

# **Bruk av tvang i ambulansetjenesten**

-en kvalitativ studie fra  
ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus



---

Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet Master i Pre-Hospital Critical Care  
Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Nina Øye Thorvaldsen

Veiledere: Stephen J. M. Sollid og Tonje Lossius Husum

02.06.2020

**MASTER IN PRE-HOSPITAL CRITICAL CARE**

**Master thesis**

**Semester: høst 2019 - vår 2020**

**Student: Nina Øye Thorvaldsen**

**Veiledere: Stephen J. M. Sollid og Tonje Lossius Husum**

**Norsk tittel:**

**Bruk av tvang i ambulansetjenesten - en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus**

**English title:**

**Use of coercion in the Emergency Medical Service - a qualitative study from the ambulance service of the Oslo University Hospital**

**Nøkkelord/søkeord: tvang, utagere, ambulanse, prehospital, transport**

**Antall sider: 101**

**STAVANGER: 01.06.2020**

## Forord

Jeg vil takke de som har hjulpet meg med oppgaven.

Tusen takk til dere som stilte som respondenter. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Jeg håper jeg har klart å yte deres meninger og uttalelser rettferdighet. Jeg vil samtidig oppfordre alle som jobber prehospitalt til å melde seg som deltagere/respondenter i prosjekter og forskning lokalt og nasjonalt. Prehospital forskningen er helt avhengige av bidrag fra ambulansespersonellet som jobber i front.

En stor takk til Stephen J.M. Sollid som har vært min hovedveileder og Tonje L. Husum som har vært min biveileder. Dere har utfylt hverandre godt faglig og vært raus med tiden deres. Takk for at dere har gitt meg troen på at prosjektet er av betydning og at dere har vist at dere bryr dere om at jeg skal lykkes i arbeidet med det.

Flere fortjener takk. Jørgen Dahlberg, lege og jurist, har hjulpet med å skjønne loverket bedre. Det er fantastisk å ha en rådfører som kan både akuttmedisin og juss. Johanne Jordahl har bidratt i analysen, har deltatt i mang en diskusjon rundt oppgaven og er en fantastisk makker som har gjort dagene på jobb lysere. Tanja Ibsen bidro med gode råd da tvilen og frustrasjonen rundt analysen stormet som verst. Jeg er svært takknemlig for at dere gav av deres tid og kompetanse til å hjelpe meg med oppgaven. Tusen takk.

Takk til Jan Erik Nilsen og de andre flotte menneskene som jobber for, eller er tilknyttet til, NAKOS. Det er berikende å omgås mennesker som gir sine ærlige meninger og setter forskning og praktisk arbeid i et, for meg, nytt og annerledes perspektiv.

Sist, men ikke minst, tusen takk til mine nærmeste for all tålmodighet og støtte ❤️

Sætre, 29.05.20 Nina Ø. Thorvaldsen

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunnen for valg av tema .....	7
1.2 Hvorfor er bruk av tvang problematisk .....	8
1.3 Bruk av tvang prehospitalt .....	9
1.4 Problemstilling.....	13
1.5 Avklaring og avgrensning .....	13
1.6 Oppgavens oppbygning.....	14
<b>2 Teori</b> .....	<b>15</b>
2.1 Tvang.....	15
2.2 Makt .....	16
2.3 Lovverk og etikk.....	17
2.3.1 Lovgrunnlag for bruk av tvang prehospitalt .....	17
2.3.2 Etikk sett opp mot utøvelse av tvang i helsevesenet .....	19
2.4 Ambulansetjenestens funksjon.....	20
2.4.1 Beskrivelse av den akuttmedisinske kjeden i Norge.....	20
2.4.2 Ansvar for øyeblikkelig hjelp .....	20
2.4.3 Retningslinjer i ambulanseavdelingen.....	21
2.5 Begrepsavklaringer.....	22
<b>3 Litteratursøk</b> .....	<b>23</b>
<b>4 Metode</b> .....	<b>24</b>
4.1 Valg av metode .....	24
4.1.1 Systematisk tekstkondensering .....	24
4.2 Intervjuguide .....	25
4.3 Forskningsprosessen.....	26
4.3.1 Populasjonen .....	26
4.3.2 Pilotintervju; rekruttering og utvalg .....	26
4.3.3 Intervju 2; rekruttering og utvalg .....	26
4.3.4 Intervjuene .....	27
4.3.5 Erfaring fra pilotintervju .....	28
4.3.6 Respondentene .....	29
4.4 Forskningsetiske overveielser.....	29
4.5 Forforståelse.....	30
4.6 Troverdighet .....	31
4.7 Analysen .....	33
4.7.1 Transkribering.....	33
4.7.2 Analysetrinn 1.....	34
4.7.3 Analysetrinn 2.....	35
4.7.4 Analysetrinn 3.....	36
4.7.5 Analysetrinn 4.....	38

4.7.6	Metoderefleksjon .....	39
<b>5</b>	<b>Resultatpresentasjonen .....</b>	<b>41</b>
5.1	<i>Tvangsforståelse</i> .....	41
5.1.1	Fysisk makt .....	41
5.1.2	Overtalelse.....	42
5.1.3	Pragmatisk makt.....	43
5.1.4	Sikring .....	44
5.1.5	Farmakologisk tvang.....	45
5.2	<i>Tvangsårsaker</i> .....	46
5.2.1	Nødrett .....	46
5.2.2	Hjelpeplikt .....	47
5.2.3	Usikkerhet .....	48
5.2.4	Fryktkultur .....	49
5.3	<i>Emosjonell påvirkning</i> .....	50
5.3.1	Empati.....	50
<b>6</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>52</b>
6.1	<i>Forståelse av tvang</i> .....	52
6.2	<i>Former for tvang</i> .....	53
6.2.1	Overtalelse.....	53
6.2.2	Pragmatisk makt.....	55
6.2.3	Sikring .....	57
6.2.4	Farmakologisk tvang.....	59
6.3	<i>Ytterligere situasjoner hvor tvang blir brukt</i> .....	61
6.3.1	Fysisk tvang ved nødrett og hjelpeplikt.....	61
6.4	<i>Emosjonell påvirkning</i> .....	61
6.4.1	Empati og moralsk stress.....	61
<b>7</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>64</b>
7.1	<i>Betydning for praksis</i> .....	64
<b>8</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>66</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>72</b>
9.1	<i>Forkortelser</i> .....	73
9.2	<i>Invitasjon til respondenter</i> .....	74
9.3	<i>Samtykkeerklæring</i> .....	77
9.4	<i>Intervjuguide</i> .....	78
9.5	<i>Litteratursøk 24.04.19 (fokus- bruk av tvang prehospitalt)</i> .....	79
9.6	<i>Litteratursøk 21.06.19 (fokus- tvang i helsevesenet i Norge og Skandinavia)</i> .....	84
9.7	<i>Oppsummering funn litteratursøk</i> .....	85
9.8	<i>Vedtak ambulanseavdelingen, OUS</i> .....	90
9.9	<i>Vedtak fra REK</i> .....	91
9.10	<i>Vedtak fra NSD</i> .....	93
9.11	<i>Tabeller fra analysen</i> .....	95
9.12	<i>Retningslinjen «Pasient som ikke transporteres til sykehus/lege»</i> .....	101

## Sammendrag

Helsehjelp skal være basert på pasientens samtykke. Helselovgivningens unntaksbestemmelser hjemler bruk av tvang i spesielle tilfeller. Det finnes lite forskning på bruk av tvang prehospitalt. Studiens hensikt var å beskrive ambulanspersonells forståelse av hva tvang er, erfaring med bruk av tvang, i hvilke situasjoner de har brukt tvang og hvilken form for tvang som er brukt. Studien er kvalitativ med bruk av fokusgruppeintervju hvor åtte ambulansfagarbeidere fra Oslo universitetssykehus deltok. Dataene er analysert med systematisk tekstkondensering. Respondentene forstår tvang i hovedsak som bruk av fysisk makt. Former for makt/tvang beskrevet kan sorteres i overtalelse, pragmatisk makt, fysisk makt, farmakologisk tvang og sikring under transport. Respondentene beskriver at de har erfaring med bruk av tvang i situasjoner knyttet til hjelpeplikt, nødrett og i situasjoner hvor pasienter avviser helsehjelp. Respondentene opplever at det er en konflikt mellom pasientens rett til selvbestemmelse og avdelingens retningslinjer. De opplever at lovverket er vanskelig overførbart til praksis og de er usikre på hvordan de skal vurdere samtykkekompetanse. Denne usikkerheten i kombinasjon med en opplevelse av manglende støtte fra ledelsen ser ut til å øke respondentenes villighet til å utøve tvang for å få pasienter med til lege. Legetilsyn blir brukt av respondentene som et middel for å dekke sin egen rygg. Videre undersøkelser bør avdekke om det utøves tvang uten lovhjemmel og om økt kunnskap kan redusere bruken av tvang.

# Bruk av tvang i ambulansetjenesten -en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunnen for valg av tema

Som paramedic i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus (OUS) har jeg vært med å transportere pasienter som verbalt og/eller fysisk motsetter seg helsehjelp. Vi har hentet pasienter på legevakt som skal tvangsinnlegges, hvor det ligger tre politimenn oppå pasienten når vi ankommer. Ved hjelp av fysisk makt blir pasienten løftet over på bære, satt på sikkerhetsbelter (4-punkts belter: et belte over hver skulder og et over hoftene) og holdt etter beste evne til båren er i bilen. I tillegg til at en urolig pasient lett vrir seg ut av skulderstroppene, lar bårens sikkerhetsbelter seg enkelt løse ut av pasienten. Å feste håndjern til båren er ikke tilstrekkelig til å hindre pasienten i å løse ut beltene, pasienten når fortsatt frem til utløser. Urolige pasienter må derfor holdes eller spennes ytterligere fast for at han/hun skal være sikret i sikkerhetsbeltene under transport. Erfaringsmessig løsner politiet seg fra sine sikkerhetsbelter for å holde pasienten i ro hvis ikke pasienten blir tilstrekkelig festet til båren.

I et avvik problematiserte jeg det jeg opplevde som et sikkerhetsmessig problem: at vi ikke får sikret utagerende pasienter tilstrekkelig ved transport med den konsekvens at politiet løsner seg av sikkerhetsbeltene slik at de heller ikke er sikret. Jeg etterlyste belter som ikke ville være så lette for pasienten å løse ut selv og som ville sikre pasienten ved en eventuell kollisjon selv om han eller hun var svært urolig. På den måten ville også politiet kunne sitte sikret i sine sikkerhetsbelter. I svaret jeg fikk ble jeg informert om at «beltelegging» i ambulanse ikke er tillat. «Vår korrekte løsning ved utagering er politiet, det er hjemlet i lov og instruks og samarbeidsavtale mellom våre to direktorater hvordan dette skal gjøres i Norge. Moralen er: fare for utagering: med politi under transporten enten i deres eller vår bil». Noe nærmere en løsning på det jeg opplevde som et alvorlig sikkerhetsmessig og praktisk problem kom jeg ikke, men det fikk meg til lure på om det vi gjorde, med blant annet å surre fast pasientens hender og føtter, var lovlig.

Når jeg har diskutert overstående problemstilling med kolleger har jeg blitt fortalt om situasjoner hvor pasienten har blitt surret fast til båren med stroppene som er ment til backboard eller immobilisert ved å bruke vakuummadrass og dertil hørende remmer. I situasjonene hvor kolleger har brukt stropper og vakuummadrass for å holde pasienten i ro har det blitt gjort av praktiske grunner, med politiet tilstede, for å transportere en utagerende pasient på en trygg måte mellom to destinasjoner. Det har vært et spørsmål om å finne en trygg og praktisk løsning på et oppdrag.

Fra, i mine øyne, å være et praktisk problem, ble spørsmålet om dagens praksis ved sikring av utagerende pasienter var ulovlig. Dette er bakgrunnen for min interesse for å utforske ambulanspersonells bruk av makt og tvang under oppdrag og transport.

## 1.2 Hvorfor er bruk av tvang problematisk

Å utøve tvang er en alvorlig inngripen i et annet menneskets liv. Utøvelse av tvang står i sterk kontrast til de grunnleggende menneskerettighetene Norge som rettsstat bygger sitt fundament på. Den enkelte persons frihet og rett til å bestemme over eget liv er verdier som står sterkt i Norge. Disse verdiene er forankret i menneskerettsloven og grunnloven (1;2). Det motsatte av frihet vil være påbud, forbud og tvang.

All helsehjelp er i utgangspunktet basert på pasientens samtykke (3). Helselovverket hjemler imidlertid unntaksbestemmelser som tillater bruk av tvang i situasjoner hvor mennesker ikke er samtykkekompetente eller er til fare for seg selv eller andre (4). Mulig helsegevinst av et tvangsinngrep må veies opp mot inngripen i pasientens autonomi og eventuelle negative følger av tvangsbruken (5). Ulike menneskerettighetsorganer innen FN og Europarådet har kritisert Norge for liberal tvangsbruk (6). Sammenlignet med andre land i Europa skal tvangsbruk i psykisk helsevern i Norge ha ligget stabilt høyt over flere år(4;7-9), men tall fra forskjellige land er svært vanskelig sammenlignbare på grunn av usikkerhet rundt innrapporterte pasientdata, beregning av rater, forskjell i regelverk med mer (4;9). I Norge ser det ut til å være en allmenn aksept for at det kan brukes tvang mot pasienter med psykiske lidelser i enkelte situasjoner, noe som er i tråd med lovverket. Diskusjonen rundt bruk av



tvang i psykisk helsevern i Norge vekter ikke *om* det er nødvendig å bruke tvang, men *når*, eller i hvilke situasjoner, det er hensiktsmessig eller nødvendig å bruke tvang. Bruk av tvang er kanskje spesielt problematisk fordi behandlingsforskning innenfor psykisk helsevern ikke har funnet sikre holdepunkter for at tvang bedrer behandlingsresultater eller reduserer aggresjon og vold. Det foreligger ikke dokumentasjon for at skaden ville vært større uten tvangsbruk (9-12). Det finnes derimot dokumentasjon på at tvangssituasjoner kan føre til fysiske så vel som psykiske skader, skade relasjoner og sosialt nettverk, skade behandlingsrelasjoner og i tillegg kommer bivirkning av eventuell medisiner (10;13;14). Bruk av tvang kan skade pasientens tillit til myndighetene og helsevesenet som igjen kan påvirke pasientens helse negativt (14-16). Lovverket, samfunnets holdninger og hvordan psykiatrisk spesialisthelsetjeneste forholder seg til tvangsbruk påvirker også hvordan andre deler av helsetjenesten, eksempelvis ambulansetjenesten (14).

### 1.3 Bruk av tvang prehospitalt

Politiet yter vern og bistand ved ambulansetransport av pasienter hvor bruk av tvang og makt er nødvendig for pasientens eller følgepersonells sikkerhet. Behovet for bistand og eventuelt følge av politiet blir vurdert fra tur til tur. Hvis pasienten er utagerende eller ambulansepersonellet føler seg utrygge kan politiet følge i ambulansen til bestemmelsessted. Fra politiets side har det vært ønskelig å redusere omfanget av bruk av politi ved pasienttransport. Politiet opplever at det binder opp mye av deres ressurser (17). I 2014 fikk de Regionale Helseforetakene (RHF) tildelt ti millioner kroner til prosjekter som kunne bidra til at helsevesenet i større grad kunne håndtere transport av ustabile pasienter med psykiske lidelser uten assistanse av politiet. Verdig tjeneste, høy kompetanse og forebygging av unødige akuttinnleggelser skulle være mål for prosjektene (18). Disse prosjektene samt dokumentasjon fra psykiatriambulansen i Stavanger og Bergen, er den dokumentasjonen som er funnet vedrørende bruk av makt og tvang prehospitalt i Norge.

Helse Sør-Øst gjennomførte tre prosjekter med midler for ovennevnte prosjekt; to med psykiatriambulanse og et som så bredere på hvordan man kunne nå målene for prosjektmidlene (19). Tabell 1 viser en oversikt over antall oppdrag psykiatriambulansen

Innlandet hadde med bistand eller følge av politiet i operative periode, samt anvendt bruk av makt (20). Antall oppdrag psykiatriambulansen fra Vestre Viken hadde i operative periode, med og uten bruk av makt, er oppgitt i tabell 2 (21). Det tredje prosjektet, i regi av sykehuset i Vestfold og sykehuset i Telemark HF, kartla ved hjelp av intervjuer og en samhandlingskonferanse utfordringene i det daværende tilbudet til pasienter med psykisk helseutfordringer og utarbeidet et forbedringsforslag (22). Felles for prosjektene i Helse Sør-Øst har vært brukernes behov og hvordan de involverte aktørene kan møte disse behovene. Kompetanse, tid og samhandling, mellom kommunene, klinikk for helse og rusbehandling, psykisk helsevern, politiet og prehospital klinikk, er de viktigste læringspunktene fra prosjektene (19).

Tabell 1

Oversikt over antall oppdrag psykiatriambulansen Innlandet

---

Antall oppdrag/skjema utfylt	235
Bistand av politiet	77
Politiet med under transport	11
Tvang i form av holding, føring eller håndjern med politi tilstede	13
Tvang i form av holding, føring uten politi tilstede	4

---

Psykiatriambulansen i Innlandet var i drift fra november 2015 til desember 2016. I perioden 04.02.2016 – desember 2016 fylte ansatt fra psykisk helsevern ut et skjema etter endt vakt på psykiatriambulansen. Det er 272 oppdrag registrert i perioden, 235 skjema utfylt. Tallene er hentet fra Sluttrapport transport av psykisk ustabile personer, sykehuset Innlandet (20)

Tabell 2

Informasjon om oppdrag med psykiatriambulanse i Vestre Viken

Antall psykisk helse oppdrag	320
Antall/andel oppdrag med politibistand	51
Antall oppdrag med maktbruk av politiet <sup>1</sup>	25
Maktbruk av helsepersonell uten politi tilstede <sup>2</sup>	8

Psykiatriambulansen var i drift 12 timer, 5 dager i uka i perioden 01.02.-31.08.2016. Tallene er hentet fra rapporten Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter, Vestre Viken (21)

<sup>1</sup> Holding, håndjern

<sup>2</sup> Kortvarig holding og bruk av fempunktssele

Helse Midt-Norges prosjekt fokuserte på kompetanseheving, samhandling via nødnett med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) som knutepunkt før transport, og tettere samarbeid med blant annet akutt ambulanseteam (AAT). En del av prosjektet var å registrere tilleggsdata i elektronisk pasientjournal (Ambustat) ved transport av pasienter med psykisk lidelse i perioden 12.06.2015 til 31.12.2017, se tabell 3 (23). Denne registreringen er gjort av «vanlig ambulanser» (ikke psykiatriambulanser).

I tabell 4 vises tall fra psykiatriambulansen i Stavanger (24) og i tabell 5 fra Bergen (25;26).

Tabell 3

Psykiatrioppdrag i helse Midt-Norge

Antall registrerte psykisk helse oppdrag	2178
Tvang bruk av politi	78
Tvang bruk av ambulanspersonell	17
Tvang bruk av andre (lege, psykiatrisk akutt-team, psykisk helse kommunen)	32

Fra perioden 12.06.15-31.12.17. Tallene er hentet fra rapporten Prosjekt transporttilbud psykisk syke, Helse Midt-Norge RHF (23)

Tabell 4

Tall fra psykiatriambulansen i Stavanger

År	2017
Antall registrerte psykisk helse oppdrag	938
Bistand av politiet	200
Tvang bruk av politi/med politi tilstede	42
Tvang uten politi tilstede	21

Tallene er hentet fra Psykiatriambulansen i Stavanger- årsrapport 2017 (24)

Tabell 5

Tall fra psykiatriambulansen i Bergen

År	2017	2018	2019
Antall registrerte psykisk helse oppdrag	1489	1615	1419
Politiet har vært involvert	305	370	332
Fysisk maktbruk vært nødvendig	55	79	56
Fysisk maktbruk uten politiet	12	23	14

Tallene er hentet fra Årsrapport PA Bergen 2014-2018 (25;26)

## 1.4 Problemstilling

Mens eldreomsorgen og psykisk helsevern har vært i søkelyset vedrørende tvangsbruk har andre deler av helsevesenet i liten grad blitt ettergått og omtalt. Det er lite kunnskap om omfanget og utøvelsen av tvang i ambulansetjenesten i Norge, men det finnes, som vist tidligere, dokumentasjon på at det blir brukt tvang, med og uten politi tilstede. Erfaringen beskrevet innledningsvis fikk meg til å stille spørsmål ved om ambulanspersonell, meg selv inkludert, utøver tvang vi ikke har lov til. Jeg ønsket å vite mer om hvorfor og hvordan det blir utøvd tvang prehospitalt og om den tvangen som blir utøvd er lovhjemlet. Økt kunnskap vil kunne bidra til å kvalitetssikre pasientbehandlingen, danne grunnla for videre forskning og på sikt eventuelt redusere bruken av tvang. Tematikken passer godt inn under samfunnets generelle fokus på bruk av tvang i helsevesenet, de etiske utfordringene rundt temaet og ønsket om å redusere bruken av det. Problemstillingen ble formulert som følger:

Beskrive ambulanspersonells forståelse av hva tvang er,  
deres erfaring med bruk av tvang;  
i hvilke situasjoner de har brukt tvang  
og hvilken form for tvang som er blitt brukt.

## 1.5 Avklaring og avgrensning

Oppgaven omhandler kun pasienter over 18 år på grunn av oppgavens størrelse og fordi lovhjemlene for tvang mot barn er annerledes enn for voksne.

Oppgaven vil omhandle bruk av tvang mot pasienter som blir transportert i ambulanse uavhengig av diagnose eller årsak for kontakt med ambulansetjenesten. Å avgrense oppgaven til transport av pasienter med psykiske lidelser ville vært lite hensiktsmessig da det kan være vanskelig å skille på om utagering er utslag av psykisk lidelse, rus eller andre akuttmedisinske tilstander (17).

Reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er samlet i fire regelsett, det er kun pasient- og brukerrettighetsloven (3) og helsepersonelloven (27) som er brukt i oppgavens diskusjon. Smittevernloven er ikke aktuell og derfor ikke drøftet (28). Respondentenes

historier forteller ikke om hendelser som, etter undertegnedes skjønn, omfatter helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (tvang overfor psykisk utviklingshemmede) og 10 (tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige gravide) (29). Derfor er ikke dette lovverket beskrevet eller tatt med i diskusjonen, kun nevnt i avsnitt 2.1, med den hensikt å sammenligne lovhjemlenes definisjon av tvang (29). Vedtak etter lov om psykisk helsevern må fattes av lege eller psykologspesialist og er derfor lite relevant for ambulanspersonell annet enn de bør ha kjennskap til hvilke vilkår som skal være innfridd for at tvangsvedtak kan fattes (30).

