsorg. Ettersamtaler etter tvangsbruk kan også være med på å redusere pasientens opplevelse av krenkelse, og samtidig øke den etiske kompetanse og bevissthet hos personalet (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 205). For å styrke pasientens medvirkning ble det i 2017 innført endringer i lovverket, og i § 4-2 i psykisk helsevernloven står det at pasienter som har vært utsatt for tvangsmiddelbruk har krav på minst én samtale så snart det lar seg gjøre etter tiltaket er avsluttet. Samtalen skal handle om hvordan de opplevde bruken og erfaringene skal nedtegnes i deres journal. Pasienten skal, der det er mulig, gis anledning til å uttale seg før det fattes vedtak etter § 4-8 om tvangsmiddelbruk. Man skal ta hensyn til pasientens syn så langt det lar seg gjøre, og man skal legge særlig vekt på pasientens tidligere opplevelser med bruk av tvang (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Jeg har sett at mange sykehus har interne retningslinjer for ettersamtaler etter bruk av tvang, som definerer hensikt, omfang og hvordan man skal gå frem ved gjennomføring av slike samtaler. I en studie av Hammervold et al. (2020) pekte helsepersonell på at ettersamtaler med pasienter etter tvangsmiddelbruk, var en arena for å gjenopprette en relasjon som har tatt skade av tvangsmiddelbruken. Studien antyder også at en ettersamtaler kunne hjelpe helsepersonell i å håndtere moralsk stress.

Informantene i min studie beskrev at det var spesielt utfordrende å bruke mekaniske tvangsmidler på eldre og pasienter med kognitiv svikt eller demens. Sykepleierne i studien til Holmgren et al. (2022) peker også på at det er spesielt vanskelig å bruke tvangsmidler mot eldre pasienter. Funn i studien til Husum et al. (2018) støtter opp under dette og viser til at informantene hadde kjent på etiske utfordringer med bruk av tvang på blant annet pasienter med demens og utviklingshemming. De var usikre på de juridiske kriteriene overfor disse pasientene og om det var positiv effekt av tvangsbruken. Det er regulert i § 4-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten kan bli vurdert som uten samtykkekompetanse om pasienten grunnet demens, psykisk utviklingshemming eller andre fysiske eller psykiske forstyrrelser ikke klarer å forstå hva et samtykke dreier seg om, men kognitive vansker gir isolert sett ikke grunnlag for å vurdere pasienten til å mangle samtykkekompetanse. Personer med demens skal få tilpasset informasjon i forhold til deres egne forutsetninger etter § 3-5 og det er regulert i lovens § 3-3 at pasientens pårørende har rett til informasjon, om pasienten grunnet demens, ikke kan ivareta egne interesser. Om pasienten mangler samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til medvirkning sammen med pasienten omkring helsehjelpen, etter § 3-1 (Helsedirektoratet, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I tillegg gav mine informanter uttrykk for at det var vanskelig for dem å beltelegge pasienter som var innlagt for første gang, og pasienter som man så var veldig redde under belteleggingen. Studien til Husum et al. (2018) viser at ansatte kjente på en etisk utfordring når

pasienten åpenlyst viser stress, frykt, gråt eller protesterer i forbindelse med tvangsbruk. Videre viser studien til Holmgren et al. (2022) at pasientens reaksjon på tvangsmiddelbruken påvirket hvordan sykepleierne opplevde situasjonen. De opplevde det mer problematisk og krenkende og bruke tvangsmidler mot en redd pasient, i forhold til en aggressiv pasient. Mangaoil et al. (2023) sin studie trekker frem at pasientens reaksjon på tvangsmiddelbruk også spiller inn på hvor vanskelig eller komplekst sykepleiere opplever bruken av tvangsmidler. Haavik og Toven (2020) beskriver at å ta inn andres smerte kan være vanskelig og vondt, og at denne smerten kan feste seg i kroppen til hjelperne. Detaljer fra informantenes beskrivelser om en pasient som ser redd ut, eller om en pasient med demens som ikke forstår hva som foregår, er bilder som kan brenne seg fast hos hjelperen. Det å ta inn over seg pasientens avmakt til situasjonen kan føre til at hjelperen føler seg hjelpeløs. Om man i tillegg kan kjenne seg igjen i pasienten, kan dette føre til utvikling av mer empati og innlevelse fra hjelperen sin side. På samme tid kan dette også innebære en risiko ved at man blir mer sårbar for deres situasjon om man selv ikke har det så bra. Gjentakende opplevelser med vanskelige situasjoner, kan føre til en opphopning av ubehag og man kan risikere å føle på at det er det negative som er normalt (Haavik & Toven, 2020, s. 28-29).

En informant hadde opplevd dilemma i forhold til om det var riktig å beltelegge eller ikke. Hen hadde en tanke om at noen pasienter utagerte med et ønske om å bli lagt i belter for å kunne dele på sosiale medier, og at dette på deres plattform gav en viss status. NRK har nylig hatt en artikkel om denne problemstillingen, som beskriver at unge pasienter kringkaster opplevelsene deres fra innleggelsler fra blant annet akuttpsykiatrisk avdelinger, og at det gjør mange sykere. NRK intervjuet ei jente som tidligere har delt fra innsiden på lukket avdeling, hvor hun blant annet publiserte bilder av selvskading. Jenta beskrev at jo mer hun delte, jo flere følgere fikk hun. Hun kjente på at hun stadig måtte ha bilder med økt alvorlighetsgrad og sjokkeffekt, for å få flest mulig «likes». En annen som ble intervjuet for å kringkaste egen psykisk helse på sosiale medier, sa det noen ganger kunne bli en konkurranse om å være sykest (Tønset, 2023). Informanter i studien til Hem et al. (2014) fortalte at det var noen pasienter som ba om eller insisterte på tvangsinnleggelse, eller som spurte om å bli lagt i belter. Hem et al. (2014) peker på at dette utfordrer den vanlige oppfatningen om tvang og peker på en paradoksal etisk utfordring. En mulig hypotese er om bruk av sosiale medier hos enkelte kan fremme bruk av tvang? Dette er et tema å utforske i eventuelle nye studier innen tvangsforskning.

Alle informantene kunne beskrive opplevelser fra beltebruk som de kunne bli gående og tenke på i etterkant. Informantene i studien til Holmgren et al. (2022) beskriver også at minner og følelser fra tvangsmiddelbruk noen ganger ble værende i tankene deres lenge etter hendelsen. Videre beskriver informanter i studien til Jansen et al. (2020) at de blant annet hadde vært, og

fremdeles var, tynget av dårlig samvittighet, skyldfølelse, og tvil omkring egne handlinger. Jansen et al. (2020) peker på at moralsk stress så ut til å ha negative konsekvenser både i arbeid og i privatlivet til informantene. Alle som jobber i en hjelperelasjon vil av og til ta med jobben hjem, da menneskemøter gjør inntrykk. Det kan være ekstra vanskelig å holde jobben unna tankene, om hjelperen selv er i en vanskelig periode (Haavik & Toven, 2020). En informant i min studie beskrev tanker om at pasienter ville være sure eller voldelige om de møttes etter utskrivelse, men hen hadde allikevel bare hatt positive opplevelser av tilfeldige møter med pasienter utenom jobb. Noen informanter i min studie formidlet at det kunne være vanskelig å motta grove trusler under beltelegginger. En kjente på at hen kunne ha behov for å dele med de nærmeste hjemme, samtidig som hen ville skjerme dem. Flere informanter i studien til Jansen et al. (2020) hadde opplevd seriøse trusler og vold fra pasienter, og noen av informantene mente byrden av å gå rundt å være redd, var underkommunisert. Ifølge Haavik og Toven (2020) er det å bli utsatt for vold og trusler på jobb en risiko for hjelpernes helse, og kan føre til både fysisk og psykisk skade. Det kan også oppleves ensomt å ikke kunne fortelle sine nærmeste om blant annet trusler en kan ha mottatt i løpet av arbeidsdagen, eller oppleve å bli møtt med liten forståelse for at man kan jobbe med disse tingene. Det kan da være viktig å ha noen å snakke om vanskelige hendelser med og hva det gjør med en. Et trygt sted, hvor taushetsplikten samtidig kan ivaretas, som for eksempel i refleksjonsgruppe på arbeidstedet (Haavik & Toven, 2020, s. 120).

6.3 Forhold som kan gjøre opplevelsen av å bruke av mekaniske tvangsmidler lettere

Alle informantene, utenom en, mente deres erfaring over tid gjorde alle aspekter rundt bruken av belter lettere. De opplevde de hadde høyere kompetanse, større ro i situasjonene og at beltebruk var en nødvendig del av jobben, i motsetning til når de var helt nye og uerfarne. Informantene opplevde at opplevelsen av å føle seg trygg var viktig. Håndteringen ble lettere når man var trygg på kollegaene sine, alle hadde god opplæring og trening i bruk av belter, og man hadde god samhandling og kommunikasjon i ansattgruppen med fokus på deeskalering. Terskelen for å ta i bruk belter var også høyere når det var ansatte med mye erfaring til stede, i motsetning til når uerfarne ansatte var på vakt. Jansen et al. (2022) fant at kompetanse, tid og erfaring var avgjørende for å fange opp signaler i tide til deeskalere farlige situasjoner. Flere andre studier viste det samme, blant annet studien til Chambers et al. (2015) som så at erfaringen til personalet var av avgjørende betydning når man skulle håndtere vanskelige situasjoner med utagering, aggresjon og vold.