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Så langt har jeg beskrevet bakgrunnen for oppgaven, hvorfor jeg mener studien er viktig og oppgavens problemstilling. Oppgaven er videre bygd opp som følgende: først er teori om tvang og makt beskrevet, lovverket som hjemler tvang i helsevesenet og etikk kort gjort rede for. Videre er metode, med tilhørende underavsnitt, og studiets troverdighet beskrevet. Etter dette kommer analysen, delt i fire trinn. Videre følger resultater, diskusjon, konklusjon og oppgavens betydning for praksis.

## 2 Teori

Begrepene makt og tvang er stedvis brukt synonymt i oppgaven. Skillet kan være utydelig og begrepene er likestilt i helse og omsorgstjenesteloven. På tross av dette, makt er ikke det samme som tvang. Slik jeg ser det må du må ha makt for å kunne utøve tvang, men du kan utøve makt uten å bruke tvang. En forståelse av hva som ligger i begrepene makt og tvang er sentral for oppgaven og er derfor gjort rede for i avsnittene under.

### 2.1 Tvang

I helse og omsorgstjenesteloven er tvang eller makt sidestilt, definert som tiltak som pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett må regnes som tvang eller makt, tiltak som gjennomføres uten samtykke (15;29). I pasient- og brukerrettighetsloven er tvangsbegrepet brukt om overvinning av motstand og i noen tilfeller omgåelse av motstand (3;15). Til sammenligning betyr å «tvinge» noen i følge norsk straffelov: å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe ved å utøve så stort press at vedkommende forholder seg i overensstemmelse med gjerningsmannens vilje og i strid med egen vilje (31). Tvang kan ikke anvendes uten lovhjemmel (se avsnitt 2.3.1.). Tvangsbruk, med hjemmel i for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven, rammes ikke av straffeloven. I helsevesenet er fysisk makt aktuelt ved håndtering av blant annet utagerende pasienter og ved øyeblikkelig hjelp situasjoner, alt med pasientens beste som intensjon (32). Det overordnede formålet med regulering av tvang i helselovgivningen er å redde liv, forhindre alvorlig forverring av helsetilstand, hindre en pasienten i å utsette seg selv eller andre for vesentlig skade, samt forebygge og begrense bruk av tvang og makt (3;15).

I litteraturen er tvang blant annet beskrevet som *et ytterpunkt* på en skala av fire maktformer: å motivere noen til å gjøre noe, overtale, bruke autoritet eller utøve tvang (33). Høyer og Dalgard (2002) påpeker at ut ifra en rettslig vurdering så er tvang og frivillighet et dikotom. En innleggelse på avdeling for psykisk helse er enten frivillig eller under tvang. I virkeligheten er det en kontinuerlig overgang mellom klar tvang og klar frivillighet (5). Tvang skiller seg ut ved at styrken i kravet er sterkere enn ved andre maktformer og ved at valgmulighetene er nesten fraværende (10).

Forskning viser at de rettslige begrepene «tvang» og «frivillighet» ofte samsvarer dårlig med pasientens opplevelse av situasjonen. Opplevelsen av tvang kan være like stor ved frivillig innleggelse som ved tvangsinnleggelse. Opplevelsen av tvang henger sammen med manglende valgmuligheter, kontroll, innflytelse og frihet. Spesielt negativt press som trusler og en opplevelse av å ikke bli hørt kan forsterke opplevelsen av tvang (34).

## 2.2 Makt

Makt er i denne sammenheng interessant fordi makt gir mulighet for å utøve tvang. «Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe han/hun ellers ikke ville gjort» (Engelstad sitert i Fugelli, 2003) (35). Definisjonen inneholder tre elementer: i) En asymmetrisk relasjon mellom A og B, hvor B er tilbøyelig til å gjøre som A sier. ii) En intensjon der A har et ønske om å få B til å gjøre noe. iii) En årsakssammenheng der As ønsker og handlingene som følger av dem får B til å utføre adferden (35). På vei opp de tre første trinnene i skalaen nevnt i avsnitt 2.1 (å motivere noen til å gjøre noe, overtale og bruke autoritet) har A fortsatt et valg. Det er når B ikke lenger opplever å ha et valg at han/hun når trinn fire, tvang (33). Dette fjerde trinnet minner i stor grad om definisjonen av tvang i straffeloven, se avsnitt 2.1. Bruk av makt kan være tilsiktet eller utilsiktet (10). Makt er en egenskap ved sosiale relasjoner. Kommunikasjon er et element i utøvelse av makt, hvor overtalelse er et viktig middel. Individuer som ikke vet sitt eget beste, ikke klarer å formulere sine ønsker eller som mangler adekvat innsikt i egen situasjon er spesielt sårbare for maktbruk (35). Helsepersonell besitter makt i rollen som faglig autoritet. At helsepersonell utøver makt gjennom sitt arbeid må erkjennes for å unngå juridiske og etiske problemer (35). Slik jeg tolker det har makt og tvang store likhetstrekk men ikke samme betydning. Unntaket er fysisk makt. Fysisk makt som brukes for å få noen til å gjøre noe de ikke vil tolkes som sidestilt med fysisk tvang.



## 2.3 Lovverk og etikk

### 2.3.1 Lovgrunnlag for bruk av tvang prehospitalt

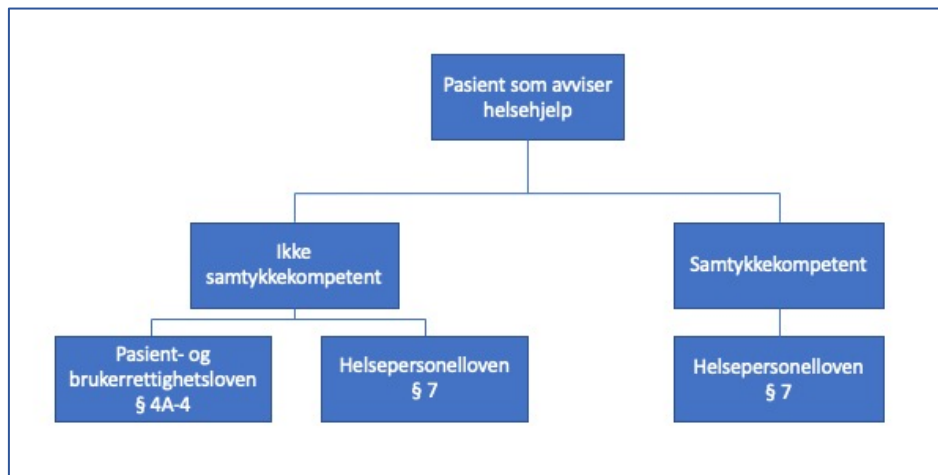
Som nevnt innledningsvis hjemler helselovverket unntaksbestemmelser som tillater bruk av tvang i situasjoner hvor liv og helse er i fare. I dette avsnittet er lovverket som hjemler unntaksbestemmelsene og er aktuelle for oppgaven, samt nødrettsparagrafen, kort belyst.

I helsepersonelloven med kommentarer er helsehjelp definert som: «...handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell» (36). Helsepersonellovens § 7 gir helsepersonell plikt til å hjelpe hvis helsehjelpen vurderes som påtrengende nødvendig. Dette gjelder selv om pasienten motsetter seg helsehjelp og åpner derved for bruk av tvang. Både somatiske tilstander og psykiske lidelser kan utløse hjelpeplikten. Plikten gjelder i situasjoner der helsehjelpen er påtrengende nødvendig, det vil si ved akutt behov for undersøkelse og behandling for å gjenopprette eller opprettholde vitale funksjoner, forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom eller gi akutt smertelindring. Hvis helsepersonell er usikre på om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal det foretas nødvendige undersøkelser (36). Denne bestemmelsen oppheves hvis vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 er oppfylt. Pasienter over 18 år kan etter § 4-9 nekte å motta blod eller blodprodukter eller å avbryte en pågående sultestreik etter alvorlig overbevisning. En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Forutsetningen er at pasienten har mottatt tilfredsstillende informasjon og forstår konsekvensene av å nekte behandling (3).

Utgangspunktet for all helsehjelp er pasientens samtykke, beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (3). Samtykke krever samtykkekompetanse; evnen til å forstå og anerkjenne informasjonen som blir gitt, resonnere og ta egne valg (37). Samtykkekompetanse er ikke klart definert i regelverket (38). Unntak fra bestemmelsen om samtykkekompetanse gjelder *ikke* samtykkekompetente pasienter som beskrevet i § 4-3 og omfatter barn (grovt sett alle under 16 år med visse unntak) og de som på grunn av senil demens, psykisk utviklingshemning, fysiske eller psykiske årsak har mistet sin samtykkekompetanse (3). Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A gir adgang til å gi helsehjelp til ikke

samtykkekompetente pasienter som motsetter deg helsehjelpen hvis vilkårene i § 4A-3 er oppfylt (3). Hvis tillitsskapende tiltak har vært forsøkt, unnlattelse av helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade, helsehjelpen anses som nødvendig, tiltakene står i forhold til behovet og det fremstår som den beste løsningen for pasienten kan helsehjelpen gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten etter §4A-4 (3).

Figur 1



Figuren viser til paragrafene som hjemler bruk av makt og tvang, og som er mest aktuelle prehospitalt (3;27)

Straffeloven §17 om nødrett angir at «en handling som ellers ville vært straffbar er lovlig når den blir foretatt for å redde liv, helse...» fra fare for skade, så sant handlingen for å avverge gir mindre risiko for skade enn handlingen intendert (31). Som helsepersonell er paragrafen mest aktuell hvis tiltak må iverksettes for å avverge skade på seg selv eller andre.

### 2.3.2 Etikk sett opp mot utøvelse av tvang i helsevesenet

Loverket gjenspeiler i hovedsak de etiske normene i samfunnet og åpner ofte for skjønnsmessige vurderinger med rom for etiske avveininger i rettsanvendelsen (39). Med andre ord, der regelverket ikke gir klare svar kan etikken veilede oss i å ta moralske valg. For å illustrere hvordan etikk kan ha betydning i vurdering av tvang/ i denne tematikken så har jeg valgt avgrense etikken omtalt til fire prinsipp modellene v B og C

En av de mest brukte tilnærmingene i etikken er den prinsippbaserte. Den såkalte «fire prinsipp modellen» (Beauchamp og Childress) er den mest brukte etikkmodellen i den vestlige helsetjenesten. De fire prinsippene i denne modellen er: autonomi, velgjørenhet, rettferdighet og ikke-skade prinsippet (40). Helsevesenet i Norge vektlegger pasientens autonomi i økende grad. Dette kom blant annet til syne ved innføring av pasient- og brukerrettighetsloven, vedtatt i 1999, som vektlegger pasientens rett til samtykke, medvirkning og informasjon (3). Tidligere var helsevesenet tydelig preget av en paternalistisk holdning. I oppgaven er den paternalistiske holdningen lagt til velgjørenhets prinsippet. Den som opptrer paternalistisk opptrer som om man vet hva som er best for den andre part og anser det derfor som unødvendig å spørre hva den andre parten ønsker eller mener. Det positive med paternalisme er at det ligger omsorg bak et ønske om å hjelpe og gjøre det man mener er til det beste for den andre parten (10). Helsepersonell er forpliktet til å hjelpe og yte omsorg utfra hva de mener er til det beste for pasienten. Dette er kjernen i velgjørenhetsprinsippet. Velgjørenhetsprinsippet rommer en rekke normer for å tilveiebringe nytte opp mot for eksempel risiko (40). Autonomiprinsippet tilsier at å ville godt alene ikke er nok, helsepersonell må forholde seg til hva pasienten selv vil. For å kunne ta et reelt valg må pasienten få informasjon om diagnose, prognose, behandlingsmuligheter, bivirkninger og alternativer. Først når dette er ivaretatt kan pasientens svar utgjøre et såkalt informert samtykke (eller avslag) (3;10). Ved fare for pasientens, eller andres, liv og helse kan pasientens autonomi måtte vike for retten til helse og velferd for pasienten selv og/eller andre, med andre ord autonomiprinsippet må vike for velgjørenhetsprinsippet (41). Det er en utbredt oppfatning at dette er en vanskelig avveining etisk og juridisk (15). Ved bruk av tvangstiltak må de positive konsekvensene av tiltaket veien opp for de negative. Ikke skade prinsippet er en norm som tilsier at helsepersonell skal unngå å forårsake skade (40). Grad av motstand og om tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp skal tas med i

avveiningen hvis man må bruke tvang for å gi helsehjelp (43). Det er lettere å forsvare en paternalistisk holdning overfor en pasient som ikke er samtykkekompetent. Det siste av de fire prinsippene, rettferdighetsprinsippet, er en gruppe normer for å fordele nytte, risiko og resurser på en rettferdig måte (40).

## 2.4 Ambulansetjenestens funksjon

### 2.4.1 Beskrivelse av den akuttmedisinske kjeden i Norge

I Norge er ansvaret for akuttmedisin utenfor sykehuset delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby ambulansetjenester og AMK i egen region, mens kommunene skal tilby legevakt og bemanne legevaktssentraler (42). Disse elementene er sentrale i den akuttmedisinske kjeden. Ambulansetjenesten består av bil-, båt- og luftambulansse. Luftambulansens helikoptre er bemannet med anestesilege og flyene er bemannet med spesialistsykepleier (anestesi eller intensiv)(43). Bil og båtambulansen er bemannet med ambulansfagarbeidere med eller uten paramedic etterutdanning og paramedisinere med bachelorutdanning. Ressursene blir varslet og koordinert av AMK som bruker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp som beslutningsverktøy for å avgjøre hastegrad og hvilke ressurser som bør varsles (44).

### 2.4.2 Ansvar for øyeblikkelig hjelp

Ifølge akuttmedisinforskriften har kommunen ansvar for å tilby legevaktsordning med lege tilgjengelig hele døgnet. Legen har blant annet ansvar for å diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og ved behov henvise videre til spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene har ansvaret for ambulansetjenestene. Ambulansepersonell skal undersøke, prioritere, behandle og overvåke pasienter, samt transportere pasienter som har behov for behandling eller overvåkning underveis mellom behandlingssteder (42). Ambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten og fungerer som et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

For å avklare rammer, oppgaver og ansvarsfordeling i samarbeidet mellom helsetjenesten og politi i forhold til pasienter med psykisk lidelse, kom det i 2012 en avklaring i et rundskriv utarbeidet av Politidirektoratet og Helsedirektoratet (17). I følge rundskrivet har kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten ansvaret for å yte øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp. Politiet plikter å hjelpe, eller skaffe hjelp til, folk de kommer i kontakt med som ikke er i stand til å ta være på seg selv samt å bistå helsepersonell ved behov for fysisk maktutøvelse. Helsetjenesten skal forsøke å unngå at situasjoner utvikler seg slik at de trenger bistand fra politiet(17).

#### 2.4.3 Retningslinjer i ambulanseavdelingen

Ambulansepersonellets beslutninger under oppdrag baseres på kompetanse, erfaring, situasjonen, lovverket og tjenestens retningslinjer. Retningslinjene fungerer som en regulering og standardisering hvor behandlingsmulighetene er beskrevet samt når og hvordan behandlingen skal gjennomføres. Det finnes også operative, administrative og andre retningslinjer. Retningslinjen som heter «Pasient som ikke transporteres til sykehus/lege» beskriver hvordan ambulanspersonellet i Oslo universitetssykehus skal forholde seg til pasienter som ikke trenger å legges inn på sykehus og/eller pasienten ikke ønsker å bli med ambulanspersonellet til lege er nevnt i oppgaven (se vedlegg 9.12).

## 2.5 Begrepsavklaringer

Psykiatriambulanse; felles trekk for psykiatriambulanser er at ambulansen er bemannet av tre personer: to ambulansepersonell og en med erfaring fra psykisk helsevern, for eksempel fra ambulans akutteam. Til sammenligning er en «vanlig» ambulanse bemannet med to ambulansepersonell (og eventuelt student eller lærling). Psykiatriambulansene kan være innredet noe annerledes enn en vanlig ambulanse. Resursen blir styrt av AMK og skal primært ta oppdrag hvor pasienter med psykisk lidelse er involvert, men blir også brukt ved andre oppdrag etter behov.

Tvangsbegrensingsloven; Det har i lengre tid vært ønskelig å redusere bruk av tvang i helsevesenet. I 2016 fikk et utvalg i mandat og foreta en gjennomgang og utrede behov for endring og modernisering av regelverket som omhandler tvang i helse- og omsorgssektoren. Ifølge mandatet skulle utvalget foreslå nødvendige lovendringer for å møte dagens og fremtidens behov i helse- og omsorgssektoren som også skulle legge til rette for god samhandling mellom tjenestene. NOU rapporten er kalt Tvangsbegrensingsloven (15).

### 3 Litteratursøk

Det er gjort to litteratursøk ved hjelp av bibliotekar under arbeidet med oppgaven. I tillegg er det gjort generelle søk på internett, og det er brukt sekundærkilder samt artikler funnet ved hjelp av referanser fra leste artikler. Litteratursøkene er ikke uttømmende da oppgaven ikke er ment å gi en systematisk oversikt.

Første litteratursøk var direkte rettet mot bruk av tvang prehospitalt (se vedlegg 9.5 for søkestreng) i basene Cinahl, Pubmed og SveMed+.

Tabell 6

Litteratursøk rett mot bruk av tvang prehospitalt

	Antall treff	Antall relevante artikler
Cinahl	266	22
PubMed	117	5*
Svemed	58	0

\*etter å ha fjernet duplikater fra Cinahl

Andre litteratursøk omfattet bruk av tvang i helsevesenet generelt i Norge og i Skandinavia i PubMed (se vedlegg 9.6 for søkestreng). Etter å ha sortert ut artikler som omhandlet tvangsbruk i land utenfor Skandinavia, tvang innenfor ekteskap, historiske artikler, tvang mot barn og tvangsbruk rettet mot spiseforstyrrelser var det igjen 122 artikler fra Norge og 139 artikler fra Skandinavia. I forbindelse med gjennomlesning av sammendragene ble artiklene delt i fire grupper: 1) Forekomst og behandling, 2) Etikk, samtykkekompetanse og menneskerettigheter, 3) Pasienters, pårørende og ansattes opplevelser, 4) Lovverk og politikk. Artikler som kunne være av interesse for oppgaven ble lest i sin helhet og eventuelt inkludert. Se vedlegg 9.7 for oversikten som ble laget.

## 4 Metode

### 4.1 Valg av metode

Flere metoder ble vurdert som mulige for å kunne belyse problemstillingen, for eksempel ulike varianter av prospektive observasjonsstudier eller en deskriptiv litteraturstudie. Disse mulighetene ble vraket av forskjellige grunner. Det finnes lite data og bygge en deskriptiv studie på. En prospektiv observasjonsstudie ville vært praktisk utfordrende da bruk av tvang antas å kun brukes unntaksvis samt at det ville krevd ekstra resurser fra ambulanseavdelingen.

Valget falt på kvalitativ metode med et eksplorerende design og en induktiv tilnærming. Eksplorerende design er egnet når det finnes «...lite eller ingen vitenskapelig kunnskap om gruppen, prosessen, aktiviteten eller situasjonen de (forskerne) ønsker å undersøke» (Stebbins, 2008, s.327, min oversettelse) (45). En induktiv tilnærming vil si at det trekkes slutninger «fra det enkeltstående til det allmenne», et trekk ved det fortolkende paradigmet som kvalitativ metode er en del av. Intervju gir forskeren mulighet til å forstå verden sett gjennom intervjupersonens øyne samt at et intervju (kan være eller) er åpent for dialog, avklarings og oppfølgingsspørsmål (46). Et fokusgruppeintervju er et intervju der en gruppe blir intervjuet for å utvikle kvalitative data om et tema (47). Fokusgruppeintervju ble foretrukket fremfor individuelle intervjuer da fokusgrupper er egnet for prosjekter med et eksplorerende design hvor målet er å beskrive og/eller å forstå. En gruppe har fordelen av at en respondents fortelling(er) kan gi assosiasjoner til erfaringer og bidra til flere fortellinger fra de andre respondentene i gruppen (47).

#### 4.1.1 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering, kalt STC (Systematic text condensation) ble valgt som analysemetode fordi den er deskriptiv, tverrgående og data-nær, noe som er velegnet til en studie hvis mål er økt innsikt i og forståelse av et utforsket fenomen. STC fokuserer på vitale beskrivelser av menneskers livsverden fremfor tolkning av underliggende betydninger. Metoden er beskrevet som formålstjeneslig ved analyse av, blant annet, intervjuer og anvendelig for de som er uerfarne med kvalitativ analyse. Den krever et begrenset antall deltagere (48). STC er en videreutvikling av Giorgis fenomenologiske analyse, men ikke en



fenomenologisk metode. Malterud utviklet STC som en pragmatisk kvalitativ metode da hun så at en fullstendig fenomenologisk analyse var utenfor rekkevidde for mange studenter (48). STC består av fire trinn (se tabell 8 side 33).

Flere filosofiske og idehistoriske teorier danner grunnlag for det fortolkende paradigme som kvalitative metode har sitt utspring i. Kvalitative metoder vekter filosofiske teorier forskjellig, men har til felles at de alle inneholder elementer av tekstanalyse og tolkning samt en bevegelse mellom del og helhet. Malterud mener det blir misvisende å betegne et prosjekt som fenomenologiske, hermeneutiske eller annet hvis ikke prosjektet har en tydelig og eksplisitt filosofisk forankring (49). Jeg avstår derfor å bruke slike betegnelser, selv om STC som analysemetode inneholder slike trekk.

## 4.2 Intervjuguide

Forhåndsdefinerte spørsmål gir intervjuet et rammeverk som vil hjelpe til med å holde fokus på problemstillingen. Det syntes viktigere å ha muligheten til å følge opp tema som kom opp underveis og skape en naturlig flyt i samtalen under intervjuet, enn å ha en fast rekkefølge på spørsmålene. Valget falt derfor på semistrukturert intervju, en metode beskrevet som egnet til å «utforske og oppdage» i litteraturen (50). Spørsmålene i intervjuguiden ble utviklet ved hjelp av min kjennskap til organisasjonen, måten ambulanspersonell arbeider og løser oppdrag på samt kunnskap opparbeidet i forberedelse av forskningsprosjektet. De forhåndsdefinerte spørsmålene tar utgangspunkt i problemstillingen og er laget for å dekke alle deler av denne. Det var et bevisst valg å starte intervjuet med et åpent spørsmål; kan dere fortelle om noen erfaringer dere har med bruk av tvang prehospitalt? På den måten håpet jeg å få respondentene til å begynne å reflektere over om de hadde sett tvang bli anvendt eller brukt det selv. Forhåpentligvis ville de komme på historier fra praksis som innbefattet bruk av tvang og at de dermed gjorde seg noen tanker om hva de forstår med tvang, som jeg også ønsket å avklare nærmere. Spørsmålet om hvordan tvang utøves prehospitalt av ambulanspersonell baserte seg konkret på egen erfaring og historier jeg har hørt om kreativ bruk av makt og tvang under oppdrag. (Se vedlegg 9.4 for de forhåndsdefinerte spørsmålene).

### 4.3 Forskningsprosessen

I det foregående er bakgrunnen for valget et eksplorerende design, med semistrukturert fokusgruppeintervju og STC som analysemetode beskrevet. I det følgende vil jeg gjøre rede for prosessen fra utvalg til analyse, inkludert forskningsetiske betraktninger, min egen forforståelse og troverdigheten i prosjektet.

#### 4.3.1 Populasjonen

Populasjonen er ambulanspersonell i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus (OUS). Oppgavens rammer fra UiS og et eksplorativt design tilsa at en mindre studie med respondenter fra en ambulansetjeneste var tilstrekkelig.

#### 4.3.2 Pilotintervju; rekruttering og utvalg

Et pilotintervju ville gi meg muligheten til å teste å teste ut rollen som fasilitator, spørsmålsstillingene og rekkefølgen i intervjuguiden, på kolleger jeg følte meg trygg på og som jeg visste hadde meninger og erfaringer å bidra med til tematikken. Respondentene i pilotintervjuet bestod av et strategisk utvalg: fire ambulanspersonell/medarbeidere som er faglig interessert, har forskjellig erfaringslengde og utdanning. Disse ble kontaktet pr mail med invitasjon til å delta som respondenter i prosjektet. Et informasjonsskriv (se vedlegg 9.2) fulgte invitasjonen som vedlegg. Alle fire svarte ja, en ble forhindret i å delta.

#### 4.3.3 Intervju 2; rekruttering og utvalg

Parallelt med organisering av pilotintervjuet, ble det sendt mail til alle seksjonslederne i avdelingen der de ble bedt om å henge opp en invitasjon til de ansatte. Invitasjonen ba ambulanspersonellet som var interessert i å delta i prosjektet, om å ta kontakt med undertegnede pr mail eller telefon. Seksjonslederne ble oppringt samme dag mailen ble sendt ut for å informere om prosjektet og oppfordre dem til å henge opp vedlegget. De som ikke ble nådd per telefon fikk tilsendt en sms med informasjon om at mailen som var sendt ut og oppfordring om å henge opp invitasjonen. Flere valgte på eget initiativ å sende invitasjonen

på mail til alle ansatte ved seksjonen. Sammen med invitasjonen fulgte det et informasjonsskriv med informasjon om prosjektet (se vedlegg 9.2).

Jeg anså dette som en hensiktsmessig måte å nå ut til de ansatte på; det passet inn i det hierarkiske systemet i avdelingen og var allerede testet ut i et annet studie året før med positivt resultat. Metoden ble vurdert å ville gi et pragmatisk utvalg med størst mulig grad av frivillighet. Hvis mange respondenter meldte seg, var tanken å dele gruppene ut ifra praktiske/geografiske hensyn og/eller alder, kjønn, erfaring og utdanning.

Utvalget i intervju 2 bestod av de som meldte seg. En respondent meldte seg via mail etter å ha sett oppslag om prosjektet på sin arbeidsplass. To ansatte jeg kjenner, samt vedkommende som ble forhindret i å delta i pilotintervjuet, meldte seg til meg personlig som respondenter. En ansatt fortalte meg uoppfordret, etter å ha sett oppslag om prosjektet på jobben, om et oppdrag som innebar bruk av tvang. Hun sa seg villig til å delta på direkte forespørsel. Totalt deltok fem respondenter på intervju 2. To respondenter kom etter intervjuets start og en måtte gå før intervjuet var avsluttet.

#### 4.3.4 Intervjuene

Begge intervjuene foregikk på et møterom i et offentlig bygg med veileder (THL) tilstede. Respondentene underskrev en samtykkeerklæring (se vedlegg 9.3), de ble før start informert om prosjektets problemstilling og forsikret om at deres svar ville forbli anonyme. Intervjuene varte i ca. 90 minutter. Det var undertegnede som fasiliterte intervjuene. Intervjuguiden fungerte mest som en sjekklister. Jeg forsøkte å komme med de planlagte spørsmålene uten å bryte den naturlige flyten i samtalen. Dialogisk validering ble brukt aktivt underveis i intervjuene. Veileder hadde spørsmål hun tok opp på slutten av intervjuet, noe som også fungerte som en avklaring og tydeliggjøring.

#### 4.3.5 Erfaring fra pilotintervju

Å intervju kolleger jeg kjente som jeg visste var interessert i å diskutere fag tilførte en trygghet under første intervjuet som jeg håper påvirket intervjuet positivt. Den viktigste erfaringen fra pilotintervjuet var å tone ned min egen deltagelse og bruke «kunstpauser» for å gi respondentene mer rom for refleksjon, tolkninger og meninger. I samråd med veileder ble det besluttet å bruke pilotintervjuet i undersøkelsen. Intervjuet gav gode data som det ville vært synd og lite etisk og ikke ta i bruk. Malteruds betraktninger rundt pilotstudier/intervju støttet avgjørelsen. Malterud mener at et kvalitativt studie skal være dynamisk, hvor problemstilling og spørsmål kan og bør endres i takt med de data man finner og forskerens erfaringer uten at de første intervjuene trenger å bli holdt utenfor analysen (49). Dataene fra pilotintervjuer er analysert på lik linje som og sammen med intervju 2.

#### 4.3.6 Respondentene

Tilsammen åtte personer ble intervjuet, fem menn og tre kvinner. De hadde fra 1,5 til 28 års erfaring. Uttrykket lang fartstid blir senere brukt om de med ti års erfaring eller mer. Respondentenes utdanning er beskrevet i tabell 7. Respondentene er ikke beskrevet nærmere av hensyn til å ivareta deres anonymitet.

Tabell 7

Respondentenes utdanning

Respondent	Utdanning		
1	Bachelor paramedisin		
2	Ambulansefagarbeider		
3	Ambulansefagarbeider		Bachelor
4	Ambulansefagarbeider	Paramedic	
5	Ambulansefagarbeider	Paramedic	
6	Ambulansefagarbeider	Paramedic	
7	Ambulansefagarbeider	Paramedic	Bachelor
8	Ambulansefagarbeider	Paramedic	Bachelor

Tabellen beskriver respondentenes utdanning. Paramedic er en forkortelse for paramedic videreutdanning. Type bachelorutdanning er ikke spesifisert av hensyn til respondentenes anonymitet

#### 4.4 Forskningsetiske overveielser

Tillatelse til gjennomføring av prosjektet er innhentet av ledelsen ved Ambulanseavdelingen, Prehospital klinikk ved OUS (se vedlegg 9.8). Søknad ble sendt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Ifølge REK faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK (2019/927/REK sør-øst, se vedlegg 9.9). Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansekode 718167, se vedlegg 9.10) og personvernombudet ved OUS. For å sikre informantene anonymitet ble respondentene gjort oppmerksomme på at de ikke burde snakke om deltagelse i prosjektet med kolleger eller ledere allerede ved første

kontakt. Det prehospitalt miljøet er lite og historier lett gjenkjennelige. Respondentene ble oppfordret til å forholde seg til informasjonen som kom frem under intervjuet som om de hadde taushetsplikt. En intervjusituasjon skaper en usymmetrisk maktrelasjon hvor den som intervjuer kontrollerer situasjonen og fortolkningen av det som blir sagt (46). Ved å takke for at respondentene stilte opp, være bevisst på at alle deltagerne fikk komme til orde og kontrollere at jeg tolket utsagn som de var ment fra respondentens side, forsøkte jeg å gjøre intervjuet til en positiv opplevelse for alle. Ved eventuelle reaksjoner i etterkant ble respondentene oppfordret til å ta kontakt med undertegnede. UiS retningslinjer for behandling og oppbevaring av forskningsdata med personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter datert 05.02.2019 ble fulgt (51). I tråd med nevnte retningslinjer ble opptaket av intervjuet gjort med (ekstern mikrofon koblet til) privat bærbar datamaskin (Mac) som var frakoblet internett. Lydfilene ble lagret på harddisken på privat Mac, som er kryptert med programvaren VeraCrypt med 256 bits AES, umiddelbart etter opptak. Respondentene ble aidentifisert under transkribering. Historier respondentene har fortalt som det er blitt referert til er endret slik at de ikke skal være gjenkjennelige. Lydfilene vil bli slettet senest 31.12.2021.

#### 4.5 Forforståelse

I det fortolkende paradigmet anerkjennes forskeren som et sentralt og medvirkende redskap. I denne anerkjennelsen ligger det en grunnforståelse for at et menneskets syn på verden vil være avhengig av hvilket ståsted vedkommende har (45). Forforståelse beskrives som den kunnskap og erfaring forskeren tar med seg inn i en studie. Forforståelsen kan være en viktig motivasjonsfaktor, men den kan også legge begrensninger på datainnsamlingen og evnen til å lære av datamaterialet innsamlet. Forforståelsen fungerer som et filter av forhåndsoppfatninger som påvirker hva vi ser etter og hvordan data vektlegges og tolkes. Etter at data er samlet inn vil det samme filtret påvirke hvilke data som brukes og hvordan de blir tolket. Forforståelsen er helt nødvendig for vår forståelse av virkeligheten, men kan i verste fall føre til at vi overser ny og viktig kunnskap (52).

Min forforståelse i forhold til denne studien har jeg opparbeidet meg gjennom utdanning og arbeidserfaring. Jeg ble utdannet paramedic gjennom Ambulanseskolen som var en internskole ved Ullevål sykehus (1998-2000). Etter det tok jeg en bachelor i sykepleie ved Høyskolen i Oslo (2000-2003). Jeg har cirka fire års erfaring som sykepleier fra forskjellige avdelinger, blant annet med barn og intensiv. Resten av mitt yrkesaktive liv har vært tilknyttet ambulansetjeneste, hovedsakelig ved OUS, men også i Stokmarknes. Masterutdanningen, Prehospital Critical Care ved Universitet i Stavanger, har fått meg til å løfte blikket å se på jobben vi utøver prehospitalt med nye øyne. Jeg reflekterer i større grad over hva vi gjør og hvorfor, sett opp mot pasientens beste og systemets rammer.

Som forsker i mitt eget arbeidsfelt vil min forforståelse ha påvirket hvilke spørsmål som er blitt stilt og tolkningen av dataene, noe som kan ha styrket og/eller svekket prosjektet. Styrken ligger i forståelsen for og kunnskapen om arbeidet ambulanspersonellet utfører. Forståelsen kan få frem kunnskap som utenforstående ikke ville sett etter eller fått av respondentene. Svakheten at det er vanskeligere å se ambulanspersonellets rolle og handlinger gjennom øynene til en utenforstående. Det kan være spørsmål som burde vært stilt og nyanser som kunne vært fulgt opp som jeg har oversett. Som forsker har det vært viktig å være dette bevisst, etterstrebe å se dataene i et overordnet perspektiv og ikke tillegge respondentene egne meninger. Se avsnitt 4.6 om troverdighet.

#### 4.6 Troverdighet

Troverdighet i en kvalitativ studie legger til grunn vurderinger rundt gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Innbakt i dette skal de etiske aspektene ved en studie ivaretas (46;49). Styrken, eller validiteten i studien, oppnås ved hjelp av refleksivitet gjennom alle ledd i forskningsprosessen (46;49).

Gyldighet handler blant annet om forskerens kompetanse, at metoden brukt er egnet til å finne svar på spørsmålene vi har stilt, om de riktige spørsmålene er stilt og om forskeren har kontrollert sine tolkninger med informantene og medforsker(e) (49;53). Hovedhensikten med prosjektet var å belyse, utforske og dokumentere bruk av tvang prehospitalt. Innledningsvis

viser jeg til temaets aktualitet og viktighet. En forståelse for innholdet i begrepene makt og tvang var et viktig fundament for prosjektet. Å belyse helselovverket som hjemler unntaksbestemmelsene for tvang var viktig fordi helselovgivningen har forskjellig definisjonen av tvang. I tillegg mente jeg det var interessant å belyse respondentenes erfaringer i lys av lovverket dog uten å ha mulighet til å gi en juridisk fasit på grunn av manglende kompetanse på området. Under utarbeidelse av problemstillingen hadde jeg et ønske om å få vite mer om hvorfor, årsaken, til ambulanspersonellets bruk av tvang. Jeg tenkte det ville være vanskelig å få svar på årsaken og valgte derfor en vagere tilnærming som i problemstillingen (i hvilke situasjoner har de/ambulanspersonellet brukt tvang) og i intervjuguiden. I slutten av arbeidet med oppgaven ser jeg at prosjektet gir relativt klare svar på årsaken til ambulanspersonellets bruk av tvang, så problemstillingen kunne vært tydeligere på dette punktet. Alt i alt mener jeg teori, problemstilling, metode, analyse og diskusjon har en logisk sammenheng.

Pålitelighet handler blant annet om nøyaktighet i arbeidet (49). Alle ledd i forskningsprosessen er gjort rede for og utfyllende beskrevet for gjennomsiktighet. På den måten kan leseren også gjøre seg opp en egen mening om studiens pålitelighet. Analysen er gjennomført samvittighetsfullt ved hjelp av Malteruds skriftlige instruksjoner (48;49). Veiledere og kollega har fungert som sparringspartnere underveis i analysen. Det gir en økt trygghet i at valg og konklusjoner foretatt gjennom analysen er rimelige. Refleksjoner og erfaringer fra forskningsprosessen er beskrevet i avsnitt 4.7.6 og min forforståelse som forsker er gjort rede for i avsnitt 4.5. Jeg tror min kjennskap til det prehospitalt arbeid og det at respondentene er mine kolleger gjorde at studiet fikk frem data som ville vært vanskelig tilgjengelig for utenforstående. Samtidig har min største utfordring og bekymring underveis i analysen og diskusjonen vært og ikke pålegge mine kolleger egne meninger. Jeg har vært det bevisst i hele prosessen og mener selv at jeg yter respondentene rettferdighet.

En kvalitativ studie tar utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk erkjennelse om at menneskets virkelighetsforståelse er i kontinuerlig endring ut ifra opplevelser, situasjonen de befinner seg i og menneskene de kommuniserer med, det finnes derfor ikke en fasit, en sannhet (49;54). Kvalitative studier vil gjennom systematisk analyse og refleksjon kunne gi enkeltmenneskers erfaring overføringsverdi (47). Ambulanseavdelingen ved OUS er delt inn i



16 stasjoner fordelt på fem områder. Ikke alle områder er representert i studiet, det kan være kulturelle forskjeller mellom stasjoner og områder. Jeg tror funnene gjort i studiet allikevel er overførbare til ambulanseavdelingen ved OUS og antagelig andre ambulanseavdelinger i Norge da jeg antar at de ser variasjoner av de samme situasjonene og utfordringene beskrevet Allikevel kan forskjell i opplæring og kulturer føre til forskjellig håndtering av utfordringene. Avdelinger som har hatt spesiell fokus på transport av pasienter med psykiske lidelser, som for eksempel Helse Midt-Norge RHF (23) vil antagelig ha større bevissthet rundt og mer kunnskap om lovverket, vurderinger av samtykkekompetanse og håndtering av transport av psykisk syke og/eller utagerende pasienter.

## 4.7 Analysen

Analysen er beskrevet trinn for trinn som vist i tabell 8. Tabeller, laget for å gjøre den trinnvise prosessen mest mulig transparent, er tatt med som vedlegg. Malterud anser det som en styrke at man er fler om å gjennomføre analysen, da man for eksempel kan utfylle hverandre med detaljer medarbeideren ikke har lagt merke til (49). Veileder T.L. Husum fikk tilsendt enkeltdelene av analysen fortløpende og kom med innspill der hun så det passende. Senere i analyseprosessen ble kollega J. Jordahl innlemmet som sparringspartner (se avsnitt 4.7.4).

### 4.7.1 Transkribering

Rådataene fra et intervju blir gjort tilgjengelig for tekstanalyse ved at intervjuene transkriberes. Teksten blir så lest, tatt fra hverandre, sortert og reorganisert for så å bli satt sammen igjen, mens forskeren hele tiden skal ha problemstillingen for øye og se den i sammenheng med respondentenes fortellinger (49).

Intervjuene ble transkribert ordrett av undertegnede. For at transkripsjonen skulle speile intervjuet mest mulig troverdig ble latter og humring skrevet inn i parentes der det var tilfelle. Hvis to respondenter snakket i munnen på hverandre ble den avbrutte setningen avsluttet med tre prikker, utsagnet til den som avbrøt skrevet inn og fortsettelsen av den avbrutte setningen markert med tre prikker. Der det ble lagt stor vekt på enkelt ord, ble ordet skrevet med store bokstaver. Pauser i en respondents utsagn ble markert med tre prikker. Hvis jeg

ikke klarte å høre hva respondenten sa skrev jeg «utydelig» i parentes. Stedsnavn ble erstattet med XX og respondentene ble aidentifisert under transkriberingen. Etter at intervjuene var transkribert av undertegnede ble analysen utført trinnvis.

Tabell 8

---

Analysestrinn	
1	<b>Foreløpige temaer</b> (5-8) identifiseres ved første gjennomlesing
2	Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om <b>koder</b> , som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i <b>kodegrupper</b> . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen
3	Hver kode deles inn i <b>subgrupper</b> (2-3) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat
4	<b>Kategorier</b> (3-5) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene. Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet

---

Begrepsbruk på ulike analysestrinn i STC (s. 112) Malterud (49)

#### 4.7.2 Analysestrinn 1

Målet i STC trinn 1 er å danne seg et helhetlig bilde av materialet, sett fra et overordnet perspektiv. Under denne prosessen skal forskeren etterstrebe og legge sin forforståelse og referanserammer til side for å være åpen for de inntrykk og perspektiver som er tilgjengelig i materialet. Alle involverte i prosjektet skal leses igjennom materialet i sin helhet. Hver skal utarbeide 4-8 temaer som har pekt seg ut ved å vekke forskerens oppmerksomhet. Temaene er ikke resultater men første ledd i en databasert og intuitiv organisering av materialet. Disse temaene blir kalt foreløpige temaer i STC (49).

Begge intervjuene ble lest igjennom i sin helhet. Temaer som pekte seg ut ble notert som stikkord for hvert intervju. Stikkordene fra hvert intervju ble sammenlignet og slått sammen (se tabell 10 og 11 i vedlegg) til begrep og/eller tema som syntes viktige i intervjuene.

Oppsummert satt jeg igjen med fire tema: de pasientene som ikke vil være med, samtykkekompetanse, makt-tvang-nødrett og systemet - ledelsen.

### 4.7.3 Analysetrinn 2

I trinn 2 av analysen er målet at de foreløpige temaene skal omdannes til 3-5 kodegrupper som danner grunnlag for videre analyse. De foreløpige temaene sammenlignes forskerne imellom og drøftes opp mot hvordan de kan belyse problemstillingen. Forskerne skal komme til enighet om 3-5 tema, heretter kalt koder, som belyser forskjellige, viktige deler av problemstillingen. Videre gjennomgås hele materialet for å sortere ut meningsbærende enheter, det vil si tekst som kan belyse oppgavens problemstilling, og systematisere disse under tilhørende kode. Denne dekontekstualiseringsprosessen kalles koding.

Meningsbærende enheter blir tatt ut av sin opprinnelige sammenheng i teksten og satt sammen med beslektede meningsbærende enheter sortert under koder. Tekst som ikke belyser en kode sorteres ut og legges til side. Kodene kan og bør justeres underveis gjennom hele analyseprosessen hvis materialet gir forskeren innspill, nye tanker og ideer. Prosessen skal hjelpe forskeren og snevre inn spørsmålene som stilles til materialet.

I prosessen med å vurdere hvordan de foreløpige temaene kunne belyse problemstillingen, syntes jeg de foreløpige temaene naturlig kunne fordeles på to av problemstillingens fire deler (se tabell 12 i vedlegg). Det foreløpige temaet «makt-tvang-nødrett» omhandler de glidende overgangene innenfor tematikken og hvilke handlinger ambulanspersonellet oppfatter som makt, tvang og nødrett jamfør problemstillingens første del. De foreløpige temaene «De pasientene som ikke vil være med», «Systemet -ledelsen» og «Samtykkekompetanse» omhandler situasjoner hvor systemets rammeverk og krav til handling fører til at ambulanspersonellet initierer eller utøver tvang. Dette berører de pasientene som ikke vil være med spesielt, hvor vurdering av samtykkekompetanse da blir et viktig element. Disse foreløpige temaene sammenfaller godt med problemstillingens 3. del. Jeg valgte å beholde problemstillingens fire deler som koder på grunnlag av at de foreløpige temaene sammenfalt godt med problemstillingen som beskrevet, samt at det ville gi økt fokus på problemstillingen. (Se kapittel 4.7.6 om metoderefleksjon for erfaring vedrørende dette valget.) Materialet ble gjennomgått for å sortere ut meningsbærende enheter, og systematisere disse under kodene ved hjelp av en matrise og «klipp og lim» funksjonen i Word.

Da de meningsbærende enhetene skulle sorteres under problemstillingens fire deler fikk jeg vanskeligheter med å skille på hva som var ambulanspersonells «erfaring med bruk av tvang» (2. del av problemstillingen) og «i hvilke situasjoner de har brukt tvang» (3. del av problemstillingen). Jeg bestemte derfor å legge respondentenes historier under problemstillingens del 2 mens årsaken til at tvang ble nødvendig ble lagt under del 3. I tillegg lagde jeg en ny kode kalt «systemet-ledelsen/bekymring for konsekvenser» hvor jeg skilte ut meningsbærende enheter som omhandler hvordan systemet påvirker ambulanspersonells opplevelse av, og løsninger av, situasjoner ute. «Respondentenes opplevelse av å bruke tvang» var et eget spørsmål i intervjuguiden. For å kunne belyse dette syntes det nødvendig å ha det som en egen kode. Kodene er oppsummert i tabell 13 i vedlegg. Tekst som ikke belyste en kode ble lagt til side.