Flere informanter beskrev at det var lettere å bruke belter på pasienter som utagerte grunnet ruspsykose, grunnet deres erfaring med at disse pasientene ofte trengte fiksering i belter for å

ha effekt av medisiner, roe ned og sovne, og beltene kunne derfor raskt løsnes igjen. Her kan det ser ut til at belter av og til kan være nyttig. Ifølge lovverket kan en pasient mangle samtykkekompetanse under den akutte fasen i en rusutløst psykose. Om pasienten ikke har en underliggende psykoselidelse, vil hen derimot ofte gjenvinne samtykkekompetansen relativt raskt, da symptomene av rusmidler gjerne er kortvarige (Helsedirektoratet, 2017). Det opplevdes også lettere for noen informanter om man over en tid har ventet på utagering og kjent seg redd, eller om en kollega eller en selv ble skadet. Om det var pasienter man erfaringsmessig visste var i behov av belter ved innkomst, eller om man opplevde en utagering som viljestyrt, opplevdes det også lettere av informantene. Knutzen et al. (2014) sin studie viser til at mekaniske tvangsmidler brukes mest overfor yngre menn med alvorlig rusmisbruk, som har flere innleggelser fra tidligere og en historikk med voldsutøvelse under innleggelse. Mekaniske tvangsmidler kan forebygge skader på personal, ved å effektivt roe agiterte pasienter. På den andre siden kan bruken føre til at pasienter får alvorlige psykologiske eller fysiske traumer (Norsk psykiatrisk forening, 2018). Paradis-Gagné et al. (2021) fant at positive konsekvenser av tvang inkluderte at pasienten kunne få kontroll over sin negative adferd, beskytte medpasienter mot aggresjon og skape en følelse av sikkerhet hos personalet. Flere informanter i denne studien fortalte at de ofte ikke opplevde noe negativt fra pasientene etter bruk av tvangsmidler, og hadde erfart at mange pasienter viste forståelse for beltebruken i etterkant. Det kunne gjøre bruken lettere for informantene. Pedersen og Nortvedt (2017, s. 200) viser til en studie med data fra 11 land, hvor det viste seg at 63 % av tvangsinnlagte pasienter syntes det var riktig at det hadde blitt brukt tvang tre måneder etter innleggelsen. På den andre siden var det over en tredel som mente tvangsbruken ikke hadde vært riktig i ettertid. I en gjennomgang av forskningsbasert litteratur om skadevirkninger av tvang, viste pasientene forståelse for at tvang kunne være rimelig, dersom man var ute av stand til å ta vare på seg selv i øyeblikket (Norvoll & Pedersen, 2017). Dette bekrefter også avisartikler med tidligere pasienter som har opplevd tvang og tvangsmiddelbruk. En tidligere pasient sa det var en grusom følelse der og da og bli lagt i belter, men at hun i ettertid kunne se det lå omsorg i tvangen. Hun sa det var noe som skjedde for å forhindre henne i å skade seg selv, og at tvangsmidlene reddet livet hennes (Norman et al., 2016). I tillegg er det som nevnt en av mine informanter som pekte på at noen ser ut til å ville komme i belter, og økt bruk av sosiale medier ser ut til å være en faktor som driver en slik dynamikk. På den andre siden er det også mange artikler med pasienter som føler det motsatte eller har opplevd uriktig bruk (Norman & Åsebø, 2019).

6.4 Aspekter som kan øke bruken av mekaniske tvangsmidler

Informantene fortalte også om situasjoner som kunne føre til økt bruk av tvangsmidler.

Et aspekt som kunne føre til lavere terskel for beltebruk var generell uro og kaos i avdelingen. Dette kunne føre til smitteeffekt blant pasientene og føre til lavere terskel for utagering. Ulik og utilstrekkelig medisinerings fra ulike leger på vakt, ble også trukket frem som en årsak til mer uro og utagering, og igjen risiko for unødvendig beltelegging. Studien til Husum et al. (2018) har trukket frem uenighet mellom pleiepersonalet og de behandlingsansvarlige som oppleves som etiske dilemma. På den andre siden var det å gi tilstrekkelig med medisiner i tide, noe flere av mine informanter nevnte at kunne forebygge bruk av belter. Dette gjaldt spesielt i forhold til pasienter de hadde kjennskap til fra før og som de hadde erfart at tålte mye medisiner før de roet seg. Det å få inn utagerende pasienter til innleggelse som man hadde kjennskap til fra før, hvor man hadde erfart at lempeligere midler som regel ikke var tilstrekkelig for å få kontroll, kunne også å øke bruken av belter. Det vil derimot være lovstridig å benytte tvangsmidler i forebyggende hensikt og planlegge for bruk av tvang før en nødrettslignende situasjon har oppstått (Helsedirektoratet, 2017).

Samtidig som bruk av tvang og tvangsmidler skal reduseres opplevde informantene i denne studien at pasientene var mer preget av psykisk lidelse i forhold til tidligere når de ble innlagt. Rusadferden ble opplevd som annerledes enn tidligere, med mer bruk av syntetisk rus, og at det gjorde noe med voldsuttrykket til pasientene og deres vilje til å utføre vold. Dette bekreftes i en annen studie fra Jansen et al. (2020) om moralsk stress i akuttpsykiatrisk sykepleie.