#### 4.7.4 Analysetrinn 3

I analysens 3. trinn er målet å lage et kondensat av de dekontekstualiserte dataene vi har i de meningsbærende enhetene sortert under hver kode. Før arbeidet med kondensatene starter skal hver kode deles inn i 2-3 subgrupper. En subgruppe er et tema dataene belyser godt, eller fokuserer spesielt på. Subgruppene vil bli preget av hvilket perspektiv vi leser materialet ut ifra, det vil derfor være nyttig at de som deltar i analysearbeidet gjør seg opp en egen mening før man diskuterer seg frem til felles subgrupper. Målet med subgruppene er bevisstgjøring av nyanser i innholdet i de meningsbærende enhetene under hver kode. Etter dette er det subgruppene som er analyseenheter. De meningsbærende enhetene sorteres under subgruppene de passer til. Samtlige meningsbærende enheter innenfor hver subgruppe redigeres så sammen til en frisk, tekstnær tekst bygget på uttrykk deltagerne har brukt. Hver meningsbærende enhet vurderes på nytt om den passer inn, om den skal flyttes eller tas ut. På denne måten gjennomgås materialet på en empirisk måte mens vi hele tiden spør oss hva tekstene kan fortelle om problemstillingen. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte innholdet i den aktuelle subgruppen (49). Til hvert kondensat velges et sitat som på beste måte illustrerer innholdet i kondensatet.

Jeg utformet subgrupper ved å notere stikkord for hver meningsbærende enhet. Under hver kode sammenfattet jeg stikkordene til 3-5 temaer. Så sammenlignet jeg temaene for begge intervjuene (se eksempel tabell 14 under vedlegg). Temaene dannet grunnlag for subgruppene under hver kode. Videre leste jeg igjennom de meningsbærende enhetene under hver kode og sorterte dem under subgruppene. I denne prosessen ble enkelte subgrupper slått sammen, meningsbærende enheter tatt ut eller flyttet.

De meningsbærende enhetene i hver subgruppe ble så sammenfattet til et kondensat. Underveis i denne prosessen innså jeg at det var vanskelig å lage kondensat av de meningsbærende enhetene under koden b) respondentenes historier. Hver historie fortalte om en unik hendelse hvor det var få fellestrekk historiene imellom, men det var mange fellestrekk sett opp mot c), «i hvilke situasjoner de har brukt tvang». Hovedforskjellen på b) og c) var at historiene (b) gav en utfyllende forklaring på hvorfor ambulanspersonellet valgte å bruke tvang. Jeg valgte å legge de meningsbærende enhetene fra b), historier, til subgruppene under c) situasjoner. Det ble lettere å finne fellestrekk til som kunne gi grunnlag for en sammenfatning i et kondensat etter sammenslåingen. Under utarbeidelse av kondensatene ble flere meningsbærende enheter flyttet fra en kode til en annen blant annet fordi en meningsbærende enhet kunne passe under flere koder/undergrupper (se 4.7.6 metoderefleksjon for utdypelse). Fordi enkelte meningsbærende enheter var blitt flyttet gikk jeg igjennom de berørte subgruppene på nytt og skrev om kondensatet om nødvendig. Det ble plukket ut et sitat som skulle dekke kondensatet best mulig.

På dette stadiet vurderte jeg om mitt valg vedrørende å beholde problemstillingens deler som koder ville påvirke analysen negativt (se metoderefleksjon). Etter å ha konferert med veileder, som gav sin støtte, spurte jeg en faglig engasjert kollega, om vedkommende kunne tenke seg å lese igjennom begge intervjuene og notere stikkord for tema hun mente pekte seg ut. J. Jordahl, som forøvrig ikke har erfaring med kvalitativ forskning, sa seg villig til dette. Hennes stikkord var sammenfallende med mine foreløpige temaer. Dette ble for meg en bekreftelse på at jeg ikke hadde plukket de foreløpige tema ut ifra problemstillingen, men at de foreløpige temaene faktisk passet med problemstillingen. Jeg valget å fortsette arbeidet uten å endre kodene, men gikk igjennom en prosess hvor jeg forsøkte å finne mer overordene begreper som overskrift for subgruppene. I denne prosessen ble det også naturlig å slå

enkelte subgruppe sammen, noe som krevde en ny sortering av de meningsbærende enheter og utarbeidelse av nye kondensater. Tabell 15 i vedlegg viser endelige koder og subgruppe. En respondent ble kontaktet to ganger under analysen for å verifisere min tolkning av vedkommendes uttalelser.

#### 4.7.5 Analysetrinn 4

I analysetrinn 4 skal kondensatene omformes til en analytisk tekst i form av fortolkede synteser. Teksten skal være lojal mot det respondentene har formidlet, men gi leseren innsikt på en måte som tydeliggjør forskerens rolle som fortolker. Hver subgruppe skal ha sitt eget avsnitt. Forskeren skal være bevisst hva hver subgruppe bidrar med når det gjelder å belyse hovedfunnet innenfor hver kodegruppe. Malterud poengterer at vi skal formidle «fellestrekk med variasjoner» (49). Den analytiske teksten illustreres med et treffende sitat. For hver kode skal forskeren utarbeide en overskrift som sammenfatter koden som et slags «mini kondensat». Den analytiske teksten er utgangspunktet for resultatpresentasjonen hvor målet er å utforme en tekst som formidler en fortolket syntese av respondentenes fortellinger. Det er ikke noe mål å la de analytiske tekstene stå urørt, men å bruke prosessen til å redigere materialet så kategoriene blir tydeligere. Mellomtitlene i resultatavsnittet bør ha fokus på hva vi har funnet, ikke hva som ble undersøkt. Resultatene skal være en sammenfatning av materialet, fra data via en analytisk tekst til kunnskap på et mer generelt nivå enn fra den enkelte respondents erfaringer i en lokal kontekst. Forskeren er ikke forpliktet til å rapportere alle data, det er hovedfunnene som skal ha fokus. Sitatene plukket ut tidligere i analyseprosessen evalueres. Sitatene skal ikke bevise at funnen stemmer, men illustrere hovedpoeng i teksten og fungere som fargerike eksempler som utdyper det den analytiske teksten forteller (49).

Med utgangspunkt i kondensatene ble en analytisk tekst utformet for hver subgruppe. Jeg var bevisst på å se kondensatet i sammenheng med de meningsbærende enhetene for ikke å tillegge respondentene mine egne meninger. På enkelte punkter hadde mine respondenter svært ulike meninger, se kapittel 4.7.6 metoderefleksjon. Jeg var bevisst på å bruke et akademisk språk som hjalp meg å se materialet i et mer overordnet perspektiv. For å unngå gjentakelser i resultatpresentasjonen ble jeg bevisst nødvendigheten av å hente ut hovedfunnene. Arbeidet med å utarbeide en overskrift til hver kode som skulle sammenfatte

funnene i koden som et «mini kondensat» i et ord var en pågående prosess. Jeg endte opp med uttrykkene; tvangsforståelse, tvangsårsak og emosjonell berøring. Begrepet pragmatisk makt er et begrep jeg konstruerte i et forsøk på å favne om maktmidler respondentene beskriver brukt i sine fortellinger som falt utenfor de andre kategoriene. Begrepet dekker maktmidler beskrevet som pragmatiske tiltak for at ambulanspersonellet skal få løst en situasjon.

Etter å ha skrevet første utkast av resultatdelen leste jeg igjennom de transkriberte intervjuene på nytt. Flere av sitatene jeg tidligere hadde plukket ut levde ikke opp til Malteruds ønske om at de skal være noe mer enn et bevis for at funnene stemmer. Jeg leste derfor igjennom intervjuene på nytt på leting etter gode sitater samtidig som jeg forsøkte å tenke igjennom om jeg hadde utelatt noe som burde kommet med i resultatene. For å systematisere de forskjellige formene for tvang brukt for meg selv og leserne laget jeg tabell 9 kalt «Former for tvang beskrevet». I utgangspunktet var «lede/føre/geleide pasienten ut» og «løfte pasienten over på båren» lagt inn under *pragmatisk makt* i tabell 9. Under utarbeidelse av diskusjonen viste det seg naturlig å legge «lede/føre/geleide» under *overtalelse*. I pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer står det at «milde fysiske påvirkninger» kan ses på som verbale anmodninger (55). Jeg antar at «lede/føre/geleide» kan sidestilles med milde fysisk anmodninger (se avsnitt 5.1.2 om overtalelse). Begrepet «frivillig tvang» ble flyttet fra *overtalelse* til *pragmatisk makt* da respondentenes betydning av begrepet inneholder betydelig grad av maktbruk og passet bedre under gruppen *pragmatisk makt* (se avsnitt 5.1.3 om pragmatisk makt). Videre i arbeidet ble det naturlig å se på nødrett som en årsak til bruk av tvang (i stedet for en form for tvang). Nødrett ble tatt ut av tabell 9, mens farmakologisk tvang ble satt inn. Farmakologisk tvang ble ansett som så spesielt at det burde fremheves som et eget punkt. Ved å flytte avsnittene om nødrett ble resultat og diskusjon delt inn i tvangsforståelse (fysisk makt, overtalelse, pragmatisk makt, sikring), tvangsårsak (nødrett, hjelpeplikt, usikkerhet, fryktkultur) samt emosjonell påvirkning (empati/moralsk stress).

#### 4.7.6 Metoderefleksjon

Malterud skriver i sin bok «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag» (49) at prosessen i andre analysetrinn blir best hvis man arbeider induktivt. Det vil si at man koder

først, for så å se hva det resulterer i, i stedet for at man forhåndsdefinerer en kode og sorterer etterpå. Som jeg skrev i avsnitt 4.7.4 ble jeg usikker på om jeg hadde jobbet induktivt som Malterud ønsker, da jeg brukte problemstillingens deler som koder. Jeg kom frem til at jeg hadde jobbet induktivt da jeg utformet de foreløpige temaene før jeg så disse opp mot problemstillingen. Etter at min kollega hjalp meg med å «verifisere» de foreløpige temaene følte jeg det som en trygghet på at jeg hadde valgt en brukbar løsning som ikke stred imot Malterud sine ønsker. De foreløpige temaene var med videre i analyseprosessen som subgrupper. Malteruds ønske om at man skal ha problemstillingen i bakhodet gjennom analyseprosessen fra og med trinn 2 støttet valget om å beholde problemstillingens deler som koder.

Jeg opplevde at mange av de meningsbærende enhetene kunne passe under flere koder/subgrupper. Malterud skriver at det kan være et tegn på at kodene/undergruppene ikke er tilstrekkelig overordnede. Deler av årsaken var at mange av de meningsbærende enhetene jeg hadde tatt ut var lange, etter prinsippet «det er bedre med litt for mye enn litt for lite». Jeg kunne delt enkelt meningsbærende enheter opp i mindre biter, men var redd de da ville de mistet sammenheng og blitt bortimot meningsløse. I etterpåklokskapens lys tror jeg det hadde vært lettere å sortere de meningsbærende enhetene hvis jeg hadde brukt de foreløpige temaene (evnt i omarbeidet utgave) som koder i stedet for problemstillingens deler, da et tema, som for eksempel samtykkekompetanse, har en tydeligere avgrensning enn spørsmålet «i hvilke situasjoner de har brukt tvang».

Malterud ønsker at den analytiske teksten i utgangspunktet skal videreformidle «fellestrekk med variasjoner av flere historier», noe jeg har gjort i den grad det var mulig, men jeg har samtidig forsøkt å få frem de polariserte meningene.



## 5 Resultatpresentasjonen

I dette kapitlet blir resultatene fra intervjuene presentert. Resultatene er delt i tre: tvangsforståelse, tvangsårsak og emosjonell berøring med tilhørende underpunkter. Inndelingen er utformet etter kodene (som igjen er basert på problemstillingen) fra analysetrinn to. Tvangsforståelse favner om formene for tvang beskrevet av respondentene. Tvangsårsak omhandler hvorfor ambulanspersonellet utøver makt/tvang basert på respondentenes fortellinger om i hvilke situasjoner de har brukt tvang og deres erfaring med bruk av tvang. Emosjonell berøring beskriver respondentenes opplevelser rundt bruk av tvang.

### 5.1 Tvangsforståelse

#### 5.1.1 Fysisk makt

Å ta med seg en pasient, mot pasientens vilje, med fysisk makt, blir unisont oppfattet som tvang av respondentene. Fysisk maktbruk, som for eksempel å bære en pasient som gjør fysisk motstand ut i ambulansen, ses på som politiets oppgave.

Respondentenes historier viser en rekke eksempler på, og årsaker til, at ambulanspersonellet bruker fysisk makt (se avsnittet 5.2.2 om hjelpeplikt) men at respondentene i liten grad har tenkt over at en del av den helsehjelpen de gir innebærer bruk av fysisk makt/tvang.

Respondent 1: ja, jeg prøver å..

Meg: sortere?

Respondent 1: ...sortere for det er jo egentlig... jo mer jeg tenker på det jo mere jo mer galskap har en vært med på opp gjennom åra. Alt i fra den ... litt overtalelses ... holde i armen og

Meg: litt bestemt leding?

Respondent 1: en på hver side, leding ut...

Meg: ja

Respondent 1: ...som sikkert ehmmm.. kanskje man hadde kommet, kommet unna det i en ...i en rettsak eller noe sånt noe med at man var bare bestemt, men alle de andre tenker jeg som .. hvor man har vært enda mer bestemt og det med nødrett og

nødverge, der har det jo vært flere eksempler hvor vi har ... på en måte ha gått inn fysisk på grunn av at man har barberblad eller noe annet i hånda.

En respondent reflekterte over at ambulanspersonell bruker makt mot pasienter med lavt blodsukker for å få lagt inn venekanyler og gitt dem sukker intravenøst. Pasienter med lavt blodsukker kan være utagerende og/eller motorisk urolige og ambulanspersonellet må da fysisk holde pasienten for å få utført behandlingen. I situasjoner hvor det er en antatt medisinsk årsaksforklaring på pasientens utagering yter ambulanspersonellet helsehjelp så godt de kan selv om de må bruke makt. Ingen av respondentenes historier forteller om at de ber om politibistand i slike situasjoner.

### 5.1.2 Overtalelse

Overtalelse er et begrep som går igjen. De pasientene som i utgangspunktet ikke ønsker å bli med til lege/sykehus, blir forsøkt overtalt. Ambulanspersonellet legger stor vekt på å få pasienten med til lege med det argument at retningslinjene krever det. Respondentene fortalte, at ved å bruke god tid, forklare, spille på følelser og eventuelt gjøre avtaler med pasienten, får de som regel overtalt pasienten til å bli med til lege/sykehus. En avtale kan for eksempel gå ut på at en pasient som ikke vil legges inn på sykehus blir med på å la legevaktslegen bestemme om pasienten trenger innleggelse. I disse tilfellene er ambulanspersonellet klar over at pasienten vil bli lagt inn, men de forsøker å være smidige i situasjoner hvor overtalelse og forklaring ikke er nok.

Å lede/føre/geleide en pasient mot båren eller ut i ambulansen ved å holde løst nok til at pasienten lett kommer seg ut av grepet ses ikke på som tvang av respondentene. Det blir også beskrevet at pasienter (som ikke samarbeider) kan løftes over på båren uten at dette nødvendigvis oppfattes som tvang. Ambulanspersonellet fortalte at de har høyere terskel for å bruke disse midlene mot en samtykkekompetent pasient sammenlignet med en ikke samtykkekompetent pasient.

Meg;...men hvordan løser du det da som ambulanspersonell med en pasient som ikke vil?

Respondent 2: prøver å overtale, altså muntlig overtaling,

Meg: ja

Respondent 2: ...og evnt da mer eller mindre liksom løfte han over i båra vår for eksempel eller et eller annet sånt..frivillig da, mest mulig...

Meg: så det blir mer overtalelse og mer litt sånn fysisk føring på en måte, sånn vi tar deg under armen «nå går vi tante Olga» liksom

Respondent 2: mmm det har skjedd

Meg: er det tvang?

Respondent 2: isch kanskje?

### 5.1.3 Pragmatisk makt

Ikke samtykkekompetente pasienter som ikke vil være med er en pasientgruppe som utløser stor grad av kreativitet for å unngå bruk av fysisk makt. To eksempler:

1) En sykehjemspasient med demens har falt og slått hodet. Personalet er redd hun har en hodeskade og vil hun skal undersøkes på sykehus. Ambulansepersonellet har lenge forsøkt å overtale henne, hun nekter. Legen er blitt kjørt ut av en «diger, røslig gubbe med skjegg» som har observert situasjonen og som ber om å få prøve å snakke med pasienten. Han reiser seg og sier «hør her frue, nå må du bli med disse to karene her». Da endrer pasienten holdning, sier «ja, ja» og blir med til sykehuset.

2) En forvirret dame er funnet på en parkeringsplass om vinteren. Pasienten nekter å bli med. Ambulansepersonellet ringer datteren, og ved hjelp av noen stikkord fra henne blir pasienten med i ambulansen i den tro at hun skal på søndagsmiddag til datteren. Det blir noe oppstandelse da pasienten leveres på sykehjemmet hvor hun har sin faste bostedsadresse, men som ambulansepersonellet sa «...hvis ikke så hadde a tatt lårhalsen på glatta, frysi ihjel eller fått en pneumoni».

Respondentene fortalte at det å få en lege ut kan være en løsning hvis ikke pasienten vil være med i ambulansen til lege. I områder hvor det er vanskelig å få lege ut, kan dette føre til at ambulansepersonellet bruker tvang for å få pasienten med til legevakt, noe som beskrives som spesielt aktuelt for vurdering av pasienter som har truet med å ta sitt eget liv og de som har psykiske utfordringer/helseutfordringer. Respondentene fortalte at i situasjoner hvor ambulansepersonellet mener det er nødvendig at pasienten tilses av lege, men pasienten ikke samarbeider/vil bli med og legen ikke kommer ut, kan ambulansepersonellet ty til et ultimatum. Pasienten får velge mellom å bli med i ambulansen «frivillig», eller at politiet blir

tilkalt og pasienten tas med makt. Det kalles frivillig tvang av en av respondentene og oppleves som siste utvei.

Pasienter som slår og ikke tar instruksjoner, for eksempel pasienter med demens, beskrives som utfordrende. En respondent forteller at hun tar imot slaget og legger armen ned eller holder hendene mot båren hvis de slår mye. Å pakke pasientens armer inn i tepper (med sikkerhetsbeltene over) blir beskrevet som et alternativ som brukes på urolige pasienter, ruspåvirkede pasienter, av hygieniske årsaker, ved smitte og de som «plukker».

Respondent 1: vi hadde jo en som var relativt eh... blanding med rus og psykiatri. Og hu plukka først veldig på seg sjøl asså når vi kom inn der så plukka a veldig på seg sjøl på steder som vi ikke...

Meg: skal plukke

Respondent 1: alle skal være

Meg: mm

Respondent 1: skal plukke helst. Og så bare ... veldig lite... asså hu var meget urenselig

Respondent 3: det var lenge siden hun hadde dusja ja

Respondent 1: ja, det var lenge siden hun hadde dusja. Og det lukta av hu og hu skulle jo ... de henda som hadde vært langt nedi buksa og ... andre steder også skulle å opp og begynne å ta på oss oppi ansiktet ... åh herre...

Respondent 3: (utydelig)

Respondent 1: det blei en kort prosess da. Asså det var smikk smakk (gestikulerer at han pakker teppe rundt pasienten) og det var ned trappa

#### 5.1.4 Sikring

Respondentene fortalte at de bistår politiet i utøvelse av makt/tvang ved transport av utagerende pasienter i ambulansen, ved å ta i bruk utstyr som cobanbind (elastisk bandasje), spiderweb (stropper med borrelås) og/eller vakummadrass med tilhørende stropper. På spørsmål om hvorfor de surrer pasienten fast til båren, svarer respondentene at målet er at pasient og følgepersonell skal kunne ligge/sitte sikret under transport. Når en utagerende pasient vrir seg løs av sikkerhetsbeltene må følgepersonellet løsne seg for å holde pasienten i ro. Når pasienten er sikret kan ambulanspersonellet og politiet sitte sikret i sikkerhetsbeltene. Noen av respondentene forteller at de har «sikret» pasienter også uten at politiet har bistått under transporten.

### 5.1.5 Farmakologisk tvang

En respondent beskrev en situasjon hvor han satte Stesolid (diazepam) «rett i skinka» på en pasient som kastet seg ut av ambulansen ved ankomststed. Politiet hadde problemer med å få kontroll på vedkommende som under transport hadde vist målrettet vilje til å skade politiet som var med under transport. Hvis han kom seg ut av politiets grep var alle parter sikre på at han ville skade andre.

Denne historien forteller om en kritisk syk pasient som ikke samarbeider:

Respondent 4: Det var en sepsis pasient som var så forvirret på grunn av (blod)trykket, at han ville ikke være med, men han var... alle var enige om at han måtte være med men han var svær og lå i andre etasje så det var ikke snakk om. Vi fikk brannvesenet. Luftambulansen var ikke å få tak for de holdt på med noe kritiske pasienter og da gav vi han bare en stor dose med Stesolid så vi fikk han ned trappa i hvert fall. Han holdt på å dø av meningitt

Tabell 9

Former for tvang beskrevet	Betydning
Overtalelse	Bruke tid, forklare, spille på følelser og samvittighet, lede/føre/geleide pasienten ut, løfte over på båren
Pragmatisk makt	«Hvite» løgner, bruke autoritet, «frivillig tvang», pakke pasientens armer inn i tepper
Fysisk tvang	Bruk av fysisk makt som å sitte på eller holde pasienten
Farmakologisk tvang	Diazepam intramuskulært
Sikring	Sikre en utagerende pasient tilstrekkelig til båren så pasienten er sikret og følgepersonell kan sitte i sikkerhetsbelter under transport

En oppsummering av formene for tvang beskrevet av respondentene nærmere beskrevet i teksten

## 5.2 Tvangsårsaker

Tvangsårsaker omhandler som tidligere nevnt, respondentenes fortellinger som kan si noe om hvorfor ambulanspersonellet utøver makt/tvang.

### 5.2.1 Nødrett

Ambulanspersonellet fortalte historier hvor de har brukt fysisk makt for å hindre pasienten i å skade seg selv, som når en person som skader seg selv tar frem kniv, barberblad eller skalpell og begynner å skade seg med ambulanspersonellet tilstede. Flere har da gått inn fysisk og tatt fra vedkommende gjenstanden pasienten bruker til å skade seg med.

Respondentene fortalte flere historier om pasienter som blir «rabiante» under transport. I en historie forlater ambulanspersonellet pasienten i bilen fordi de opplever at eget liv er i fare. I fler historier velger ambulanspersonellet å holde pasienten til de få hjelp av politiet.

Respondent 2: ...de to gangene i tjenesten jeg har slåss med folk har jo vært rus

Meg: ja, at det har blitt fysisk basketak

Respondent 2: ja, jeg har måtte holde dem nede da, eller så hadde dem rasert hele sjuke bilen, men det var vel egentlig ikke psykiatri, det ble psykiatri, men det var rus, utløst av rus da

Meg: og hva var det som gjorde at dere havnet der i utgangspunktet da

Respondent 2: nei det var en transport av noe.....en pårørende som var bekymret da, vi skulle inn til legevakten

Meg: dere tenker at dere skal kjøre pasienten til legevakten

Respondent 2: da var han jo med frivillig, det var helt greit til å begynne med mens så eskalerte det på turen innover da så han ble jo helt rabiatt faktisk

Meg: ja

Respondent 2: så da måtte jeg holde ham nede, det var en form for tvang da kan en si

Meg: ringte dere politiet da eller bare

Respondent 2: nei, kom politiet... Vi stoppet og holdt han nede mens politiet kom eller til de kom selv om det var ikke gjort på fem min men de kom etterhvert

### 5.2.2 Hjelpeplikt

Gjennom respondentenes fortellinger kommer det frem de utøver makt og tvang i forskjellige situasjoner uten å tenke på det de gjør som makt og tvang. I de fortellingene de er bevisst på at de utøver makt/tvang, påpeker respondentene at det er på bakgrunn av en faglig vurdering med pasientens beste som intensjon og/eller fordi retningslinjene eller lovverket tilsier det.

De er bevisst på at de som helsepersonell har hjelpeplikt. Noen pasienter trenger hjelp, men skjønner det ikke selv og samarbeider ikke. Årsaken til at pasienten ikke samarbeider angis å være demens, hypoglykemi, hjerneblødning, alvorlig infeksjon, rus og annet. Da kan det være nødvendig å holde dem for at de ikke skal skade seg eller for å få behandlet dem.

### 5.2.3 Usikkerhet

Respondentene fortalte at de opplever at de må iverksette et eller annet form for tiltak når de er blitt tilkalt og tilser en pasient. Respondentene sa de forholder seg til avdelingens retningslinjer i den praktiske yrkesutøvelsen. Lovverket sier de at de er mindre bevisst ute på oppdrag. Retningslinjene blir av de fleste respondentene tolket dit hen at alle pasienter skal tilses av lege, med unntak av noen få pasientkategorier spesifisert i retningslinjen «Pasient som ikke transporteres til sykehus/ lege» (se vedlegg 9.12). Respondentene sa at i praksis må pasienten bli med, eller en lege komme ut. Hvis pasienten ikke vil være med til lege og ambulanspersonellet mener pasienten bør tilses av lege, er et alternativ å få lege ut. Hvis legen i slike tilfeller ikke kommer ut er alternativet å tilkalle politiet for hjelp til utøvelse av fysisk tvang. Da kan det kan for eksempel forekomme at en pasient med psykisk lidelse ikke blir begjært tvangsinnlagt, selv om tvang allerede er brukt for å få pasienten til lege for vurdering.

Pasienter som oppfattes som samtykkekompetente, som er alene og ikke ønsker å være med er vanskelig for ambulanspersonellet å håndtere når legen ikke kommer ut. En av årsakene som oppgis er at retningslinjene sier at ingen pasienter skal etterlates alene. Respondentene fortalte at de har høyere terskel for å utøve tvang overfor samtykkekompetente pasienter men at de har liten opplæring i å vurdere samtykkekompetanse. Respondentene uttrykte usikkerhet over hvilken rett de har til å påtvinge folk helsehjelp. De er usikre på hvilken tyngde deres vurdering og journalen ville hatt hvis de etterlot en samtykkekompetent pasienten hjemme som senere ble dårligere. Under intervjuet stilte de spørsmål som: Hvis de som undersøker pasienten senere vurderer samme pasient til ikke å være samtykkekompetent, hva da? Respondentene reflekterte over at de burde ha mer kunnskap om lovverket for å kunne anvende det i praksis. De sier de har lite juridisk trening, og mange spørsmål de gjerne skulle fått avklart/diskutert som er av juridisk karakter: Hvor går grensen for nødrett? Er det riktig at det er politiet som har ansvar for tvangen utøvd under transport når de er med i ambulansen? Har ambulanspersonellet lov til å bruke utstyret i ambulansen for å hjelpe politiet å utøve tvang? Hadde det ikke vært bedre for endel av de utagerende pasienten å bli medisinerert i stedet for å bli spent fast? Respondentene fortalte at de synes det



er vanskelig å få klare svar av avdelingsledelsen når de som ansatte kommer med henvendelser og spørsmål.

Respondent 3: ...så føler jeg at vi blir satt i en rolle, vi skal løse et problem som vi ikke får...løst fordi de ikke er villige til å ta tak i saken. De ser bare en annen vei og så regner de med at vi kommer til å finne på noe lurt. Og hvis det mot formodning skulle skje noe gærent så er det du som må svare for det.

Meg: ...da mister de heller deg på en måte

Respondent 3: ja

#### 5.2.4 Frykktkultur

Respondentene fortalte at redselen for å gjøre feil har tiltatt seg senere årene. De nevnte «Sofienbergsaken» (56) og «Shunt saken» (57) som eksempler på oppdrag hvor det ble gjort uheldige vurderinger av ambulansespersonellet på stedet og hvor saken har fått stor oppmerksomhet. De har liten tillit til at ledelsen vil støtte dem hvis noe skulle gå galt eller de gjør en feilvurdering ute.

Respondent 4: ... skulle det skje noe så har vi faktisk ikke tjenesten i ryggen da for da stiller vel de seg bare fra oss og sier at vi har ikke fulgt retningslinjene så da...

Flere av respondentene fortalte at de tolker avdelingens retningslinjer dit hen at hvis de som ambulansespersonell er blitt tilkalt, så må pasienten tilses av lege. Unntak er pasientkategorier spesifisert i retningslinjen «Pasient som ikke transporteres til sykehus/ lege» (se vedlegg 9.12). Respondentene fortalte at de opplever en forventning fra politiet og publikum om at de kan friskmelde pasienter eller se til en pasient og la vedkommende bli igjen. Ifølge respondentene skaper dette frustrasjon og konflikter da respondentene opplever at de ifølge retningslinjene har ansvaret for at pasienten blir tilsett av lege og derfor ikke kan «friskmelde» pasienten og reise. En respondent fortalte at det hender han insisterer på at pasienter skal bli med til lege, selv om de er samtykkekompetent og selv om de ikke vil, for å dekke sin egen rygg.

Flere av respondentene fortalte at de opplever en motsetning mellom hva de er utdannet til og hva som forventes av dem ute. Hovedvekten av utdannelsen er rettet mot kritisk syke og skadde, men de opplever at størstedelen av oppdragene består av psykisk syke, geriatri og allmennmedisin.

## 5.3 Emosjonell påvirkning

### 5.3.1 Empati

Respondentene beskrev sin opplevelse av å bruke tvang er svært forskjellig. En yngre respondent med kort fartstid beskrev det som ubehagelig å hente og transportere en pasient sammen med politiet, som gjorde fysisk motstand, gråt og skrek, selv om det var åpenbart for henne at pasienten trengte helsehjelp. Vedkommende fortalte at det var et oppdrag han/hun gikk og tenkte på etterpå. Andre respondenter med lang fartstid fortalte at så lenge de ser at pasienten virkelig trenger hjelp, så tar de seg ikke nær av å se en pasient bli båret «skrikende ned trappa». Spesielt ikke hvis det har vært en lege ute og vurdert pasienten hvor legen har tatt avgjørelsen. Å utøve fysisk makt i det offentlige rom ble beskrevet som spesielt ubehagelig, blant annet fordi publikum kan tolke situasjonen uten å kjenne til bakgrunnen for det som blir gjort og fordi bilder og videoer fort kan bli lagt ut på sosiale medier. Det kan virke som om situasjoner som vekker empati og/eller et følelsesmessig engasjement gjør størst inntrykk på respondentene.

Respondent 6: Jeg kunne tenkt meg og visst fasiten på det tilbakeforliggende jeg på alt dette herre her. Hva det er som gjør at folk blir utagerende på en slik måte? Jeg blir veldig nysgjerrig på det.

Meg: ja

Respondent 6: dem har sikkert noen traumer, barndommen dems for eksempel.

Andre ting som gjør at ... jeg synes så synd på dem. Det gjør meg så vondt noen ganger. Og særlig unge folk...

En fortalte at det er de pasienten han kan prate med som gjør størst inntrykk, for eksempel ved at han/hun relaterte pasientens historie til egne barn. En annen respondent fortalte at han/hun en gang irettesatt en pasient verbalt med en ordbruk han ellers ikke tillot seg i

arbeidssammenheng. Årsaken var at hun tydelig gav uttrykk for at hun ikke brydde seg om sin seks år gamle sønn som var tilstede og hadde ringt etter hjelp. Dette vekket sterke følelser hos respondenten. Å skulle ta med seg en samtykkekompetent pasient, som ikke vil være med, fordi retningslinjene sier det, oppleves også som vanskelig. Ifølge respondentene gjelder dette ofte eldre mennesker. Respondentene uttrykte at de savner anerkjennelse for, eller støtte fra, ledelsen i at dette er vanskelige avgjørelser å stå i. En annen respondent fortalte om en situasjon hvor han/hun ikke hadde samvittighet til å ta en pasient med tvang til legevakt. Dette på tross av at pasienten ikke var samtykkekompetent, omstendighetene usikre og vedkommende visste at han/hun ikke fulgte retningslinjene. Årsaken, sa han/hun, var at det følte som et overtramp overfor pasienten å initiere tvang.

## 6 Diskusjon

Denne studien viser at ambulansepersonell fra ambulanseavdelingen ved OUS ser på tvang som bruk av fysisk makt. I deres fortellinger om situasjoner hvor de har brukt tvang beskriver de bruk av makt og tvang i form av: overtalelse, pragmatisk makt, fysisk makt, farmakologisk tvang og sikring. Diskrepansen mellom deres definisjon av tvang og historiene kan tyde på at de bruker makt og tvang i en del situasjoner ut å være bevisst at hjelpen de gir innebærer bruk av makt og tvang. Pasienter som avviser helsehjelp blir forsøkt overtalt. Pragmatisk makt, som «hvite løgner», blir hovedsakelig brukt mot ikke samtykkekompetente pasienter som respondentene mente trengte helsehjelp, som et middel for å unngå bruk av fysisk tvang. I situasjoner hvor hjelpeplikten eller nødretten slo inn fortalte respondentene om bruk av fysisk tvang og farmakologisk tvang. Sikring av pasienten med utstyr fra ambulansen blir brukt under transport. Usikkerhet og frykktkultur ser ut til å påvirke respondentenes villighet til å utøve tvang.

### 6.1 Forståelse av tvang

Tidligere forskning viser at skillet mellom frivillighet og tvang kan være uklart (58), men respondentenes manglende bevissthet rundt bruk av tvang kan tyde på at fysisk makt heller ikke nødvendigvis ses på som tvang før man blir det bevisstgjort. Med fysisk makt/tvang mener respondentene for eksempel å holde pasienten fysisk eller å sette seg oppå pasienten for å holde pasienten nede. Min tolkning er at respondentene ikke ser på fysisk makt som blir brukt for å gi øyeblikkelig hjelp som tvang. Derimot ser respondentene for eksempel på det å holde en «rabiatt» pasient, som tvang. Ut ifra respondentenes historier virker det som om ambulansepersonellet har lavere terskel for å be om politiets assistanse når antatt årsak til pasientens utagering er rus og/eller psykisk lidelse enn når antatt årsak til pasientens utagering er andre medisinske årsaker. Rapportene fra psykiatriambulansene og prosjektene initiert fra midlene de Regionale Helseforetakene fikk tildelt i 2014 har alle fokus på pasienter med psykiske lidelser og bruk av makt/tvang (19;20;24;25;59). Bruk av tvang makt/tvang mot pasienter med somatiske lidelser er ikke beskrevet.

Ifølge forfatterne av rapporten «Makt og medisin» (2013) vil innslag av tvang i medisinsk behandling som faller inn under øyeblikkelig hjelp være uproblematisk, til og med nødvendig,

under forutsetning at den er til pasientens beste (32). Helsepersonelloven pålegger helsepersonell å gi helsehjelp som er påtrengende nødvendig selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen (27). Mangel på erkjennelse av maktbruk vil være etisk problematisk, samt at det vil svekke pasientens rettssikkerhetsgarantier på grunn av manglende vurdering om maktbruken kan lovhjemles (15). Mangel på erkjennelse kan sannsynlig føre til mangelfull dokumentasjon.

## 6.2 Former for tvang

### 6.2.1 Overtalelse

Bruken av overtalelse er utbredt i respondentenes historier. Med en paternalistisk holdning bruker ambulanspersonellet overtalelse og leding eller føring for å påvirke pasienten til å gjøre det ambulanspersonellet mener er mest riktig for pasienten i tråd med velgjørenhetsprinsippet og ambulanspersonellens tolkning av retningslinjene.

Hovedårsaken til respondentenes utstrakte bruk av overtalelse antas å være at respondentene tolker avdelingens retningslinje («Pasient som ikke transporteres til sykehus/lege», se vedlegg 9.12) slik at alle pasienter, med unntak av noen få spesifiserte pasientgrupper, skal tilses av lege. De opplever det derfor som et dilemma hvis pasienten ikke vil være med dem, og legevaktslegen ikke kommer ut. De er redde for at det skal skje noe med pasienten etter at de har reist og de var siste helsepersonell som så til pasienten. Etter den såkalte «Shuntsaken» er ambulanspersonellet bevisste på at det er det helsepersonellet som har sett pasienten sist som har ansvaret for vurderingen som gjøres, konferering med lege fratrar ikke tilstedeværende helsepersonell ansvaret (57). Respondentene hevder at de ikke vil få støtte av ledelsen hvis de ikke følger retningslinjen(e). De er derfor villige til å overse pasientens rett til selvbestemmelse for å ta med pasienten til lege med den hensikt å dekke sin egen rygg.

Overtalelse er antagelig den viktigste formen for makt i medisinen hevdes det i rapporten «Makt og medisin» (35). Med overtalelse menes det her «å få noen til å gjøre noe ved å argumenter, gi løfter eller lignende» (60). Hvis man tenker på tvang som en skala av fire

maktformer: å motivere noen til å gjøre noe, overtale, bruke autoritet eller utøve tvang (33), så er overtalelse et trinn opp fra «motivere» på skalaen. Overtalelse glir lett over i «bruk av autoritet», bevisst eller ubevisst, avhengig av faktorer som måten ambulanspersonellet kommuniserer på, pasientens respekt for tjenestemenn/kvinner i uniform, deres sårbarhet i situasjonen også videre. Menneskers oppfatninger er beheftet med usikkerhet og derfor gjenstand for endring. Mange pasienter har ikke tilstrekkelig selvtillit eller kunnskap til å foreta et selvstendig valg. Vi trenger eksperter for å danne vår oppfatning (35). I rollen som eksperten innehar ambulanspersonellet makten til å påvirke pasientens valg (34).

I følge autonomiprinsippet og pasient- og brukerrettighetsloven skal helsehjelp baseres på informert samtykke (3;10). Et informert samtykke er avhengig av at pasienten er samtykkekompetent. Helsehjelp kan bare gis unntaksvis hvis pasienten er samtykkekompetent og avviser helsehjelp, det er derfor viktig for ambulanspersonellet å kunne vurdere dette. Respondentene mente at de har for lite opplæring i å vurdere samtykkekompetanse og en respondent antok en lege burde vurdere pasientens samtykkekompetanse. At vurdering av samtykkekompetanse er utfordrende er beskrevet i andre studier. En studie fra norske sykehjem belyser blant annet at de ansattes var usikre på hvordan de skulle vurdere samtykkekompetanse og hvem som skulle gjøre det. Pleiepersonalet ville at legen skulle gjøre det, men ofte visste heller ikke legen hvordan det skulle gjøres (38). En engelsk artikkel adresserer utfordringen med pasienter som avviser helsehjelp av prehospitalt personell ved å gjøre landets lovverk mer praktisk anvendelig gjennom et flytskjema (61). Samtidig påpeker forfatterne hva som må vurderes og dokumenteres for at oppdraget ikke skal få juridisk etterspill. Den viktigste delen av dette er å vurdere pasientens samtykkekompetanse (61).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven er det helsepersonellet som yter helsehjelpen som skal vurdere om pasienten har samtykkekompetanse (55). Siden pasientens samtykke danner grunnlag for all helsehjelp og helsehjelp bare unntaksvis kan gis til en pasient som er samtykkekompetent og motsetter seg helsehjelpen, synes dette å være nødvendig for prehospitalt personell å kunne vurdere samtykkekompetanse. At respondentene etterlyser trening i det kan tyde på at de er usikre på hvordan det gjøres.

## 6.2.2 Pragmatisk makt

Respondentene fortalte historier om en rekke situasjoner hvor pasienten motsatte seg helsehjelp. Til tross for uttalelser vedrørende mangelfull trening i å vurdere samtykkekompetanse sa respondentene at de hadde lavere terskel for å bruke økt grad av makt og tvang mot pasienter de vurderte som ikke samtykkekompetente sammenlignet med de som de vurderte som samtykkekompetente. Pragmatisk makt er et ord laget av undertegnede som en fellesbetegnelse på former for makt og tvang brukt av ambulanspersonell for å løse (en situasjon i) et oppdrag (se tabell 9). Min tolkning ut ifra respondentenes historier er at bruk av pragmatisk makt ofte skjer i situasjoner hvor pasienten ikke er samtykkekompetent og helsehjelp er nødvendig, i et forsøk på å unngå bruk av fysisk makt. Velgjørenhetsprinsippet seirer over autonomiprinsippet i disse situasjonene. Det er lettere å forsvare en paternalistisk holdning overfor pasienter som ikke er samtykkekompetente, noe som også gjenspeiles i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetslovens § 4A-4 åpner for at helsehjelp kan gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå (min utheving) motstand hos ikke samtykkekompetente pasienter hvis vilkårene i § 4A-3 er oppfylt (55). I historien om den forvirrede damen som blir med ambulansen fordi hun tror hun skal på søndagsmiddag til datteren (avsnitt 5.1.3) omgår ambulanspersonellet motstand hos pasienten ved å fortelle en «hvit løgn». Situasjonen ble løst på en kreativ måte som forhindrede alvorlige helsemessige konsekvenser for pasienten. Med respondentens ord: «...hvis ikke så hadde a tatt lårhalsen på glatta, frysi ihjel eller fått en pneumoni».

En historie, sitert i avsnitt 5.1.3, forteller om en pasient som plukker på seg selv «nedi buksa» for så å ville ta ambulanspersonellet i ansiktet. Ambulanspersonellet pakker pasientens armer inn i tepper for at pasienten ikke skal ta dem i ansiktet. Pasienten var ifølge respondentene ikke samtykkekompetent. Pasient- og brukerrettighetsloven hjemler ikke tvang for å beskytte andre. Behovet for å beskytte andre pasienter og de ansatte var den hyppigste årsaken til for bruk av tvang som falt utenfor lovverket i en undersøkelse på norske sykehjem (38). Å be om assistanse fra politiet i en slik situasjon virker unaturlig og helsetjenesten oppfordres til å unngå at situasjoner utvikler seg slik at det er behov for bistand av politiet (17). Ambulanspersonellet er i stand til å håndtere pasienten fysisk,

spørsmålet er om de har lovhjemmel til å utøve tvangen det er å pakke pasientens armer inn i tepper i situasjonen beskrevet.

I pasient- og brukerrettighetsloven er tvang omtalt som overvinning av motstand eller omgåelse av motstand (3;15). Det kan med andre ord tolkes slik at hvis pasienten ikke protesterer så er det ikke tvang. Som sagt innledningsvis er tvang og frivillighet dikotom i rettslig forstand (5). Det virkelige liv er ikke like svart-hvitt. Er det greit å pakke inn pasientens armer hvis det ikke er tvang? Hvis innpakking av pasientens armer må til for at pasienten skal bli transportert til en viktig utredning eller behandling så kan det kanskje ses på som endel av helsehjelpen. Respondentenes historier forteller om at de står i endel situasjoner som de løser praktisk, men hvor det vanskelig finnes en fasit uten omfattende juridisk innsikt. At lovverket er skrevet for bruk inhospitalt og i psykisk helsevern kan vanskeliggjøre overførbarheten til prehospitalt situasjoner. Respondentene erkjenner at de trenger mer kunnskap om lovverket for å benytte det i praksis. Helsepersonellovens krav til forsvarlig yrkesutøvelse krever at helsepersonell skal holde seg faglig oppdatert, noe de har et eget ansvar for (27). Da det er vanskelig å finne en fasit i situasjonene respondentene fortalte om uten omfattende juridisk innsikt tenker jeg det pålegger arbeidsgiver et ekstra ansvar for opplæring (62).

Situasjoner hvor pasienten får valget mellom å bli med i ambulansen «frivillig» eller at politiet tar med pasienten ut i ambulansen med tvang blir kalt, «frivillig tvang» av respondentene. «Frivillig tvang» var spesielt aktuelt hvis pasienten hadde symptomer forenlig med psykisk lidelse og/eller hadde truet med å ta livet sitt, fagområder respondentene påpekte at de hadde lite kunnskap om (se avsnitt 5.2.4). Ut ifra hva respondentenes fortalte er ultimatumet ikke tomme trusler. Respondentene er villige til å anmode politiet om bistand for fysisk maktutøvelse for å få disse pasientene tilsett av lege. Det understreker betydningen av samarbeidet mellom legevakslegen og ambulansetjenesten og legevakslegens tilgjengelighet for ambulanspersonell ute på oppdrag. Hvis legen kom ut, løste situasjonen seg ute. Det er legene som har beslutningsmyndighet i å vurdere behov for psykisk helsevern (30). En artikkel fra Storbritannia, viser til tidligere studier der paramedics mener de har for lite trening i å vurdere pasienter med psykiske lidelser og at regelverket er vanskelig overføre til praksis på oppdrag (63). En annen artikkel, også fra Storbritannia, bekrefter at



ambulanspersonell er villige til å strekke seg langt av paternalistiske hensyn og for å dekke sin egen rygg (64). Den bekrefter at i håndtering av pasienter som skadet seg selv, som var samtykkekompetente og lovlig hadde rett til å nekte å være med til lege, så var ambulanspersonellet villige til å bryte pasientens lovlige rett til selvbestemmelse ut ifra paternalistiske hensyn og en tanke om at «ingen skal dø på min vakt». Paramedicene opplevde det som ensomt å stå ute i avgjørelser hvor de mente pasienten trengte helsehjelp og/eller mulig stod i fare for å ta sitt eget liv, men nektet å bli med sykehus. De opplevde at utdanningen de hadde, opplæringen, systemet og lovverket ikke gav tilstrekkelige støtte og svar (64). Uttalelser fra respondentene i denne undersøkelsen gir lignende funn. Respondentenes kjennskap til lovverket og lovverkets utforming er nevnt tidligere. Respondentenes opplevelse av manglende støtte i ledelsen blir beskrevet i avsnitt 5.2.4. Mens utdanningen er rettet mot akutt og kritisk syke og skadde så er hoveddelen av oppdragene relatert til allmenmedisin, geriatri og psykisk helse, sa en respondent og angav det som en kilde til frustrasjon i jobben. I prosjektene som har sett på prehospital transport av pasienter med psykisk lidelse i Norge har kompetanseheving vært et viktig element for å bedre tilbudet til denne pasientgruppen (19;22;23;59). Dette kan tyde på utdanningen ikke gir ambulanspersonell tilstrekkelig kompetanse på fagområdet psykisk helse. Undervisning og kompetanseheving blant ansatte i psykisk helsevern har vist god effekt på reduksjon av tvang (15). Jeg mener det er et poeng at prehospitalt arbeid tilbyr lite informative tilbakemeldinger som kan lede til en bekreftelse eller korreksjon på den utøvende arbeiders virkelighetsoppfatning. Dette kan føre til at ambulanspersonell i stor grad baserer sin *praktiske yrkesutøvelse* på det de har lært av veileder, makkere og egen erfaringslæring (65). Lite mulighet for korreksjon av sedvane kan føre til praksis som sikring av utagerende pasienter (se siste avsnitt i 5.1.4 om sikring). Desto viktigere er det at tilbakemeldinger fra ansatte, for eksempel i form av avvik, brukes til å rette opp og forebygge overtredelser samt brukes i kvalitetsarbeid i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (62).