Informantene opplevde sitt største moralske dilemma i det å skulle sørge for pasientenes og personalets sikkerhet, samtidig som man skulle bruke så lite tvang som mulig. Informantene opplevde at pasientene nå var dårligere med mer bruk av syntetiske stoffer, samt lavere terskel for bruk av fysisk vold enn for noen år siden. En sammenheng mellom økt bruk av rus og økt voldsbruk kom også frem i studien til Muir-Cochrane et al. (2018). Det er ikke lov å bruke mekaniske tvangsmidler på Island, og islandske psykiatere mener at økende rusbruk hos mennesker med psykiske lidelser er det som skaper den største utfordringen i forhold til å kunne fortsette å ha det beltefritt i psykisk helsevern (Nyttingnes, 2011). Flere informanter i denne studien nevnte at fysisk store og sterke pasienter ga økt risiko for beltebruk, da det var lettere å fastholde pasienter som var mindre fysisk over tid. Informantene nevnte også at uerfarne folk på jobb, samt utilstrekkelig bemanning, senket terskelen for beltebruk. Dette nevnes av informanter i flere studier, blant annet i studien til Husum et al. (2018).

6.5 Alternativer til mekaniske tvangsmidler

Selv om alle informantene mente det var nødvendig å ha mulighet for å bruke mekaniske tvangsmidler, hadde noen tanker om alternativer som muligens kunne vært brukt i noen av

tilfellene. Forskning om reduksjon av tvangsbruk og alternativer til tvang, viser at mange systematiske forsøk på å redusere bruken ser ut til å virke (Gooding et al., 2020). Prosjektet ved Lovisenberg antyder også at bruk av mekaniske tvangsmidler kan reduseres ved å innføre tiltak som prosjektet har brukt (Veland & Jacob, 2014; Wernersen, 2016), og det kan også, slik jeg ser det, bidra til å redusere de ansattes moralske stress.

Det var forslag fra en informant om at kortvarig isolasjon kunne brukes mer enn det gjør i dag. Et annen informant mente politiet måtte brukes mer, om mekaniske tvangsmidler skulle fases ut. På den andre siden beskriver politiet en økning i oppdragene som handler om å bistå helsevesenet (Strøm et al., 2023). Selv om det ikke finnes sikker statistikk som kan trekke sikre slutninger, mener allikevel et regjeringsoppnevnt utvalg at basert på tilgjengelig data er det en klar indikasjon på at psykiatrioppdragene for politiet har økt (Maktmiddelutvalget, 2022).

En informant nevnte at å være tidlig nok ute med deeskalering også var et alternativ om man hadde nok tid. Om man hadde nok tid, ble det å bygge en god relasjon sett på som vesentlig, men da måtte man på den andre siden være tilstrekkelig bemannet. En informant nevnte at man kan unngå mye vold og aggresjon om man har tid til relasjonsarbeid. En studie viser at blant annet pasientmedvirkning for innlagte pasienter i psykisk helsevern, assosieres med redusert bruk av tvangsmidler (Bak et al., 2014). Behandlingsrelasjonen risikerer å ta skade av tvangsbruk, men omsorgsfull oppfølging fra personalet kan trolig reparere noen negative effekter av bruken, og behandlingsrelasjonen behøver ikke nødvendigvis bli uopprettelig skadet (NOU 2019: 14, 2019). Prosjektet ved Lovisenberg diakonale sykehus antyder også at måten personalet møter pasientene på påvirker samspillet mellom dem. Møtet kan bidra til å skape aggresjon og utagering, men på samme tid kan måten personalet møter pasienten på, forebygge dette. Ansatte ved Lovisenberg jobber blant annet systematisk med aggresjonsforebyggende samtaler, for alle pasienter som kommer til innleggelse, ved å tematisere konfliktsituasjoner og alternativer til løsninger (Veland & Jacob, 2014). I en studie av Hammervold et al. (2020) pekte helsepersonell på at ettersamaler med pasienter etter tvangsmiddelbruk, var en arena for å kunne gjenopprette en relasjon som har tatt skade av tvangsmiddelbruken. Studien antyder også at en slik samtale kunne hjelpe helsepersonell i å håndtere moralsk stress.

Utredningen om tvangsbegrensningsloven nevner tid til kommunikasjon, forebyggende tiltak, konfliktdempende tiltak og det å ta hensyn til pasientens ønsker for behandling som noe av det som kan redusere bruk av tvang. Det legges vekt på hvor viktig forebyggende arbeid er, da man har færre virkemidler for å unngå tvang når en hendelse er kommet så langt at det er i ferd med å utvikle seg til å bli en nødsituasjon (NOU 2019: 14, 2019). Informantene i min studie peker på at for å forebygge tvangsmiddelbruk er det vesentlig at personalet opplever trygghet. Nok bemanning med faste ansatte og nødvendig kompetanse ble løftet frem som

trygghetsskapende. Husum et al. (2018) sin studie peker også på at trygghet for personalet er vesentlig for å forebygge og redusere tvangsmiddelbruk. Det blir beskrevet at redde ansatte kan bidra til økt bruk av tvangsmidler, fordi de gjør pasientene utrygge. Norsk psykiatrisk forening (2018) anbefaler at personal må få en større grad av systematisk kursing i psykologiske teknikker for å kunne forholde seg til pasienter som er til fare for seg selv og/eller andre rundt.