### 6.2.3 Sikring

Respondentenes opplever det som sitt ansvar at pasienten og følgepersonell er sikret under transport i ambulansen. De bruker utstyr i ambulansen til å surre fast utagerende pasienter til båra og kaller det sikring, ikke tvang. Ved transport av utagerende pasienter i følger somregel

politiet i ambulansen. De har opplæring i og lovhemmel til å utøve fysisk makt på en måte og med de midler som synes nødvendig og forholdsmessige ut ifra situasjonen og oppdragets art (66;67). Respondentene resonerer slik jeg tolker det som følgende: politiet er tilstede, politiet har lov til å utøve makt/tvang, ambulanspersonellet bruker sitt utstyr og hjelper politiet å utøve den tvangen som er nødvendig for en trygg transport. Ambulanspersonellet støtter seg med andre ord på politiets hjemmel til å utøve tvang. En av årsakene til at det blir slik, sett i mine øyne, er fordi hverken politiet eller ambulanspersonellet har noen felles metode for å løse slike oppdrag. Pasientens helse og transporten er helsevesenets ansvar og maktutøvelsen er politiets ansvar, men det finnes ikke noen felles plattform for hvordan oppdraget kan løses på best mulig måte for alle parter, ingen felles retningslinjer eller trening på samhandling (17). En løs pasient, vil i tillegg til å være i stor fare for selv å bli skadet under en kollisjon, også være til fare for følgepersonellet da man kan bli kastet mot hverandre.

Den nasjonale organisasjonen for prehospitalt personell i USA, The National Association of EMS Physicians (NAEMSP) har anerkjent behovet for å planlegge håndtering av agiterte og utagerende pasienter. Agitert delirium er en diagnose som blant annet omtalt i artikler fra USA og Spania vedrørende håndtering av agiterte og/eller utagerende pasienter prehospitalt (68-70). Det finnes ingen klar definisjon eller diagnosekriterier for denne tilstanden, men den kjennetegnes av akutt oppstått, svært agitert og eventuelt utagerende adferd. Pasientene med agitert delirium kan bli svært voldelige, vise «umenneskelig» styrke med nedsatt evne til å føle smerte og bli slitne. Pasientene preges av kognitiv svikt, desorientering, paranoia, manglende evne til å skille virkelighet og hallusinasjoner (68-70). Tilstanden er potensielt dødelig. Hypotesen rundt patofysiologien er katekolaminerg stimulering gjennom stress/fysisk belastning alene eller i kombinasjon med sentralstimulerende midler som for eksempel amfetamin og kokain (70). For å minimere sjansen for skade på pasient og prehospitalt personell anbefaler NAEMSP alle prehospitaltjenester å utarbeide en protokoll konsistent med lovverket og tjenestens retningslinjer for hvordan utfordringene rundt disse pasienten skal håndteres. De anbefaler at protokollen blant annet inneholde indikasjoner for bruk av tvangsmidler; verbale, fysiske og kjemiske (71). I en studie fra Australia blir ambulanspersonell som har vært utsatt for vold på jobben spurt hva de mener kan være med å forhindre vold mot ambulanspersonell sett fra egen erfaring. Tilgang til bedre tvangsmidler, mekaniske og/eller farmakologiske, er et av innspillene. Bedre samarbeid med

andre etater, politiet spesielt, er det flest har svart. Respondentene mener at politiet i noen tilfeller kan forverre en emosjonell situasjon eller at de kunne ha forhindre volden utøvd (72). De prosjektene som har sett på prehospital transport av pasienter med psykisk lidelse i Norge har vektlagt samhandling med politiet som en viktig faktor for å kunne gi pasienter i psykiske kriser et godt tilbud (19;22;59).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring angir at i arbeidet med å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, samt i den kontinuerlig prosessen med kvalitetsutvikling, skal risiko forbundet med samhandling intern og eksternt vektlegges (62). Ifølge arbeidsmiljøloven § 4-1 skal «arbeidsmiljøet i virksomheten være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd» og «det skal legges vekt på å forebygge skader». Dagens praksis ved transport av utagerende pasienter i ambulanse ivaretar etter mitt skjønn ikke involverte parters sikkerhet og dagens krav om kunnskapsbasert praksis.

#### 6.2.4 Farmakologisk tvang

Den ene av respondentenes historier forteller om en svært utagerende pasient som politiet har problemer med å få kontroll på. Ambulansepersonellet er redde for de tilstedeværendes sikkerhet og gir diazepam intramuskulært begrunnet i nødrett. Artikler fra litteratursøket tilkjenner at prehospitaltjenester i Spania og et ukjent antall delstater i USA tillater bruk av legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt på pasienter med agitert delirium (se avsnitt 6.2.3) og/eller pasienter som på grunn av voldelig adferd utøver en trussel mot det prehospitaltjenestet og vanskeliggjør medisinsk behandling (73-76). Case reports og studier ser på; hvilket legemiddel som er best egnet til bruk som bedøvende legemiddel prehospitalt (73;74;77-79), akuttmottaketets erfaring med prehospital Ketamin (80-82) og riktig sikringsteknikk under transport (83). I lov om psykisk helsevern § 4-8 er «enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt» tillatt (30). Utenfor godkjent psykiatrisk døgninstitusjon er det helsepersonellovens § 7 eller pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 som kan hjemle farmakologisk tvang hvis helsehjelpen er påtrengende nødvendig (27). Nødrettsparagrafen kan hjemle farmakologisk tvang hvis handlingen foretas av hensyn til andres (ikke pasientens) sikkerhet (31).

Respondentene diskuterer i et av intervjuene om det ikke hadde vært en bedre løsning for flere av de utagerende pasientene å bli medisinert i stedet for å bli utsatt for utstrakt bruk av fysisk tvang. De refererer blant annet til en pasient som ved flere tilfeller ble svært utagerende, hvor det måtte mye fysisk tvang til under transport. De visste at pasienten var blitt utsatt for seksuelle overgrep og reflekterte over hans/hennes opplevelse av å bli holdt med to politibetjenter liggende over seg. Vil medisinering som gjør han/henne roligere kunne redusere bruken av fysisk tvang og dermed pasientens eventuelle assosiasjoner til overgrep? Så lenge pasienten ikke kan formidle sin opplevelse av og ønsker i situasjonen blir det en avveining mellom ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet. Studier fra psykisk helsevern viser at brukere har både positive og negative erfaringer med kortidsvirkende legemidler, men at kortidsvirkende legemidler vil være å foretrekker fremfor andre tvangsmidler i en krisesituasjon (84).

Det har skjedd at individer som har blitt utsatt for fysisk maktbruk fra politiets side har omkommet (85). Mageleie har fått oppmerksomhet som en potensielt livstruende posisjon (15). I litteratur som omhandler agitert delirium diskuteres det om enkelte dødsfall som assosieres med politiets metoder, for eksempel mageleie, kan være forårsaket av agitert delirium (69;70). I følge en artikkel av Goini et al (2017) forekommer det at pasienter som har vist symptomer på agitert delirium dør i akuttmottak, uten forutgående håndtering av politiet (69). Den foretrukne behandlingen av agitert delirium er symptomatisk, ofte i form av rask sedering med benzodiazepiner eller antipsykotika. Agitert delirium og rapporterte dødsfall forbundet med diagnosen er en relevant problemstilling ambulansepersonell bør være oppmerksomme på ved håndtering av utagerende pasienter. Det reiser også spørsmål ved om utstrakt grad av mekanisk tvang kan være farligere for pasienten enn medisinering i beroligende hensikt.

## 6.3 Ytterligere situasjoner hvor tvang blir brukt

### 6.3.1 Fysisk tvang ved nødrett og hjelpeplikt

I historier hvor respondentene forteller om bruk av nødrett, bruker de uttrykket «nødrett». De fortalte for eksempel at de holdt pasientens arm for å ta fra henne kniven i nødrett. Det kan virke som om det er en lovhjemmel som er enklere å forstå, sammenlignet med helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

I flertallet av respondentenes historier er årsaken til bruk av tvang en opplevelse av at de i kraft av sitt yrke har hjelpeplikt. Bruk av tvang kan bli nødvendig fordi pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ut ifra respondentenes historier virker det som om ambulanspersonellet har lavere terskel for å be om politiets assistanse når antatt årsak til pasientens utagering er rus og/eller psykisk lidelse enn når antatt årsak til pasientens utagering er (andre) medisinske årsaker.

I følge helsepersonelloven skal helsehjelp gis hvis den er påtrengende nødvendig selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen (27). Helsedirektoratet definerer i sin kommentar til Helsepersonelloven at påtrengende nødvendig vil si akutt behov for undersøkelse og behandling for å gjenopprette eller opprettholde vitale funksjoner, forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom eller gi akutt smertelindring (36). Det kan være uklart når hjelpeplikten går foran pasientens rett til å nekte helsehjelp. Hos en samtykkekompetent pasient ligger det en verdiavveiningen i om pasientens autonomi må vike for retten til pasientens helse og velferd (41). Hvis pasienten er samtykkekompetent, det vil si har evnen til å forstå og anerkjenne informasjonen som blir gitt, resonere og ta egne valg, så skal det veldig mye til for at helsepersonell kan handle på tvers av pasientens valg (3).

## 6.4 Emosjonell påvirkning

### 6.4.1 Empati og moralsk stress

Respondentene forteller at de opplever å bli satt i situasjoner de har lite forutsetninger for å løse. Mens utdanningen vektlegger håndtering av akutt og kritisk syke består oppdragene hovedsakelig av «psykiatri, geriatri og allmenntilleggsmedisin» ifølge dem. Respondentene forteller

om en opplevelse av å ikke bli hørt når de belyser problemstillinger overfor ledelsen og at de opplever at de ikke har støtte i ledelsen. Disse forholdene kan skaper frustrasjon og en belastning som over tid kan føre til emosjonell distansering, tap av empati, utbrenthet og moralsk stress (86). Moralsk stress var ikke endel av problemstillingen i oppgaven men oppgavens funn gjorde det naturlig å ta det med i diskusjonen.

Moralsk stress er et begrep som ble brukt første gang av sykepleier filosofen Andrew Jametown i 1984 og siden videreutviklet av blant annet Frey et al (87;88). Frey et al definerer moralsk stress som «en følelse opplevd når en person tar en moralsk avgjørelse i/om en situasjon men ikke handler etter avgjørelsen» (min oversettelse, Frey et al, sitert i Lützén 2003) (87). Moralsk stress er en følelse av å gå på akkord med sin profesjonelle integritet og fordi ytre faktorer hindrer deg i å gjøre det som oppleves som moralsk riktig. Makteløshet er et begrep som kan dekke denne følelsen (87;88). Lützén et al identifiserer tre forutsetninger for sykepleiers opplevelse av moralsk stress i sin analyse: 1) sykepleierne er sensitive til pasients sårbarhet og mangel på autonomi, 2) sykepleierne opplever at ytre faktorer hindrer dem i å gjøre hva som er best for pasienten, 3) sykepleierne opplever at de ikke har kontroll over situasjonen.

I intervjuene fortalte respondenter med kort fartstid at de synes det er ubehagelig å være vitne til at en pasient blir båret skrikende ned trappa av politiet selv om de vet at pasienten trenger hjelp. Respondenter med lang fartstid opplever samme situasjon som uproblematisk. De erfarne respondentenes tilsynelatende mangel på følelsesmessige reaksjoner kan være en forårsaket av følelsesmessig slitasje som ved moralsk stress. Følelsesmessig distansering kan fungere som en forsvarsmekanisme, en måte å skjerme seg selv på (89). For pasientene er det uheldig blant annet fordi helsepersonell med velutviklede empatiske egenskaper har vist seg å utøve signifikant mindre tvang (Yang mfl., 2014) (15). Lite empatisk eller følelseløse helsepersonell kan påvirke pasientens selvfølelse og følelser negativt (90). De erfarne respondentenes manglende følelsesmessige engasjement kan skyldes en følelsesmessig slitasje, men det kan også være en reaksjon på en opplevelse av makteløshet. Politiet gjør sin del ved en tvangsinnleggelse og ambulanspersonellet får en mer passiv rolle. Et eksempel som kan tolkes som et tegn på tap av empati og utbrenthet: en av respondentene fortalte at han tvinger pasienter til å bli med til legevakst for å «dekke sin egen ræv» overfor ledelsen.

Avhengig av situasjonen, kan dette være problematisk både juridisk og etisk.

Pasientsituasjoner som involverer små barn, eller hvor pasienten kan sammenlignes med egne barn gjør større inntrykk på respondentene. Det kan virke som at situasjoner med barn bringer situasjonen følelsesmessig nærmere. I arbeidet med tvangsbegrensningsloven (2019) er det gjort en bred gjennomgang av forskning vedrørende bruk av tvang (15). I denne oppsummeringen er det funnet forskning som viser at bruk av tvang kan skape negative følelser hos helsepersonell, selv om tvang oppleves som eneste måten å løse situasjonen på (Saarnio og Isola, 2010) (15). Ubehaget ved å stå i et moralsk dilemma eller en følelsesmessig konfliktfylt eller stressende situasjon, kan forsterkes av manglende opplæring og lite støtte i organisasjonen eller ledelsen (Barton-Gooden mfl., 2015) (15;88).

## 7 Konklusjon

Denne studien viser at ambulanspersonell i ambulanseavdelingen ved OUS har erfaring med bruk av makt og tvang under gitte situasjoner når de er ute på oppdrag, men at de i mindre grad reflekterer over at en del av helsehjelpen de gir innebærer bruk av makt og tvang. Respondentenes grunnoppfatning og mest intuitive forståelse av tvang, er at tvang er bruk av fysisk makt, noe de ser på som politiets oppgave. Allikevel vitner intervjuene om et bredt spekter av former for tvang som kan deles inn i: overtalelse, fysisk makt, farmakologisk tvang, sikring under transport og pragmatisk makt. Farmakologisk tvang og fysisk makt er for eksempel beskrevet brukt i nødrettssituasjoner og situasjoner hvor hjelpeplikten er fremtredende. Overtalelse og pragmatisk makt blir hovedsakelig brukt i situasjoner hvor pasienten avviser helsehjelp. Bruk av bandasjer og stropper blir brukt av respondentene for å sikre utagerende pasienter under transport i ambulanse med følge av politi. Respondentenes bruk av tvang ser ut til å påvirkes av respondentenes oppfatning av hva tvang er, deres begrensede kunnskap om lovverket og hvordan lovverket kan benyttes i praktiske situasjoner. De erfarer at de er usikre på hvordan de skal vurdere samtykkekompetanse og etterlyser opplæring og trening i hvordan det skal gjøres. De opplever at det er en konflikt mellom pasientens rett til selvbestemmelse og avdelings retningslinjer. Dette i kombinasjon med opplevelse av manglende støtte hos ledelsen synes å øke respondentenes villighet til å utøve makt og tvang for å få pasienten med til lege. Å ta pasienten med til lege brukes blant annet som et middel for å dekke sin egen rygg. På tross av at dette er en kvalitativ studie med et begrenset antall respondenter har det avdekket at tvang utføres. Ytterligere studier rundt bruk av tvang prehospitalt er nødvendig (se betydning for praksis).

### 7.1 Betydning for praksis

Manglende bevissthet rundt bruk av makt og tvang samt mangelfull kjennskap til lovverket kan svekke pasientenes rettssikkerhet. Undervisning og kompetansehevning blant ansatte i psykisk helsevern har vist god effekt på reduksjon av tvang. Undervisning om lovverket, trening i å vurdere samtykkekompetanse samt bevisstgjøring av makt og tvang i kombinasjon med avklaring av avdelingens retningslinjer foreslås som tiltak i ambulanseavdelingen. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren plikter en virksomhet å



sørge for korrigerende tiltak i tilfeller det er avdekket svikt. Relasjonen mellom kunnskap og bruk av tvang er en sammenheng som burde være aktuell for videre studier.

Det er uklart om dagens praksis ved transport av utagerende pasienter i ambulanse ivaretar involverte parters sikkerhet etter arbeidsmiljøloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. En tverrfaglig gruppe bør se på hvordan disse transportene best kan gjennomføres. Jeg mener egnede mekaniske- og farmakologiske tvangsmidler bør tas med i vurderingen selv om bruken av det eventuelt vil kreve endring av dagens lovverk.

Befolkningens tillit til myndighetene og de offentlige helse- og velferdstjenestene er et viktig fundament for folkehelsen. Som et ledd i den akuttmedisinske kjeden er ambulansetjenesten avhengig av befolkningens tillit for at de skal be om hjelp ved behov for (øyeblikkelig) hjelp. Eventuell bruk av tvang som ikke er lovhjemlet vil være misbruk av den tilliten befolkningen generelt har til helsetjenesten og i verste fall føre til at folk avstår fra å søke hjelp. Videre forskning på bruk av tvang prehospitalt synes nødvendig for å avdekke og korrigere eventuell tvang brukt som ikke er lovhjemlet.

## 8 Referanser

1. Grunnloven. Kongeriket Norges Grunnlov 1814. Tilgjengelig fra: <https://grunnloven.lovdata.no>
2. Menneskerettsloven. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30>
3. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter 2001. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
4. Helsedirektoratet, red. Bremnes R. Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013 - 2017. Oslo: 2019. IS-2812. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>
5. Høyser G., Dalgard OS. Lærebok i rettspsykiatri. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2002.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Bedre kvalitet- økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015) Undated. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>
7. Helsetilsynet. Bruk av tvang i psykisk helsevern 2006. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/rapport-helsetilsynet-2006/bruk-tvang-psykisk-helsevern/>
8. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 2005;330:123-6.
9. Høyser G. Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. 2008;17(3):281-92.
10. Norvoll R., Pedersen R. Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester- Pasienters og pårørendes syn og erfaringer 2017 [cited 2019 7 mai]; 2019(7 mai). Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-paerørende/>
11. Norvoll R., red. Hatling T. Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
12. Helsedepartementet. NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
13. Bjørgen D., Storvold A., Norvoll R., Husum TL. Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. 2014:2.: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse [lest 5 mai 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Underhefte.pdf>
14. Alexandersen A., Weber A. Møter du et menneske i psykisk krise- vær åpen for å vise forståelse. Forløpet har betydning for innleggelsen: Universitetspsykiatri Nord-Norge Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Nyheter/2016/BSB%20evaluering%20-%20transport%20av%20psykisk%20syke%20UNN%20HF%202016.pdf>

15. NOU 2019:14. Tvangsbegrensingsloven -Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/?ch=3>
16. Wangberg S.C. Tillit, en forutsetning for folkehelse2016. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Tillit-en-forutsetning-for-folkehelse-/>
17. Politidirektoratet og Helsedirektoratet. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke- oppgaver og samarbeid, IS-5/2012. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2014- tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/1prop93s.pdf>
19. Helse Sør-Øst. Regional sluttrapport 2017. Prosjekt «Transport av psykisk ustabile personer». 2017.
20. Brevig K.A. Sluttrapport transport av psyksisk ustabile personer- fase 1 (2015-2016). Sykehuset Innlandet HF.
21. Platou H-C.S. HK. Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter. Sluttrapport. I: Viken. HS-ØV, red. 2016.
22. Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset i Telemark HF. Prosjekt Verdig vei videre-transport av psyksisk syke i akutt krise.
23. Raanes S.O. Prosjekt transporttilbud psykisk syke HMN RHF – Sluttrapport. I: RHF HM-N, red. 2018.
24. Bremseth F. Psykiatriambulansen i Stavanger- Årsrapport 2017. I: Stavanger H, red. 2018.
25. Leaux J. Årsrapport PA Bergen 2014-2018.xls. 2019.
26. Leaux J. Rapport PA - 2019.xls. 2019.
27. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v.2000. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
28. Smittevernloven. Lov om vern mot smittsomme sykdommer 1994. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
29. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.2011. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
30. Psykisk helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern2001 (sist endret 2018). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
31. Straffeloven. Lov om straff. 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
32. Fugelli P., Stang G., Wilmar B. Har medisinen makt? Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin UiO; 2003. 57. Tilgjengelig fra: <https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-HAR.html#Heading43>
33. Wertheimer A. APhilosophical Examinationof Coercion for Mental Health Issues. Behavioral Sciences and the Law. 1993;11:239-58
34. Aasen H.S. Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etsiske og juridiske utfordringer. Tidsskrift for Norsk psykologforening [Internet]. 2009 20.03.2019; 46(12):[1175-85 s.]. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/frivillighet-tvang-og-menneskeverd-ved-innleggelse-i-det-psykiske-helsevernet>

35. Hva er makt? [Internet]. 2003. Tilgjengelig fra: <https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-HVA.html>
36. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer2012. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#§-7.-oyeblikkelig-hjelp>
37. Sykepleien. Slik kan samtykkekompetanse vurderes. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/09/slik-kan-samtykkekompetanse-vurderes>
38. Pedersen R., Hem M.H., Gjerberg E., Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Tidsskr Nor Legeforen 2013;18(133):1935-9.
39. Den norske legeforening. Hva er jus? Forholdet mellom jus og etikk. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Hva-er-jus-Forholdet-mellom-jus-og-etikk/>
40. Ruyter KW., Førde R., Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
41. Engerdahl IS., Moljewijk A., Pedersen P. Etske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern- Når lovverk møter praksis2016; 53(2). Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/02/etske-utfordringer-ved-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern?redirected=1>
42. Akuttmedisinforskriften. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
43. NOU 1998:9. Hvis det haster..... — Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap av 8. september 1997 [Internet]. 1998 [cited 21.09.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/sec1>
44. Norwegian Medical Association Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Norwegian Index of Emergency Medical Assistance. Stavanger: The Laerdal Foundation for Acute Medicine; 2005.
45. Stebbins R.A. Exploratory research I: Given L.M., red. The SAGE Encyclopedia of qualitative research methods. Volume 1&2: SAGE Publications, Inc. ; 2008. s. 327-9.
46. Kvale S., Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
47. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
48. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health 2012;40(8):795-805.
49. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
50. Morgan D.L. Focus Groups. I: Given L.M., red. The SAGE Encyclopedia of qualitative reserach Volume 1&2: SAGE Publications, Inc. ; 2008. s. 352-4.
51. Universitet i Stavanger (HV). Retningslinjer for behandling og oppbevaring av forskningsdata med personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter 2019.
52. Johannessen A., Tuft PA., Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2011.
53. Dragset S., Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien Forskning 2010;5(4):332-5.