7.0 Oppsummering

Denne studien har hatt som formål å se nærmere på opplevelsene til sykepleiere som utfører tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern. Problemstillingen er som følger: «*Hvordan opplever sykepleiere å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling?*».

Funnene i denne studien indikerer at sykepleierne opplever mange ulike etiske dilemma i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler overfor pasienter, og informantene beskriver mange vanskelige opplevelser knyttet til bruken av tvangsmiddelet. Alle informantene mente likevel at beltebruk er nødvendig av sikkerhetsmessige grunner, men det beskrives også som et nederlag å måtte ty til belter. Bruken av belter blir av informantene beskrevet som siste utvei og at det blir forsøkt utført så skånsomt som mulig.

Ut ifra intervjuer med informantene i denne studien kan det se ut som om kjønn og alder på pasientene påvirker informantenes opplevelse av hvordan det er å bruke mekaniske tvangsmidler. Det ser også ut til å kunne spille inn på hvor etisk utfordrende det blir opplevd, og hvilke hendelser man bærer med seg i tankene etter arbeidstid. Flere mannlige informanter beskriver ekstra ubehag i forhold til beltelegging av unge jenter, og flere av informantene snakker om at de er redde for å retraumatisere og krenke pasientene. Uenighet mellom personale blir også beskrevet som utfordrende. Samtidig er det noen pasientgrupper informantene opplever det er lettere å bruke mekaniske tvangsmidler på, som for eksempel er utagerende og i ruspsykose eller som skaper utrygghet og har utagert mot personal. Det beskrives også ulike praktiske aspekter som kan lette opplevelsen og øke opplevelsen av trygghet og sikkerhet i hverdagen, slik som å være tilstrekkelig med personal, faste ansatte en er trygge på og personal med erfaring og kompetanse. Flertallet nevner de ville vært utrygge uten mulighet for å bruke belter.

I diskusjonen diskuterer jeg om tvang kan ha store negative konsekvenser både for den som utsettes for tvang og sykepleierne. Et relevant begrep i denne sammenhengen er begrepet moralsk stress. Bruk av mekaniske tvangsmidler er en kompleks og krevende oppgave for personalet i psykisk helsevern. Diskusjonen peker på at de vanskelige etiske utfordringene sykepleierne står overfor, kan føre til moralsk stress. Moralsk stress kan bidra til redusert kvalitet på omsorgen eller distansering fra pasientene, men kan også være skadelig for de ansatte i form av utbrenthet, sykemeldinger og lignende. Flere beskriver en tilvenning til bruken av belter og at det med erfaring oppleves lettere. Noen beskriver de har blitt mer følelsesmessig avflatet og at det ikke går like mye inn på dem som i starten, men informantene beskriver også at erfaring har gjort dem mer kunnskapsrike og trygge. Samtidig peker flere på

at de kan oppleve frykt og sinne i belteleggings situasjoner og må jobbe med egen følelsesregulering. Det kan se ut til at det er behov for ytterligere opplæring og støtte til personalet for å håndtere de etiske dilemmaene på en best mulig måte, samt å vurdere alternative metoder for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern. Diskusjonen peker på at metoden etisk refleksjon kan forebygge moralsk stress og at krevende utfordringer og uenigheter i arbeidslivet kan utforskes konstruktivt på denne måten. Dette kan hjelpe kollegafellesskapet med å utvikle en dypere forståelse av de etiske utfordringene knyttet til bruk av tvang, og bidra til å ta beslutninger i tråd med moralske overbevisninger. Økt kompetanse og refleksjon rundt etiske problemer, vil også gagne pasientene.

Flere sykepleiere i studien opplever at noen pasienter er mer preget av sin psykiske lidelse enn tidligere når de blir innlagt, med mer bruk rusmidler og vilje til voldsutøvelse. En informant peker på lovendringen i 2017 som årsak. Sykepleierne forteller også at de har opplevd grove trusler og har blitt utsatt for vold. De opplever at det er lite forståelse for hva de kan bli utsatt for på jobb, fra politikere og samfunn, når det er forslag om å fase ut tvangsmidler. Alle sykepleierne mener bruk av tvangsmidler er helt nødvendig når det blir brukt som siste utvei. Informantene peker på at bemanning med faste ansatte med erfaring og nødvendig utdanning, skaper trygghet og kan forebygge tvangsmiddelbruk, i motsetning til når det er mange vikarer og uerfarne ansatte på jobb. Å skulle leve opp til et behandlingsideal med mindre tvangsbruk, samtidig som man skal ivareta pasientenes behov for omsorg og sikkerhet, mens ressurser ikke strekker til, må oppleves som etisk utfordrende. Informantene beskriver at de kan oppleve utfordringer med egen følelsesregulering i vanskelige situasjoner, hvor man skal tenke på pasientens beste, samtidig som man eventuelt blir utsatt for vold og trusler. Det har nå kommet nye metoder for at både ansatte og pasienter kan lære bedre følelsesregulering, og Mindfulness kan være en slik metode som er nyttig for å styrke emosjonell kontroll og følelsesmessig bevissthet. Informantene har noen forslag til hva som kan være alternativ til mekaniske tvangsmidler, og relasjonsarbeid med pasientene peker seg ut som nyttig i denne sammenhengen, men informantene peker på at det fordrer nok ressurser i form av tid og bemanning.

Studiens funn, diskutert i lys av tidligere forskning, teori og relevant litteratur, gir en overordnet forståelse av sykepleieres opplevelser med å bruke mekaniske tvangsmidler. Forhåpentligvis kan denne studien bidra til å sette fokus på sykepleiernes ulike opplevelser og komplekse etiske og moralske dilemma de står ovenfor, men også hva som kan være med på å redusere og forebygge moralsk stress. Bruk av systematisk etikkrefleksjon er en slik metode. Det er også et håp at studien kan bidra til å peke på metoder og verktøy som kan brukes for å styrke etisk refleksjon og kompetanse, for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler og å styrke pasientenes opplevelse av autonomi og redusere opplevelsen av maktubalanse.

Det trengs etter min oppfatning mer forskning omkring temaet, og det hadde vært nyttig å se videre på hvordan sykepleiere håndterer moralsk stress som oppstår i forbindelse med beltebruk. Videre studier på om kjønn og alder på både pasienter og personal spiller inn på hvor etisk utfordrende tvangsmiddelbruk oppleves, hadde også vært interessant.

Det kan se ut til at sosiale medier kan gi nye etiske utfordringer for de ansatte. En informant pekte på at noen pasienter ser ut til å ville komme i belter for å kunne publisere det på egne sosiale mediekanaler. I diskusjonen beskrives det hvordan pasienters bruk av sosiale medier, alt de deler og det noen forteller om, nesten kan høres ut som en konkurranse om å ha det verst. Pasienters bruk av sosiale medier og hvordan det påvirker forholdet til helsetjenesten og helsepersonell er et nytt og viktig tema som bør undersøkes nærmere. Det kan også være interessant å se på sammenhengen mellom bruken av sosiale medier hos enkelte pasientgrupper og om det kan fremme bruken av tvang.

8.0 Litteraturliste

- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R. & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 155-166.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppc.12036>
- Birkler, J. (2018). *Etik i psykiatrien*. Munksgaard.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Bremnes, R. & Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern*. (IS-2888). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20hel-severn%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (Second. utg., Bd. 2). 55 City Road: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529716665>
- Bøe, D. T. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. (2. opplag 2009. utg.). Universitetsforlaget.
- Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V. & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(5), 289-297.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12199>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C. & Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 446-459.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). *Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)* (LOV-2017-02-10-6). Lovdata.
<https://lovdata.no/LTI/lov/2017-02-10-6>
- Engerdahl, S. I., Moljewijk, A. & Perdersen, R. (2016). Etske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 53(2), 102-110.
- Europarådet. (2019). *Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*.
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038&lang=en>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (Sixth edition. utg.). SAGE.
- Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27-39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Vevatne, K. & Sagvaag, H. (2020). Post-incident reviews—a gift to the Ward or just another procedure? Care providers' experiences and considerations regarding post-incident reviews after restraint in mental health services. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05370-8>
- Harlem, H. (2022). *Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern - En undersøkelse av kontrollkomisjonenes praksis* (Sak 2022/1184). Sivilombudet.
<https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Kontroll-med-bruk-av-mekaniske-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-1.pdf>

- Haugvaldstad, M. J. & Husum, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49(Part-A), 130-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer* [Rundskriv]. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2018, 28.11.2022). *Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics*, 15(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell*
- Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern* (ISBN 978-82-93544-04-3). Universitetet i Oslo – Senter for medisinsk etikk. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/systematisk-etikkrefleksjon/ressurshefte-systematisk-etikkrefleksjon120517.pdf>
- Holmgren, A. G., Juth, N., Lindblad, A. & Von Vogelsang, A.-C. (2022). Nurses' experiences of using restraint in neurosurgical care – A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2259-2270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.16044>
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2-3), 98-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.
- Jakobsen, T. G. (2021). *Vitenskapsfilosofi og kritisk realisme : et ikke-antroposentrisk alternativ* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Jansen, T.-L., Danbolt, L. J., Hanssen, I. & Hem, M. H. (2022). How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. *BMC psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03832-3>
- Jansen, T.-L., Hem, M. H., Dambolt, L. J. & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing ethics*, 27(5), 1315-1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S., Sandvik, L. & Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry research*, 215(1), 127-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 149-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lanthén, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal*, 2015. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2015/748392>
- Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2020). *Etikk i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Maktmiddelutvalget. (2022). *Politiets bruk av maktmidler* (G-0452 B). regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d791b69b71a4fe9bfedd13af2900750/no/pdfs/politiets-bruk-av-maktmidler.pdf>
- Mangaoil, R. A., Cleverley, K., Peter, E. & Simpson, A. I. F. (2023). The experiences of nurses following seclusion or restraint use and immediate staff debriefing in inpatient mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 00(00), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15667>