54. Tjora A. Sosialkonstruktivisme: Store Norske Leksikon [lest 04 april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sosialkonstruktivisme>
55. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
56. Helsetilsynet. Sofienbergparksaken/ambulansesaken 20072008. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/avgjoerelser-i-tilsynssaker-og-rapporter-etter-alvorlige-hendelser/sofienbergparksaken/>
57. Helsetilsynet. Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse- svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt- brudd på helselovgivningen 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/rapport-varsel-om-alvorlig-hendelse-svikt-ved-forsinket-oppfolging-av-pasient-med-shuntsvikt/>
58. Hem M.H., Gjerberg E., Pedersen R., Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Forskning* 2010; 4(5):294-301.
59. Prosjekt transport av psykisk syke 2015-2018 (foreløpig sluttrapport) Helse Fonna; 2017.
60. Norske akademiske ordbok. [lest 01 mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://naob.no/ordbok/overtale>
61. Jones S., Williams B., Monteith P. Decision making for refusals of treatment - a framework to consider. *Journal of Paramedic Practice* 2014;6(4).
62. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2017. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
63. May S. The ethical and legal dilemmas paramedics face when managing a mental health patient. *Journal of Paramedic Practice* 2016;9(1).
64. Rees N., Rapport F., Snooks H., John A., Patel C. How do emergency ambulance paramedics view the care they provide to people who self harm?: Ways and means. *International Journal of Law and Psychiatry* 2017;50:61-7.
65. Christiansen CR. Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutøvelse [Master Universitet i Oslo]. Oslo: Univeristet i Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52237/Masteroppgave--Carl-R--Christiansen.pdf?sequence=1>
66. Politiinstruksen. Alminnelig tjenesteinstruks for politiet 1990. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/1990-06-22-3963#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/1990-06-22-3963#KAPITTEL_5)
67. Politiloven. Lov om politiet 1995. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1995-08-04-53>
68. Hem E. Delirium eller delir? 2012; 132(5). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2012--550.pdf>
69. DiMaio T.G. DVJM. Excited Delirium Syndrome: Cause of Death and Prevention: CRC Press; 2005.
70. Gonin P., Beysard N., Yersin B., Carron P-N. Excited Delirium: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine* 2018;25(5):552-65.
71. Kupas D.F., Wydro G.C. Patient Restraint in Emergency Medical Services Systems. *Prehospital Emergency Care* 2009;6(3):340-5.
72. Maguire J.M., O'Neill B.J., O'Meara P., Browne M., Dealy M.T. Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury* 2018;49:1258-65.

73. Burnett A.M., Panchal D., Peterson B., Ernest E., Griffith K., Frascone R.J., et al. The administration of pre-hospital ketamine for chemical restraint does not prolong on-scene times compared to haloperidol based sedation. *The Australian Journal of Paramedicine* 2015;12(1).
74. Isenberg D.L., Jacobs D. Prehospital Agitation and Sedation Trial (PhAST): A Randomized Control Trial of Intramuscular Haloperidol versus Intramuscular Midazolam for the Sedation of the Agitated or Violent Patient in the Prehospital Environment. *Prehospital and Disaster Medicine* 2015;30(5):491-5.
75. Cester-Martínez A., Cortés-Ramas J.A., Borraz-Clares D., Pellicer-Gayarre M. Inhaled Loxapine for the Treatment of Psychiatric Agitation in the Prehospital Setting: A Case Series. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* 2017;1(4):345-8.
76. Scaggs T.R., Glass D.M., Hutchcraft M.G., Weir W.B. Prehospital Ketamine is a Safe and Effective Treatment for Excited Delirium in a Community Hospital Based EMS System. *Prehospital and Disaster Medicine* 2016;31(5).
77. Tian L.L., Newman W.J. Psychiatric Considerations Regarding Prehospital Administration of Ketamine for Agitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2019;207(1):43-4.
78. Ho J.D., Smith S.W., Nystrom P.C., Dawes D.M., Orozco B.S., Cole J.B., et al. Successful Management of Excited Delirium Syndrome with Prehospital Ketamine: Two Case Examples. 2012;17(2):274-9.
79. Trembeley A.L., Page D. Chemical restraint. *JEMS*. 2014.
80. Burnett A.M., Salzman J.G., Griffith K.R., Kroeger B., Frascone J. The Emergency Department Experience with Prehospital Ketamine: A Case Series of 13 Patients. *Prehospital Emergency Care* 2012;16(4):553-9.
81. Burnett A.M., Peterson B.K., Stellpflug S.J., Engebretsen K.M., Gladrud K.J., Marks J., et al. The association between ketamine given for prehospital chemical restraint with intubation and hospital admission. *American Journal of Emergency Medicine* 2014;33:76-9.
82. Olives T.D., Nystrom P.C., Cole J.B., Dodd K.W., Ho J.D. Intubation of Profoundly Agitated Patients Treated with Prehospital Ketamine. *Prehospital and Disaster Medicine* 2016;31(6).
83. Hoppel J.P. Proper Restraint Technique Starts in the Classroom. *JEMS* [Internet]. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.jems.com/2011/01/31/proper-restraint-technique-sta/>
84. Steiro A., Dahm K.T., Hilde Strømme H., Brurberg K.G. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk kartleggingsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
85. Lie A.L. Politiets bruk av fysisk makt. Oslo: Politihøgskolen; 2010.
86. Borge L., Martinsen E.W., Hoffart R-A., Klarsen S. Livskvalitet og psykisk helse hos sykepleiere – kurs for å forebygge utbrenthet 2003; (123):[1847-8 s.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2003/06/aktuelt/livskvalitet-og-psykisk-helse-hos-sykepleiere-kurs-forebygge-utbrenthet>
87. Lützén K., Cronqvist A., Magnusson A., Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing ethics* 2003;20(3).
88. Lamiani G., Borghi L., Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology* 2015.

89. Timmermann M., Naziri D., Etienne A-S. Defence Mechanisms and Coping Strategies among Caregivers in Palliative Care Units. *Journal of Palliative Care* 2009;25(3):181-90.
90. Hem MH., Gjerberg E., Husum TL., Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics* 2018;25(1):92-100.
91. Cutler D., Smith M., Wand T., Green T., Dinh M., Gribble R. Involuntary admissions under the Mental Health Act 2007 (New South Wales): a comparison of patients detained by ambulance officers, medical practitioners and accredited persons in an emergency department. *Emergency medicine Australasia : EMA* 2013;6:254-9.

## 9 Vedlegg

9.1 Forkortelser	s. 73
9.2 Invitasjon til respondenter	s. 74-77
9.3 Samtykkeerklæring	s. 78
9.4 Intervjuguide	s. 79
9.5 Litteratursøk 24.04.19 (fokus- bruk av tvang prehospitalt)	s. 80-84
9.6 Litteratursøk 21.06.19 (fokus- tvang i helsevesenet i Norge og Skandinavia)	s. 85
9.7 Oppsummering funn litteratursøk	s. 86-89
9.8 Vedtak fra ambulanseavdelingen	s. 90
9.9 Vedtak fra REK	s. 91-92
9.10 Vedtak fra NSD	s. 93-94
9.11 Tabeller fra analysen	s. 95
Tabell 10    Foreløpige tema	s. 95
Tabell 11    Sammenslåing av foreløpige tema	s. 96
Tabell 12    Foreløpige tema og problemstilling	s. 97
Tabell 13    Koder	s. 97
Tabell 14    Eksempel fra trinn 3 i analysen	s. 98-99
Tabell 15    Oppsummering av koder og subgruppe	s. 100
9.9 Retningslinjen «Pasienter som ikke transporteres til sykehus/lege»	s. 101



## 9.1 Forkortelser

AAT: Ambulant akutteam

AMIS: Akuttmedisinsk informasjonssystem

AMK: Akutt medisinsk kommunikasjonsentral

DIPS: Distribuert informasjons- og pasientdatasystem i sykehus

DPS: Distriktpsikiatrisk senter

NAEMSP: The National Association of EMS Physicians

NSD: Norsk senter for forskningsdata

OUS: Oslo universitetssykehus

REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

RHF: Regional Helseforetak

STC: Systematic text condensation

## 9.2 Invitasjon til respondenter

Invitasjon og informasjonsskriv til respondenter fokusgruppeintervju

# Vil du være med på et forskningsprosjekt om bruk av tvang i ambulansetjenesten?

Kan du avse 2 timer for å fortelle om dine erfaringer med bruk av tvang i ambulansetjenesten?

Nina Øye Thorvaldsen ønsker å komme i kontakt med ambulanspersonell som kunne tenke seg å delta i et gruppeintervju om erfaringer med bruk av tvang i ambulansetjenesten. Resultatene fra intervjuene inngår i en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger. Alle svar i intervjuene behandles som anonyme og deltagerne forblir anonyme gjennom hele prosjektet.

Intervjuene vil foregå i grupper på 5-8 personer i Oslo-området i perioden september-oktober 2019. Under intervjuet vil veileder Tonje Husum Lossius være tilstede.

Hvis dette er av interesse, ta kontakt med  
Nina Øye Thorvaldsen på telefon eller e-post

Telefon 48095206

E-post [nothorvaldsen@stud.uis.no](mailto:nothorvaldsen@stud.uis.no)

Universitet i Stavanger, Helsevitenskapelig fakultet

Vedlagt er samtykkeskjema med mer utfyllende informasjon

Vil du delta i forskningsprosjektet «Bruk av tvang i ambulansetjenestene i Norge»?

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om bruk av tvang i ambulansetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål:**

Det er lite kunnskap om omfanget av bruk av tvang i ambulansetjenesten når pasienter motsetter seg helsehjelp eller utagerer under oppdrag eller transport. Regelverket rundt bruk av tvang kan være utfordrende å forholde seg til prehospitalt og det er usikkert om ambulanspersonell følger lov og forskrift når tvang utøves og om lov og forskrift er tilpasset den praktiske hverdagen. For å få vite mer om dette skal det gjennomføres et semi-strukturert gruppeintervju med 5-8 personer som jobber i ambulansetjeneste som vil fortelle om erfaringer med tvang i sitt arbeid. Intervjuet vil bli analysert med kvalitativ analysemetode. Prosjektet inngår som del av en masteroppgave ved studiet Prehospital Critical Care ved Universitet i Stavanger.

### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Fordi du jobber i en ambulansetjeneste. Vil du fortelle om bruk av tvang i ditt arbeid i ambulansetjenesten? Da ønsker jeg å intervjuer deg for å få vite mer om din erfaring rundt dette.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et oppmøte til et gruppeintervju som vil ta tilsammen 2 timer (utfylling av samtykkeerklæring og 90 minutter til intervju). Intervjuene vil bli gjennomført i perioden september- oktober 2019. Lyd fra intervjuet vil bli tatt opp digitalt på en kryptert lagringsenhet og det vil bli gjort notater underveis. Intervjuet vil bestå av åpne spørsmål rundt tvang og situasjoner hvor det har vært brukt tvang.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli aidentifisert. 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 vi har om deg til formålene som vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

### Tilgang til og lagring av data:

- Student og veiledere, Stephen Sollid og Tonje Husum Lossius, vil ha tilgang til data innhentet fra intervjuet.
- Tiltak for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger:
  - Intervjuet vil bli skrevet ut (transkribert) og deltagerne vil bli aidentifisert under transkribering, det vil si at deltagerens navn vil bli erstattet med et pseudonym.
  - Koblingsnøkkelen vil bli lagret adskilt fra øvrige data.
  - Lydfiler og data vil bli lagret på studentens Mac i kryptert format beskyttet med passord på 21 tegn.

Deltagerne vil bli anonymisert i oppgaven og eventuell publikasjon. Oppgaven vil bli skrevet som en monografi med mulighet publisering av data i artikkel.

### Hva skjer med dataene når prosjektet er avsluttet?

Intervjuet og data vil bli slettet når oppgaven er evaluert og monografien omarbeidet til artikkel og publisert, senest 31.12.2021.

### Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klager til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD, Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Stavanger ved Nina Øye Thorvaldsen (student);  
[nothorvaldsen@stud.uis.no](mailto:nothorvaldsen@stud.uis.no) / 48095206
- Universitetet i Stavanger ved Stephen Sollid (veileder);  
[Stephen.j.sollid@uis.no](mailto:Stephen.j.sollid@uis.no) / 93227996
- Universitetet i Oslo ved Tonje Husum Lossius (veileder);  
[t.l.husum@medisin.uio.no](mailto:t.l.husum@medisin.uio.no) / 41280305
- NSD, Norsk senter for forskningsdata AS;  
[personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) / 55582117

### 9.3 Samtykkeerklæring

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Bruk av tvang i ambulansetjenesten i Norge» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til

- å delta i intervju med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og data er publisert, senest 31.12.2021

---

(Signatur av prosjektdeltager og dato)

## 9.4 Intervjuguide

### Semistrukturert intervjuguide

- a) *Kan dere fortelle om noen erfaringer dere har med bruk av tvang prehospitalt?*
- b) *Kan dere fortelle om (andre) situasjoner hvor dere har brukt tvang?  
(Jeg er også veldig interessert i å få vite om bakgrunn for tvangen som ble utøvd og vurderingene som ble gjort i situasjonen?)*
- c) *Hvilken forståelse har dere av tvang?  
Hva forstås med tvang?  
Hvordan vil dere definere tvang?*
- d) *Hvordan utøves tvang prehospitalt av ambulanspersonell?  
Når dere sier at dere «tok pasienten med tvang», hvordan ble det gjort?*
- e) *Har dere opplevd noe ubehagelig eller kjent på utfordringer ved å benytte tvang, hvilke, kan dere gi eksempler?*

9.5 Litteratursøk 24.04.19 (fokus- bruk av tvang prehospitalt)

**Cinahl**

S1	(MH "Restraint, Physical")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3,850
S2	TI coercion OR AB coercion	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,420
S3	TI restraint OR AB restraint	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,522
S4	(MH "Involuntary Treatment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	18

S5	(MH "Involuntary Commitment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,801
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10,517
S7	(MH "Prehospital Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	11,622
S8	TI ( prehospital or pre hospital or pre- hospital or out of hospital or non hospital setting or prehospital care or emergency medical services or prehospital service ) OR AB ( prehospital or pre hospital or pre- hospital or out of hospital or non hospital setting or prehospital care or emergency medical services or prehospital service )	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22,157
S9	(MH "Emergency Medical Services+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search	88,051



			Screen - Advanced Search Database - CINAHL	
S10	(MH "First Aid")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,264
S11	(MH "Ambulances")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3,831
S12	(MH "Emergency Nurse Practitioners") OR (MH "Emergency Medical Technician Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	567
S13	(MH "Emergency Medical Technicians")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10,480

S14	TI ambulance* OR AB ambulance*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,195
S15	TI paramedic* OR AB paramedic*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,508
S16	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	114,139
S17	S6 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	495
S18	S6 AND S16	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231	Interface - EBSCOhost Research Databases Search	284

		Search modes - Boolean/Phrase	Screen - Advanced Search Database - CINAHL	
S19	S6 AND S16	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231 Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	266

## Pubmed

("Restraint, Physical"[Mesh] OR "Commitment of Mentally Ill"[Mesh] OR coercion[tiab] OR restraint[tiab] OR "involuntary treatment"[tiab] OR "involuntary commitment"[tiab]) AND (prehospital[tiab] OR pre-hospital[tiab] OR out-of-hospital[tiab] OR "Emergency Medical Services"[Mesh:NoExp] OR "Advanced Trauma Life Support Care"[Mesh] OR Emergency Treatment [Mesh:NoExp] OR First Aid[Mesh] OR Allied Health Personnel[Mesh] OR "Emergency Responders"[Mesh:NoExp] OR Emergency Medical Technicians[Mesh] OR "Ambulances"[Mesh] OR ambulance[tiab] OR ambulances[tiab] OR paramedic[tiab] OR paramedics[tiab] OR paramedical[tiab] OR EMT[tiab] OR "emergency medical technician"[tiab]) 266 treff

## SveMed+

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
1	exp:"Coercion"	239	2019-06-21 12:37:34
2	exp:"Restraint, Physical"	127	2019-06-21 12:38:06
3	exp:"Involuntary Treatment"	71	2019-06-21 12:38:36
4	tvång*	690	2019-06-21 12:38:52
5	tvång*	843	2019-06-21 12:39:55
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	877	2019-06-21 12:40:10
7	adult* 23315		2019-06-21 12:40:56
8	voksen*	81	2019-06-21 12:41:05
9	voksne*	328	2019-06-21 12:41:12
10	vuxna*	23165	2019-06-21 12:43:22
11	7 OR 8 OR 9 OR 10	23327	2019-06-21 12:43:48
12	6 AND 11	194	2019-06-21 12:44:03

## 9.6 Litteratursøk 21.06.19 (fokus- tvang i helsevesenet i Norge og Skandinavia)

### PubMed

Tvang i Norge:

("Coercion"[Mesh] OR "Restraint, Physical"[Mesh] OR "Involuntary Treatment"[Mesh] OR coercion[tiab] OR restraint[tiab] OR "involuntary treatment"[tiab]) AND ("Norway"[Mesh] OR norwegian[Language] OR norway\*[All fields] OR norwegian\*[All fields] OR oslo\*[All fields] OR bergen[All fields] OR trondheim[All fields] OR tromsø[All fields] OR tromso[All fields] OR ullev\*[All fields] OR uleva\*[All fields] OR norway\*[ad] OR norwegian[ad] OR oslo\*[ad] OR bergen[ad] OR trondheim[ad] OR tromsø[ad] OR tromso[ad] OR ullev\*[ad] OR uleva\*[ad] OR norway\*[pl] OR norway\*[cn] OR norwegian[cn] OR oslo\*[cn] OR bergen[cn] OR trondheim[cn] OR tromsø[cn] OR tromso[cn] OR norway\* OR norwegian OR oslo\* OR bergen OR trondheim OR tromsø OR tromso OR ulleval OR ulleval OR uleva OR ulevaal)

Tvang i Skandinavia (minus Norge):

("Coercion"[Mesh] OR "Restraint, Physical"[Mesh] OR "Involuntary Treatment"[Mesh] OR coercion[tiab] OR restraint[tiab] OR "involuntary treatment"[tiab]) AND ("Denmark"[Mesh] OR "Sweden"[Mesh] OR "Finland"[Mesh] OR "Iceland"[Mesh] OR danish[Language] OR swedish[Language] OR icelandic[Language] OR finnish[Language] OR denmark\*[All fields] OR danish\*[All fields] OR sweden[All fields] OR swedish[All fields] OR finland[All fields] OR finnish[All fields] OR iceland[All fields] OR icelandic[All fields])

## 9.7 Oppsummering funn litteratursøk

Første litteratursøk var direkte rettet mot bruk av tvang prehospitalt (se vedlegg 9.5 for søkestreng) i basene Cinahl, Pubmed og SveMed+.

Søket i Cinahl gav 266 treff hvorav 21 var relevante. Tvangsmedisinering av utagerende pasienter prehospitalt inkludert pasienter med agitert delir er et tema som går igjen. Ethiske og juridiske dilemma er omtalt i to artikler. «Restraint» som i tilbakeholding/sikring/fysisk holding er omtalt. En kvalitativ studie fra England beskriver ambulanspersonells forståelse for og erfaring med personer som har utøver selvskading.

Søket i PuMed gav 117 treff hvorav 5 var relevante etter å ha fjernet duplikater fra PubMed søket. En casereport tar med omtale av håndtering av utagerende eldre. En australsk studie av ser på hvilken yrkesgruppe av de med tillatelse til å ta med pasienter med tvang (leger, akkrediterte personer, politi og ambulanspersonell) som hyppigst legger inn/ tar med pasienter til mottak for vurdering av dere mentale helse (91). «Restraint strategies» som i tilbakeholding/sikring/fysisk holding er omtalt samt tvangsmedisinering av utagerende pasienter.

Søket i Svemed gav 58 treff hvorav ingen omtalte prehospitalt arbeid, men to artikler var av indirekte relevans. En artikkel ser på pasienten opplevelse etter akutt innleggelse i psykiatrien under en psykose. Den andre artikkelen tar for seg årsaker til truende adferd.

Andre litteratursøk i PubMed omfattet bruk av tvang i helsevesenet generelt i Norge og Skandinavia (se vedlegg 9.6 for søkestreng). Skandinaviske land ble tatt med fordi forholdene der til dels kan sammenlignes med Norge samt for å se om hvilken forskning de har gjort på tvang sammenlignet med Norge. Artikler som omhandler tvangsbruk i land utenfor Skandinavia, tvang innenfor ekteskap, historiske artikler, tvang mot barn og tvangsbruk rettet mot spiseforstyrrelser er utelatt. Fra PubMed var 123 av 222 artikler fra Norge aktuelle, og 139 av 414 artikler fra Skandinavia aktuelle etter denne sorteringen.

Forskning fra Norge

Hovedvekten av forskning på tvangsbruk i Norge omhandler psykisk helsevern. Det er gjort noe forskning på bruk av tvang på sykehjem.

Forskningen er delt i fire grupper for å skape mer oversikt:

1) Forekomst og behandling, 2) Etikk, samtykkekompetanse, menneskerettigheter, 3) Pasienters, pårørende og ansattes opplevelser, 4) Lovverk og politikk.

#### Forekomst og behandling

Innenfor psykisk helsevern er det forsket på faktorer som: hvem kontaktet helsevesenet i tilfeller som resulterte i tvangsinnleggelse, innleggende leges vurdering ved tvangsinnleggelse/vedtak om tvangsbehandling, hva kjennetegnet de som ble tvangsinnlagt og i hvilke tilfeller ble tvangsinnleggelser underkjent. Innenfor bruk av mekanisk tvang i døgninstitusjon er det forsket på: utbredelse, hvem blir utsatt for mekanisk tvang og hvorfor og hvordan kan vi redusere bruk av mekanisk tvang. Forskning vedrørende bruk av tvang på sykehjem er sentrert rundt hvilke faktorer som påvirker bruk av tvang og hvordan bruk av tvang kan reduseres. Det finnes enkelte artikler på forskning vedrørende bruk av tvang mot personer med rusavhengighet, funksjonshemninger, psykisk utviklingshemning og bruk av tvang i forbindelse med smittevernloven.

#### Etikk, samtykkekompetanse og menneskerettigheter

Forskningen omtaler etiske dilemmaer innenfor forskjellige pasientgrupper: pasienter i psykisk helsevern, eldreomsorg, utviklingshemmede og gravide som bruker rusmidler. Innenfor eldreomsorg er uformell tvang, dilemma rundt det å hjelpe pasienter som ikke vil ha hjelp beskrevet og hvordan helsepersonell kan bevare integritet og verdighet til de som hjelpes mot sin vilje de tema det er forsket mest på. Bruk av etiske refleksjonsgrupper i psykisk helsevern er også undersøkt.

#### Pasienters, pårørendes og ansattes opplevelser

Pasienters fortellinger dokumenterer at deres verdighet ikke alltid blir ivaretatt i psykisk helsevern. Juridisk kontroll av tvangstiltak beskrives som et viktig tiltak for å bevare verdigheten til de pasientene som er utsatt for tvang. Pasienters opplevelse av bruk av formell og uformell tvang er beskrevet samt pasienters vurdering av moralske aspekter ved

tvangsbruk. Pasienters opplevelse av tvangsinnleggelse, tvang i døgninstitusjon, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), assertive community treatment (ACT), tvangsmedisinering og opplevelsen av deltagelse og samarbeid med helsepersonell i utarbeidelse og gjennomføring av behandlingsplan er undersøkt. Noen studier beskriver pårørendes opplevelser: deres ambivalens til tvang, deres forhold til den syke og helsevesenet samt erfaring med bruk av TUD. En studie belyser sykehjemspasienters og deres pårørende opplevelse av tvang på sykehjemmet og en studie som så på pasientens opplevelse ved frivillig og ufrivillig innleggelse ved rusbruk.

#### Loverk og politikk

Det er gjort en studie på holdningen til grupper av de som håndterer regelverket innenfor psykisk helsevern da deres holdning kan påvirke den juridiske beskyttelsen til pasientene lov om psykisk helsevern omfatter. Publikums holdning til tvangsinnleggelse og -behandling samt helsepersonells holdning til tvang i psykisk helsevern er også undersøkt. En systematisk oversikt ser på behandlingseffekten av tvang. Bruken av skjerming er også undersøkt og diskutert. Tvangsmedisinering er diskutert opp mot loverk og menneskerettigheter. Loverkets utforming og dets effekt på antall akutte innleggelser i psykisk helsevern, og om loverket påvirker de ansattes fokus på etiske retningslinjer, er forsket på. Det er gjort studier på effekten av TUD, hva det innebærer, hvorfor det blir vedtatt og kjennetegn ved pasientene som blir pålagt TUD.

#### Forskning fra Sverige og Danmark

##### Forekomst og behandling

Hovedvekten av forskningen er rettet mot pasienter innlagt i psykisk helsevern og hvordan man kan forhindre og redusere bruk av tvang, spesielt redusere antall tvangsinnleggelser og bruk av mekanisk tvang. Risiko og effekt av antipsykotika og bruk av mekanisk tvang er studert. Det er laget en oversikt for forskning på rettspsykiatrisk omsorg for å avdekke kunnskapshull på området. Det er sett på effekten av mekanisk tvang og antipsykotika på sykehjemspasienters fysikk og kognisjon samt effekten av et program implementert for å redusere bruk av fysiske begrensninger for samme pasientgruppe.

## Etikk, samtykkekompetanse og menneskerettigheter

Det er skrevet artikler om de etiske aspektene ved tvangsinnleggelse, tvangs behandling og aspektene ved å bli diagnostisert med en psykose. En artikkel diskuterer de etiske prinsippene for og imot tvangs behandling av voldelige lovbrøyttere med medikamentell eller invasiv intervensjon. En artikkel ser på psykiateres vurdering av pasienters kapasitet til selvbestemmelse i lys av moderne psykiatris normer. En studie så på hvordan miljøet på en avdeling i psykisk helsevern ble påvirket av at ansatte bevisst overså og skjulte gjenstander med symbolsk negativ verdi. En studie beskriver hvordan sykepleiere kan sikre alvorlig demente pasienter på sykehjem juridisk trygghet, god og trygg sykepleie og samtidig bevarer beboernes integritet.

## Opplevelser

Pasienters erfaring med situasjoner assosiert med tvang og mekaniske tvangsmidler er beskrevet. En studie beskriver ønsker og behov hos pasienter som er selvskadere. Pasienters erfaring med tverrfaglig oppsøkende tjeneste og ettervern etter compulsory treatment for alkohol misbruk er undersøkt.

Ansattes opplevelse av trygghet og vold på avdeling for psykisk helsevern samt ansattes erfaring med å evaluere om beltelagte pasienter er klare til å bli løsnet er beskrevet. En studie ser på ansattes erfaring med å forebygge voldelige situasjoner ved hjelp av taktisk kunnskap, erfaring og kollegial støtte. Et prosjekt ser på ansattes erfaring med intervensjoner som skulle understøtte større brukerdeltagelse i avgjørelser mens de er under psykisk helsevern. De ansattes opplevelse av allianse med pasienter under TUD er beskrevet.

Foreldre opplevelser av bruk av tvangsbruk mot sine voksne barn mens de er tvangsinnlagt er også beskrevet.

## Loverk og politikk

Forskjellene i regelverket rundt tvangstiltak i helsevesenet i Norge, Sverige og Danmark er interessant i seg selv men av samme grunn er ikke alle artikler like aktuelle. To danske artikler omhandler at lovpålagte strukturerte intervju etter tvangstiltak ikke blir fulgt opp. Pasienters rettigheter i forbindelse med mekaniske tvangstiltak diskuteres i en dansk artikkel. En svensk artikkel diskuterer loverkets utfall i praksis eksemplifisert blant annet med tvungent psykisk helsevern og bruk av TUD. En svensk artikkel tar for seg alle rettsavgjørelser som omhandler



TUD gjennom en 6 måneders periode for å se hvordan pasientens rettslige beskyttelse er ivaretatt og hvilke former for sosial kontroll pasientene blir utsatt for.

## 9.8 Vedtak ambulanseavdelingen, OUS



Oslo universitetssykehus HF  
Ullevål sykehus  
Postboks 4956 Nydalen  
0424 Oslo

Sentralbord: 915 02 770

Prehospital klinikk  
Ambulansetjenesten

### Notat

Til: Nina Øye Thorvaldsen  
Kopi:  
Fra: Sten R Hafstad  
Saksbeh.:  
Dato: 4.10.2019  
Sak: Forskningsprosjekt 2019

#### Gjennomføring av forskningsprosjekt:

Ambulanseavdelingen stiller seg positiv til gjennomføringen av forskningsprosjektet som beskrevet i e-post av 26.august 2019

En ber om at punktene under tas inn under forberedelsene til gjennomføringen.

- 1) Informasjon til vernetjenesten om studien, regler for taushetsplikt osv
- 2) Informasjonsskriv til de enkelte ansatte om formålet med studien, info om at man ikke arbeider på oppdrag fra arbeidsgiver og at intervjuobjektene ikke skal kommunisere taushetsbelagt eller personidentifiserbar informasjon under intervjuene. Dersom intervjuene skal skrives ned må det informeres om hvordan intervjuene skal oppbevares og hva de skal benyttes til.
- 3) Det bør gjøres en forespørsel til PVO (personvernombud) ved OUS med kort beskrivelse av studien, med informasjonsbrevet til deltakerne og spørre om det kreves ytterligere opplysninger fra forskeren eller andre godkjenninger.
- 4) Intervjuene må være basert på frivillighet fra deltakerne. Arbeidsgiver kompenserer ikke med fri eller lønn til deltakerne i forbindelse med prosjektet. Dette må fremkomme tydelig i forkant av gjennomføringen.
- 5) Det er ikke satt av lønnsmidler i Ambulanseavdelingen til gjennomføringen av forskningsprosjektet



## 9.9 Vedtak fra REK



---

<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Anne S. Kavli	<b>Telefon:</b> 22845512	<b>Vår dato:</b> 25.06.2019	<b>Vår referanse:</b> 2019/927/REK sør-øst A
			<b>Deres dato:</b> 30.04.2019	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nina Øye Thorvaldsen  
Oslo Universitetssykehus HF

### **2019/927 Bruk av tvang i ambulansetjenesten i oppdrag med pasienter som motsetter seg helsehjelp og/eller er fysisk utagerende.**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 13.06.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Stavanger  
**Prosjektleder:** Nina Øye Thorvaldsen

### **Prosjektbeskrivelse (revidert av REK)**

Formålet med prosjektet er å undersøke bruk av tvang i ambulansetjenesten.

Bruk av tvang og fysisk makt overfor en borger krever lovhjemmel. Utenfor rammene av døgninstitusjon er det som utgangspunkt politiet som kan utøve tvang overfor psykisk syke, enten det er ved fastholding, mekaniske virkemidler, glattcelle e.l. Nødrettsstutttet gir også andre enn politiet hjemmel til å bruke fysisk makt, forutsatt at man søker å avverge fare for en skade som ikke kan avverges på annen måte.

Det er lite kunnskap om omfanget av bruk av tvang i ambulansetjenesten når pasienter motsetter seg helsehjelp eller utagerer under oppdrag eller transport. Regelverket rundt bruk av tvang kan være utfordrende å forholde seg til, og det er usikkert om lov og forskrift er tilpasset ambulanspersonells arbeidshverdag og hvorvidt ambulanspersonell følger lov og forskrift når tvang utøves.

I dette prosjektet vil man beskrive omfang av tvang brukt i ambulansetjenester i Norge, undersøke om tvang som eventuelt blir utøvd er hjemlet i lov og forskrift, og hvorvidt ambulanspersonell har lov til å bruke utstyr som er tilgjengelig i bilen til å sikre en utagerende pasient under transport når politiet er tilstede. Det planlegges å bruke en anonymisert oversikt over bruk av tvang, rapporter fra helseforetakene, gjennomføre fokusgruppeintervju med ambulanspersonell, samt å kontakte juridisk avdeling ved OUS/helsejurist/Helsedirektoratet for å avklare deres tolkning av regelverket i forbindelse med sikring av utagerende pasienter under transport i ambulanse.

### **Vurdering**

Slik komiteen forstår prosjektet, ønsker man her å undersøke ambulanspersonells erfaringer knyttet til bruk av tvang, samt omfang av tvang i ambulansetjenesten.

---

**Besøksadresse:**  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Etter komiteens vurdering vil ikke prosjektet gi ny kunnskap om helse og sykdom men kun kartlegge bruk av tvang i ambulansetjenesten. Hva som er medisinsk og helsefaglig forskning fremgår av helseforskningsloven § 4 bokstav a hvor medisinsk og helsefaglig forskning er definert slik: «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom».

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

#### **Vedtak**

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

#### *Klageadgang*

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst A Klagefristen er 18. august 2019. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst A, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Til informasjon bytter REK søknadsportal i sommer. Den nye portalen vil være klar i august. Se våre [hjemmesider](#) under «Aktuelle meldinger» for oppdatert informasjon.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal  
Professor dr. med.  
Leder

Anne S. Kavli  
Seniorkonsulent

**Kopi til:** [stephen.j.sollid@uis.no](mailto:stephen.j.sollid@uis.no); Universitetet i Stavanger: [post@uis.no](mailto:post@uis.no)

## 9.10 Vedtak fra NSD

- **NSD Personvern**

27.05.2019 15:34

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 718167 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 27.5.19 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Prosjektet er meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ([ref.nr.: 2019/927](#)). Dersom REK sitt vedtak gjør at prosjektopplegget blir endret eller det gjøres andre vesentlige endringer, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021. 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 NSD 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 behandles 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 Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. 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 NSD 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). NSD legger til grunn at utvalget minnes om at de må overholde sin taushetsplikt under

gruppeintervju. NSD legger til grunn at bruken av private enheter til behandling av personopplysningene er i tråd med behandlingsansvarlig institusjons (Universitetet i Stavanger) retningslinjer for behandling av personopplysninger på private enheter. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

. L

**Lisa Lie Bjordal**

27.05.2019 15:24

Vi har sett gjennom ditt meldeskjema og vil sende deg en vurdering. Vi minner samtidig om følgende som vi også legger til grunn i vurdering: 1. Vi ber dere minne utvalget om at taushetsplikten de har som ambulansepersonell også må overholdes under intervjuene. Eksempler på situasjoner som kan inneholde identifiserende opplysninger om tredjepersoner må derfor unngås. 2. Bruk av private enheter til behandling av personopplysninger må være i tråd med din institusjons retningslinjer for behandling av personopplysninger på private enheter. 3. Dersom REK sitt vedtak gjør at prosjektopplegget blir endret, må du revidere meldeskjema og sende det i retur til oss.

. N

**NSD Personvern**

02.05.2019 10:30

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 718167 er innsendt og mottatt.

## 9.11 Tabeller fra analysen

Tabell 10: Foreløpige tema

Foreløpige tema intervju 1

de pasientene som ikke vil være med  
samtykkekompetanse  
overtalelse-tvang  
retningslinjer versus lovverket  
bekymring for konsekvenser

Foreløpige tema intervju 2

makt-tvang-nødrett  
systemet-ledelsen  
kreative løsninger  
hvorfor tvang brukes

---

De foreløpige temaene fra intervju 1 og 2

Tabell 11: Sammenstilling foreløpige tema

Intervju 1	Intervju 2	Sammenstilling	Forklaring
De pasientene som ikke vil være med	Kreative løsninger	<i>De pasientene som ikke vil være med</i>	Det er i de tilfellene pasienten ikke vil være med at ambulansespersonellet ser seg nødt til å være kreative
Samtykkekompetanse		<i>Samtykkekompetanse</i>	Er svært frem- tredende tema i intervju 1 men mindre omtalt i intervju 2
Overtalelse-tvang	Makt-tvang-nødrett	<i>Makt-tvang-nødrett</i>	Refleksjon rundt glidende overganger mellom overtalelse, tvang og nødrett.
Retningslinjer versus lovverket	Makt-tvang-nødrett	<i>Makt-tvang-nødrett</i>	Refleksjon rundt glidende overganger mellom overtalelse, tvang og nødrett.
Bekymring for konsekvenser	Systemet-ledelsen	<i>Systemet-ledelsen</i>	Bekymring for mulige konsekvenser av feil valg i komplekse situasjoner. Systemet tar ikke tak i utfordringene
	Hvorfor tvang brukes		Bli inkorporert i de andre temaene da det passer inn i alle foreløpige tema med unntak av overtalelse versus tvang

Tabellen viser hvordan de foreløpige temaene fra intervju 1 og 2 ble slått sammen, sammenstilling av temaene og en kort forklaring vedrørende valgene som er gjort



Tabell 12: Foreløpige tema og problemstilling

Problemstillingens deler	Foreløpige temaer
1. Beskrive ambulanspersonells forståelse av hva tvang er	Makt-tvang-nødrett
2. deres erfaring med bruk av tvang	
3. i hvilke situasjoner de har brukt tvang og	De pasientene som ikke vil være med Samtykkekompetanse Systemet-ledelsen
4. hvilken form for tvang som er blitt brukt	

Tabellen viser hvordan de foreløpige temaene og problemstillingens deler passer sammen

Tabell 13: Foreløpige tema og koder

Koder	Foreløpige temaer
1. Beskrive ambulanspersonells forståelse av hva tvang er	Makt-tvang-nødrett
2. deres erfaring med bruk av tvang	
3. i hvilke situasjoner de har brukt tvang og	De pasientene som ikke vil være med Samtykkekompetanse
4. hvilken form for tvang som er blitt brukt	
5. Bekymring for konsekvenser/ systemet-ledelsen	Systemet-ledelsen
6. Respondentenes opplevelse av å bruke tvang	

Tabellen viser kodene, punktene, brukt for sortering av de meningsbærende enhetene, og den endelige fordelingen av foreløpige temaer fordelt på kodene.

Tabell 14: Eksempel fra trinn 3 i analysen

**Kode 3: i hvilke situasjoner de har brukt tvang**

Intervju 1	Intervju 2
tvangsinnleggelse	tvangsinnleggelse (bistår politiet)
selvmordsfare	fare for seg selv (dynket i bensin)
rabiater pasienter (rus)	rabiater (pas er til fare for seg selv og oss)
pas kan ikke bli igjen hjemme, vil bli veldig dårlig	bærer pas ut, pas samarbeider ikke og må us
legen kommer ikke ut, pas må vurderes av lege	
retningslinjene sier at alle skal tilses av lege	fordi retningslinjene tilsier at pas skal være med/tilses av lege
hjelpeplikt	pas får ikke noe valg
overtalelse ikke strekker til	manipulere/lure
pas ser ikke det potensielle alvorret i sit.	pas skjønner ikke det potensielle alvorret i sit
uroelige pasienter, demente som slår	pas ikke skal klare å slå oss
smitte	armer fulle av avføring, smitte/hygiene
trafikksikkerhet	sikkerhet under transport (pas, vi og følgepersonell kunne være sikret)
ta fra pas kniv	ta fra pas barberblad, nødrett
ikke skade seg selv eller oss	
folk som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, helsehjelpen er påtrengende nødvendig	Medisinering utenfor retningslinje og uten samtykke (pas til fare for andre, sepsis som ikke samarbeidet)

**Sammenfatning for hvert enkelt intervju:**

Intervju 1	Intervju 2
------------	------------

---

hjelpeplikt (pas forstår ikke alvor, til fare for seg selv)	Tvangsinnleggelse
retningslinjene sier at pas skal tilses av lege	Pas vil ikke være med: - pas forstår ikke alvor i sit, - retningslinjene tilsier pas skal tilses av lege, lege kommer ikke ut - Pas vil ikke være med, vi har hjelpe plikt - nødrett (ta fra barberblad)
nødrett (ta fra pas kniv)	Sikkerhet under transport (inkl smitte/hygiene)
sikkerhet (skade seg/oss, under transport, smitte)	
hindre eldre i å slå/sparke etter oss	

---

### Sammenfatning for begge intervjuene – subgrupper

- 
- a. hjelpeplikt (eks. pas forstår ikke alvor, til fare for seg selv)
  - b. retningslinjene sier at pas skal tilses av lege
  - c. nødrett (eks. ta fra pas kniv)
  - d. sikkerhet (eks. Ikke skade seg/oss, sikring under transport og smitte)
  - e. (hindre demente i å slå/sparke etter oss)
- 

Tabellen er et eksempel på trinn 3 i analyseprosessen. Det er notert stikkord fra hver meningsbærende enhet under koden «i hvilke situasjoner de har brukt tvang». Stikkordene er så sammenfattet for hvert enkelt intervju for så å sammenfattes intervjuene imellom. Resultatet er brukt som subgrupper.

Tabell 15: Oppsummering av koder og subgrupper

<b>Beskrivelse av ambulansepersonells forståelse av hva tvang er</b>
Fysisk makt
Overtalelse
Sikring
<b>I hvilke situasjoner de har brukt tvang</b>
Hjelpeplikt
Sikkerhet
<b>Hvilken form for tvang som er brukt</b>
Overtalelse
Pragmatisk makt
Nødrett
Sikring
<b>Bekymring for systemet/ledelsen</b>
Usikkerhet
Systemet
Frykttkultur
<b>Respondentenes opplevelse av å bruke tvang</b>
Opplevelse av tvangsutøvelse
Empati

## 9.12 Retningslinjen «Pasient som ikke transporteres til sykehus/lege»

### Pasient som ikke transporteres til sykehus/ lege

#### Pasient som ikke transporteres til sykehus/ lege

##### DEFINISJONER.

De tilfeller der denne prosedyren vil komme til anvendelse, er:

1. Der ambulanse blir sendt ut og det viser seg at pasienten må vurderes av lege før eventuell innleggelse i sykehus. Det er ambulansepersonellet som må sikre at pasienten faktisk kommer i kontakt med legen
2. De tilfeller der ambulansepersonellet vurderer at sykehusinnleggelse synes unødvendig og pasienten våkner adekvat etter behandling, som ved

hypoglykemi hos kjent diabetiker  
opiatoverdose hos kjent rusmisbruker  
kramper hos kjent epileptiker uten medikamentell behandling  
mindre uhell med svært moderat eller ingen pasientskade  
astmatiker med god sykdomsinnsikt hvor symptomene forsvinner etter behandling, kliniske funn stabiliseres og pasienten selv ønsker å forbli på stedet

#### Pasienten skal IKKE forlates alene

**Ved tilstander ut over dette skal det konsulteres med lege dersom ambulansepersonellet ønsker å forlate pasienten på stedet.**

3. De tilfeller der pasienten overlates til annet helsepersonell enn lege, for eksempel hjemmesykepleier eller sykepleier på sykehjem eller annen behandlingsinstitusjon
4. I de tilfeller der pasienten overlates andre etater enn helsevesenet (f.eks. politi)

##### BESKRIVELSE:

Alle opplysninger vedrørende pasienten skal formidles på eget initiativ ved kontakt med legen  
Når pasienten etterlates på stedet skal dette skje etter fullstendig klinisk undersøkelse, eventuell behandling og under forutsetning av at pasienten eller pårørende er informert om tilstanden, har forstått den informasjonen som gis og samtykker

Med fullstendig klinisk undersøkelse menes undersøkelse/ tiltak i følge gjeldende anbefalinger på behandlingssiden i MOM og øvrige prosedyrer i tjenesten

Fullstendig utfylt ambulansejournal skal overleveres pasient eller pårørende (dersom pasienten selv ikke er beslutningskompetent) etter en komplett pasientundersøkelse. Navn på personer det inngås avtaler med (annet helsepersonell, andre nødetater, pårørende mv) og innholdet i avtalen skal dokumenteres i journalen

Alle avtaler vedrørende videre oppfølging av pasienten skal skje over logget trafikkvei

Pasienten eller pårørende skal alltid informeres om å kontakte helsevesenet dersom pasientens tilstand skulle endre seg, pasienten skulle få nye symptomer eller på annen måte føle seg uvel eller syk. Dette skal dokumenteres i journalen

Pasienter som nylig har søkt helsehjelp flere ganger siste dager uten at tilstanden har bedret seg skal tas med til lege dersom pasienten/ pårørende ønsker det

Pasient som har eller har hatt brystmerter skal ikke forlates på stedet uten legeundersøkelse eller legekonsultasjon selv om 12 kanaler EKG er negativ