- Mooney, M. & Kanyeredzi, A. (2021). 'You get this conflict between you as a person and you in your role...that changes you': A thematic analysis of how inpatient psychiatric healthcare staff in the UK experience restraint, seclusion, and other restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1703-1712. <https://doi.org/10.1111/inm.12926>
- Muir-Cochrane, E., O'Kane, D. & Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1511-1521. <https://doi.org/10.1111/inm.12451>
- Norman, G. M. & Åsebø, S. (2019, 13.10.2019). De frontet psykiatri-sakene: «Håper jeg får en unnskyldning». VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/KwAl6/de-frontet-psykiatri-sakene-haaper-jeg-faar-en-unnskyldning>
- Norman, G. M., Åsebø, S. & Braastad, G. (2016, 20.06.2016). Tonje (21) var beltelagt: -Det reddet livet mitt. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/LKRpp/tonje-21-var-beltelagt-det-reddet-livet-mitt>
- Norsk psykiatrisk forening. (2018). *Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern* [1-153]. Norsk psykiatrisk forening. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/12e1db020a0e4d46ba5d03894d9d9992/strategidokument-12-nov-2018.pdf>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.-a). *Informasjon til deltakerne*. Hentet 24.05.22 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.-b). *Opplysninger om andre personer enn deltakerne (tredjepersoner)*. Hentet 28.04.22 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/opplysninger-om-andre-personer-enn-deltakerne-tredjepersoner>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.-c). *Oppslagsverk for personvern i forskning*. Hentet 28.04.22 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning>
- Norvoll, R. & Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer* [Ressurshfte fra prosjektet «psykiske helsetjenester, etikk og tvang»]. U. i. O. S. f. m. etikk. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshfte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf>
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven- Forslag til felles regler om tvang og onngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Nyttingnes, O. (2011). Beltefri psykiatri på Island. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(13-14), 1316-1318. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.10.1151>
- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M.-H., Jacob, J. D. & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 590-609. <https://doi.org/10.1111/inm.12855>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Essentials of Nursing Research* (10. utg.). Wolters Kluwer Health.
- Psykisk helsevernforordningen. (2011). *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (FOR-2011-12-16-1258). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2023). *Ekspertutvalg om tvang*. Hentet 27.02.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-tvang/id2911600/>
- SIFER. (2019). *MAP, Møte med aggresjonsproblematikk* [Opplæringsmanual]. f.-o. r. Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-. <https://sifer.no/map/>
- Silseth, I. (2021, 20.09.2021). Ansatte utsettes for vold og trusler om drap og voldtekt: – Veldig belastende. NRK. <https://www.nrk.no/osloogviken/ansatte-utsettes-for-vold-og-trusler-pa-ulleval--veldig-belastende-1.15631289>

- STAMI. (2019). *Vold og trusler om vold*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hentet 21.04.23 fra <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/konflikter-vold-og-trakassering/vold-og-trusler-om-vold/>
- Strøm, P., Kalkenberg, L.-P., Karlsen, A. K. & Hestenes, S. G. (2023, 18. Mars 2023). Politiet må håndtere flere psykisk syke: – Egentlig helsetjenestens ansvar. NRK. <https://www.nrk.no/nordland/politiet-bruker-store-ressurser-pa-a-frakte-psykiatriske-pasienter--onsker-ending-1.16339108>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm akademisk.
- Tømmerbakke, S. G. (2020, 11.05.2020). En dobling av vold og trusler mot ansatte. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/jobb-og-utdanning-psykisk-helse-spesialisthelsetjeneste/en-dobling-av-vold-og-trusler-mot-ansatte/378149>
- Tønset, T. S. (2023, 29.01.2023). Viral fra lukket avdeling. NRK. <https://www.nrk.no/osloogviken/xl/unge-gar-viralt-pa-tiktok-fra-innsiden-av-psykiatriske-avdelinger-1.16259944#intro-authors--expand>
- Universitet i Agder. (2018). *Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgaver*. Hentet 28.04.22 fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaver>
- Veland, M. C. & Jacob, A. (2014). Jobber for mindre tvang. *Sykepleien*, 102(09), 50-51. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0102>
- Wernersen, C. (2016, 29.04.2016). Reduserte beltebruk kraftig etter omlegging. NRK. <https://www.nrk.no/norge/reduerte-beltebruk-kraftig-etter-omlegging-1.12916866>
- WHO. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500-512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
- Øverbø, S. L. & Hagen, R. B. (2018, 10.12.2018). Ansatte utsettes for vold: – En hverdag med spark, slag, spytting og trusler. NRK. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/ansatte-utsettes-for-vold--det-har-vaert-ekstremt-na-1.14328441>
- Øverbø, S. L. & Torstveit, M. (2023, 18.02.2023). Frykter at broren skal drepe. NRK. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/frykter-at-broren-skal-drepe-1.16176332>
- Aakre, M. (2009). Moralsk stress - og hva det gjør med oss. *Sykepleien*, 97(13), 74-75. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0130>
- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. . Gyldendal Norsk Forlag.
- Åsebø, S. & Norman, G. M. (2016, 20.11.2016). Pasienter bindes fast ulovlig. <https://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-bindes-fast-ulovlig/>
- Åsebø, S. & Norman, G. M. (2019, 13. oktober 2019). Full oppvask i Helse-Norge etter VGs psykiatriavsløringer. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/42JIE/full-oppvask-i-helse-norge-etter-vgs-psykiatriavsloringer>

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i psykisk helsevern”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å **undersøke nærmere hvordan det oppleves for helsepersonell innen psykisk helsevern å bruke mekaniske tvangsmidler**. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det har vært skrevet mye i media om tvangsbruk i psykisk helsevern de seneste årene. Det er et omstridt tema og det som skrives er ofte negativ ladet.

Hensikten med prosjektet er å undersøke nærmere hvordan det oppleves for helsepersonell å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter. Det er tenkt å utføre dybdeintervjuer med 5-6 informanter.

Målet er å få en større innsikt og ny kunnskap om fenomenet som kan være overførbart og til nytte for flere. Det kan forhåpentligvis bidra til å belyse et viktig tema og til at helsepersonell blir mer bevisst på egen praksis. Dette tenker jeg vil kunne gagne både helsepersonell og pasienter ved bruk av mekaniske tvangsmidler og på den måten skape en bedre helse- og omsorgstjeneste.

Prosjektet inngår i en masteroppgave og har følgende problemstilling:

Hvordan opplever helsepersonell å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i psykisk helsevern?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har minst tre års helsefaglig utdanning, og har jobbet minst 3-5 år innenfor psykisk helsevern. Det fokuseres på helsepersonell på akuttavdeling, da de ofte har mest bruk av tvangsmidler. Det blir sendt forespørsel til akuttavdelinger innenfor psykisk helsevern.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det blir samlet inn opplysninger om yrke og hvor mange år du har jobbet i akuttavdeling.

Disse opplysningene vil bli anonymisert.

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet om nevnte tema i ca. 45-60 min.
- Intervjuet tas opp på båndopptaker. Samtalene blir overført til tekst, i et dokument hvor alle personidentifiserbare opplysninger blir utelatt. Minnekortet fra båndopptakeren vil bli oppbevart i et låsbart skap på veileder sitt kontor. Tekstdokumentet lagres på en passordbeskyttet datamaskin og vil kun være tilgjengelig for student og veiledere. Minnekortet vil bli destruert ved prosjektets slutt – senest våren 2025.
- Opplysninger om tredjepersoner er taushetsbelagte. Helsepersonell kan ikke dele opplysninger som kan identifisere pasienter under intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Student og veiledere ved UIA vil ha tilgang til opplysningene.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil kontaktopplysninger og navn bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på forskningsserver eller innelåst i skap i låst rom ved UIA.

Det vil ikke være mulig å gjenkjennes som deltaker i ferdig publikasjon. Opplysninger om antall år i jobb ved akuttavdeling og utdanning vil publiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i våren 2025.

Etter prosjektslutt og sensuren har falt vil alle lydfiler og det skrevne intervjuet slettes i sin helhet

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Agder har Personverntjenester (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Universitet i Agder v/ prosjektansvarlig og veileder Monica Strømland, monica.stromland@uia.no
- Ekstern veileder - Tonje Lossius Husum, tonjelos@oslomet.no
- Masterstudent - Christina Aas Bajrami, christina_aas@hotmail.com
- Vårt personvernombud - Trond Hauso, personvernombud@uia.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i psykisk helsevern*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

- Har du vært med på å bruke mekaniske tvangsmidler i arbeidet ditt?
Kan du si noe mer om dette?
- Hvordan har du opplevd å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter?
Kan du utdype?
Har du merket noen endring over tid?
Har det hatt noen konsekvenser for deg etter jobb/privat?
- Er det aspekter som kan gjøre det vanskeligere bruke mekaniske tvangsmidler?
Kan du si noe mer om dette?
- Er det noe som kan bidra til å gjøre det lettere å bruke mekaniske tvangsmidler?
Kan du utdype?
- Er det noe du vil legge til?
- Kan jeg kontakte deg igjen om det er noe jeg har glemt å spørre om?

Takk for at du ville bidra

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vurdering NSD

23.05.2022

Skriv ut

Referansenummer

777339

Prosjekttittel

Helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i psykisk helsevern

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig

Monica Strømmland

Student

Christina Aas Bajrami

Prosjektperiode

22.08.2022 - 30.08.2025

[Meldeskjema](#)

Dato

23.05.2022

Type

Standard

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved.

Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. Dette forutsatt at FEK ved UIA godkjenner prosjektets etiske sider.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.08.2025. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Anne Lene L. Nymoen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Godkjenning fra FEK



Christina Aas
Bajrami

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 23/06/2022

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Helsepersonells opplevelse av å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter som er innlagt i psykisk helsevern

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -

www.uia.no

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO