

# **BSOBAC 3 – Bacheloroppgave med forskningsmetode**

Forebygging av tvang i psykisk helsevern – sett fra pasientenes perspektiv



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet**

**Bachelor sosialt arbeid**

UiS mai 2022

**Kandidatnummer: 7203**

Antall ord: 13 111

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	4
1.3 Avgrensning .....	5
1.4 Begrepsavklaringer .....	6
1.4.1 Pasient .....	6
1.4.2 Tvangsmidler .....	6
1.4.3 Skjerming .....	6
1.4.4 Omsorg .....	6
<b>2 Teoretisk forankring</b> .....	<b>7</b>
2.1 Juridisk rammeverk .....	7
2.1.1 Vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern .....	7
2.1.2 Bruk av tvang i døgninstitusjoner .....	8
2.2 Makt og avmakt .....	8
2.2.1 Negativ og positiv makt .....	9
2.3 Relasjoner .....	10
2.3.1 Den terapeutiske relasjonen .....	10
2.3.2 Nettverk og vennskap .....	11
2.3.3 Relasjoners betydning for bedringsprosessen .....	12
2.4 Brukermedvirkning .....	13
2.4.1 Hva er brukermedvirkning? .....	13
2.4.2 Hvorfor er brukermedvirkning viktig? .....	14
<b>3 Metode</b> .....	<b>16</b>
3.1 Valg av metode .....	16
3.2 Datainnsamling .....	16
3.3 Presentasjon av artiklene .....	18
3.4 Analyse .....	19
3.4.1 Oversiktstabell over artiklene .....	20
3.5 Oppgavens troverdighet .....	21
<b>4 Presentasjon av funn</b> .....	<b>22</b>

4.1	Årsaker til tvangsbruk.....	22
4.1.1	Avmakt .....	22
4.1.2	Manglende kommunikasjon og forståelse.....	24
4.2	Hvordan redusere tvangsbruk.....	24
4.2.1	Bedre kommunikasjon og samtaler før, under og etter tvangsbruk .....	24
4.2.2	Økt brukermedvirkning.....	26
4.2.3	Fokus på relasjoner .....	27
4.2.4	Andre tiltak for å redusere tvangsbruk.....	28
4.3	Pasientenes forståelse av tvangsbruk.....	29
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>30</b>
5.1	Samsvar mellom pasientenes synspunkt og lovverket .....	30
5.2	Hva skjer når relasjonen brister? .....	30
5.3	Hvordan kan man redusere avmakt hos pasienter? .....	32
5.4	Hva er konsekvensene av å ikke tilrettelegge for brukermedvirkning?.....	33
<b>6</b>	<b>Avsluttende kommentarer .....</b>	<b>35</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>36</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tvang i psykisk helsevern er et tema som berører mange. I en rapport fra helsedirektoratet om tvang i psykisk helsevern ble det rapportert om 15 000 tvangsmiddelvedtak fordelt på 2 300 pasienter i 2018. Det var også rapportert vedtak om skjerming for 2 800 pasienter i 2018 (Helsedirektoratet, 2020, s. 32). Samtidig er det flere som utsettes for såkalt frivillig tvang som innebærer at man frivillig går med på å bli skjermet, medisinerert eller andre tiltak som presenteres som et tilbud eller alternativ. I realiteten oppleves ikke dette nødvendigvis som et valg, og pasienten går med på det for å unngå andre reaksjoner eller reelle tvangstiltak, slik som Elisabeth skriver at hun har opplevd i et leserinnlegg (Holt, u.å).

Tvangsbruk strider også med de yrkesetiske prinsippene for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Disse prinsippene finner man i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet utarbeidet av FO (2019). Her står blant annet menneskeverd og respekt for den enkeltes integritet som sterke prinsipper. Videre står det i de yrkesetiske retningslinjene at «profesjonsutøveren skal ... bekjempe bruk av vold og tvang» (fellesorganisasjonen, 2019, s. 4-5). Når man utsetter personer for tvang, risikerer man å bryte med disse etiske prinsippene for sosialt arbeid. Dermed er forebyggingen av tvang i psykisk helsevern et sentralt område å utforske nærmere.

Når man hører pasienter sin opplevelse av tvang, er det heller ikke vanskelig å forstå at dette er svært inngripende og dramatisk for den som utsettes for tvangsbruk, og dermed noe som sosialarbeidere burde jobbe mot å bekjempe. Dette illustreres i et sitat fra en tidligere pasient:

... Jeg har mistet ett barn, og det blir sagt at det er det verste du kan oppleve. Men ... Det ... Jeg har faktisk, enkelte ganger ... Eh ... Tenkt som så at den reimehistorien, tar på en måte kaka, ass. Fordi at, det å miste ett barn, det er noe livet gjør med deg. Mens, det å bli lagt i reimer, det er noe som mennesker gjør imot deg. Og, det berører en (...). Det rokker ved noen ting ... (...) Jeg vet ikke helt om jeg får satt ord på det ... Men ... Men det er noe med den der ... Ehm ... Grusomheten liksom. (Einbu & Larsen, 2016, s. 25).

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Tvang er et svært inngripende tiltak som gjør store inntrykk i personers liv, både for de som utøver tvangen og for de som utsettes for tvangsbruk. For mange kan det også oppleves traumatiserende og påvirke dem resten av livet (Norvoll et al., 2008, s. 40). Sett i lys av dette vil det være gunstig for alle parter å redusere og forebygge bruken av tvang. Den beste måten å komme nærmere et svar på hvordan dette kan gjøres er å lytte til dem som har opplevd

tvang på kroppen. De besitter verdifull kunnskap om situasjoner som fører til tvang og hvordan situasjonene bedre kunne blitt håndtert for å unngå og forebygge tvangsbruk.

For å komme frem til hvordan man kan forebygge tvang, er man også nødt til å ha forståelse for hva som gjør at tvang blir brukt og hvilke situasjoner som utløser tvangsbruk. Et kortfattet juridisk svar på dette er at tvang kan utøves når vedkommende utgjør en fare for seg selv eller andre, eller at det er fare for store materielle skader (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8). Det er også noen andre kriterier som må oppfylles, og disse vil jeg gå nærmere inn på i redegjørelsen av teorien. Det jeg ønsker å få frem gjennom denne oppgaven er pasienters egne opplevelser av hva som fører til tvangsbruk.

Problemstillingen for denne oppgaven blir dermed:

**«Hva mener pasienter innen psykisk helsevern er årsaken til bruk av tvang, og hvordan mener de selv at dette kunne vært unngått?»**

### 1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens plassbegrensning vil det ikke være anledning til å komme inn på alle faktorene som spiller en rolle for tvangsbruk og forebyggingen av dette. Siden fokuset er på pasientenes opplevelse av tvangsbruken, vil jeg ikke legge for mye vekt på lovverket som gir rammer for tvangsbruken, selv om det er dette som legger føringene på hvordan tvangen kan utøves. Jeg vil derfor kort komme inn på lovverket i redegjørelse av det teoretiske grunnlaget da det vil legge et grunnlag for forståelsen av tvang videre i oppgaven. Ved analyse og drøfting av funn vil dette dermed ikke komme frem i like stor grad.

I tillegg vil ikke synspunktene til de som utøver tvang komme særlig frem. Det er allikevel viktig å påpeke at tvangsbruken også preger de som utøver tvangen, og ved søk er det mange studier og resultater som omhandler personalets opplevelse av tvang. Som nevnt vil fokuset i denne studien være på pasientenes opplevelser og synspunkter, og det vil dermed ikke være rom for å belyse helsepersonellens opplevelse av tvangsbruk i noe større grad.

I denne oppgaven vil fokuset være på psykisk helsevern for voksne, som i hovedsak innbefatter personer over 18 år. Ved litteratursøk er det en del forskning og artikler som omhandler tvang i barnevernet og i psykisk helsevern for ungdom. Disse er ikke blitt gitt oppmerksomhet i denne oppgaven da det innebærer andre lovverk og praksiser som det ikke vil være mulig å gå nærmere inn på.

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Pasient

Begrepet pasient defineres i pasient- og brukerrettighetsloven som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3, bokstav a.). I det videre vil begrepet pasient brukes om personer som mottar eller har mottatt helsehjelp i psykisk helsevern for voksne.

### 1.4.2 Tvangsmidler

Tvangsmidler kan brukes ovenfor personer som er i institusjon for døgnopphold, både gjennom tvangsvedtak og frivillig opphold. Tvangsmidler skal ikke være en planlagt del av oppholdet, men kan benyttes i situasjoner der det er nødvendig for å hindre at pasienter skader seg selv eller andre, eller for å hindre store materielle skader (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8, 1. ledd). Begrepet tvangsmidler vil innbefatte mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8).

### 1.4.3 Skjerming

Skjerming innebærer at pasienten skal holdes helt eller delvis atskilt fra andre pasienter og personell som ikke deltar i behandling eller undersøkelse av pasienten, eller har omsorg for pasienten (psykisk helsevernloven, 1999, §4-3). Skjerming kan brukes av hensyn til andre pasienter dersom vedkommende for eksempel er utagerende eller truende. Skjerming kan også brukes av hensyn til behandlingen.

### 1.4.4 Omsorg

I ordboka defineres omsorg som det å passe på noen, eller som kjærlig oppmerksomhet (NAOB, u.å). Omsorg omtales også i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for sosionomer som noe som vises gjennom å «identifisere og møte brukernes udekkede behov på en måte som tar hensyn til den andres ressurser og verdier» (fellesorganisasjonen, 2019, s. 5). I dette ligger det at man skal utvise omtenkksomhet, empati og kjærlighet, samt ivareta og møte de behovene brukeren har.

## 2 Teoretisk forankring

### 2.1 Juridisk rammeverk

Tvangsbruk må som hovedregel hjemles i loven, og vilkårene finner man i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, heretter forkortet psykisk helsevernloven eller phvl. Psykisk helsevernloven sier noe om hva som må til for at man kan etablere tvungent psykisk helsevern, samt krav til bruk av tvangsmidler.

#### 2.1.1 Vilråene for etablering av tvungent psykisk helsevern

For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern må vilråene i psykisk helsevernloven §3-3 oppfylles. Her finner man 7 kumulative vilkår, som vil si at alle vilråene må oppfylles for å etablere tvungent psykisk helsevern.

Frivillig psykisk helsevern skal være forsøkt først (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 1). Dette er blant annet av hensyn til minste inngreps prinsipp der det minst mulige inngripende tiltaket skal forsøkes først. Frivillighet har ofte større effekt da pasienten selv har samtykket, og er mer motivert for behandling.

Pasienten skal undersøkes av to leger, hvorav den ene er uavhengig av institusjonen (psykisk helsevernloven, §3-3, nr. 2). Dette er av hensyn til pasientens rettssikkerhet, og for å sikre at symptomene ikke skyldes somatiske tilstander. Dette kan være lettere for en uavhengig lege å oppdage (Kjønstad, et al., 2017, s. 500).

Videre må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 3). «Alvorlig sinnslidelse» er et juridisk begrep og omfatter som hovedregel psykoser, men også noen andre alvorlige psykiske lidelser kan falle under begrepet. Det er også to tilleggsvilkår, og minst ett av dem må oppfylles. Disse kalles ofte behandlingskriteriet og farekriteriet. For mer om dette se phvl. §3-3, nr. 3, bokstav a) og b).

I 2017 ble det implementert ett nytt vilkår om at pasienten må mangle samtykkekompetanse før man kan etablere tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3).

Vilkåret må sees i sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 om samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Dette vilkåret styrker pasienters rettssikkerhet og selvbestemmelsesrett da pasienter med samtykkekompetanse kan nekte behandling.

Institusjonen som skal ta imot pasienten må være i stand til å ivareta pasienten, både materielt og faglig (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 5). Dette vilkåret har som formål å hindre at institusjonen brukes som en oppbevaringsplass.

Pasienten har også rett til å uttale seg. Dette må sees i sammenheng med phvl. §3-9 (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 6). Dette fremmer medvirkning og samarbeid, som igjen kan påvirke utsiktene til bedring og gjøre opplevelsen av tvang best mulig.

Det siste vilkåret stiller krav om en helhetlig vurdering av situasjonen, der konklusjonen må være at tvungent psykisk helsevern må fremstå som den klart beste løsningen (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 7).

#### 2.1.2 Bruk av tvang i døgninstitusjoner

Kapittel 4 i phvl. omhandler reglene for gjennomføring av tvang i psykisk helsevern. For å kunne ta i bruk tvangsmidler i en døgninstitusjon må man som hovedregel fatte et vedtak (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8, 5. ledd). Unntaket for dette er ved skjerming der pasienten samtykker, og varigheten er under 24 timer (psykisk helsevernloven, 1999, §4-3, 2. ledd).

Gjennom §4-2 er det også lagt stor vekt på å ivareta den enkeltes integritet. Dette gjenspeiles også i de yrkesetiske retningslinjene for sosionomer, som omtalt innledningsvis. Også i denne bestemmelsen kommer minste inngreps prinsipp frem, og pasientens rett til å uttale seg ivaretas (psykisk helsevernloven, 1999, §4-2).

Hvilke tvangsmidler som kan benyttes er nedfelt i §4-8, 2. ledd. Tvangsmidler som kan benyttes i henhold til §4-8, 2. ledd er mekaniske tvangsmidler som belter og skadeforebyggende spesialklær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør, korttidsvirkende legemidler med hensikt om å berolige eller bedøve og kortvarig fastholding (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-8, 2. ledd). For utførelsen av tvangen er det også ett vilkår at pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale (psykisk helsevernloven, 1999, §4-8, 4. ledd). Reglene for skjerming finner man i psykisk helsevernloven §4-3.

## 2.2 Makt og avmakt

Max Weber var en tysk sosiolog og en av de første som beskrev maktforhold i samfunnet. Ifølge ham er makt noe relasjonelt som innebærer at noen har evnen til å gjennomføre noe på tross av en annens motstand. Den som har mest makt, er den som med størst sannsynlighet får frem sin vilje når det oppstår motstridende interesser. Det fremheves også at makt ikke må



utøves for å være til stede, men at det er nok med en visshet om at en av partene har mulighet til å utøve makt for at det skal ha en innvirkning på relasjonen (Norvoll, 2019, s. 64).

Avmakt kan beskrives som noe som oppstår når man utsettes for maktbruk og kan sies å være en tilstand hvor man mangler kontroll, innflytelse, anerkjennelse, forutsigbarhet og oversikt (Lillevik & Øien, 2012, s. 214). Makt er evnen til å få gjennomslag for sin vilje, mens avmakt på den andre siden innebærer at man ikke ser noen utvei eller mulighet til å påvirke sin egen situasjon eller gjøre motstand mot andres maktutøvelse. Avmakt henger nært sammen med aggresjon og frykt, og mange pasienter kan uttrykke avmakt gjennom aggresjon (Norvoll, 2019, s. 79).

Også Lillevik og Øien (2012) beskriver avmakt som en viktig årsak til aggresjon og frustrasjon, og kobler dette sammen med et asymmetrisk maktforhold mellom pasient og personell. Det fremheves også at verken makt eller avmakt behøver å være eksplisitt, men at det er nok at makten foreligger som en mulighet (Lillevik & Øien, 2012, s. 214). Dette samsvarer med Norvoll (2019) som påpeker at muligheten for maktutøvelse er tilstrekkelig for at det skal ha en innvirkning på relasjonen.

### 2.2.1 Negativ og positiv makt

Ifølge Rasmussen og Rasmussen (2010) har makt tradisjonelt blitt sett på som noe en person har eller ikke har, og der man får gjennom sin vilje på tross av motstand. Denne type makt samsvarer med den typen makt beskrevet tidligere, og forstås gjerne som en tvangsmakt, altså som en negativ makt (Rasmussen & Rasmussen, 2010, s. 143). Dette leder oss til å tenke at makt er noe uønsket, og som skaper avmakt hos den andre parten. Også Juritzen, sitert i Baksjøberg (2013), beskriver denne type makt som den tradisjonelle makten som folk flest assosierer med makt-begrepet (Baksjøberg, 2013).

Rasmussen og Rasmussen (2010) fremhever også en annen, mer positiv forståelse av makt som noe relasjonelt som oppstår når A får økt handlingsrom til å styre over Bs handlinger og får rettigheter til å binde B (Rasmussen & Rasmussen, 2010, s. 143). Samtidig definerer ikke Juritzen, sitert i Baksjøberg (2013), makt som verken positivt eller negativt, men som noe som alltid er til stede. Det påpekes også at makten kan brukes til noe produktivt dersom man unngår å misbruke makten (Baksjøberg, 2013).

Også Sjøvold (2016) fremhever at makten kan være både positiv og negativ. Det nevnes også at makten kan gi en mulighet til å hjelpe og støtte andre, samt la andre vokse. Maktbruk kan altså gagne den som utsettes for maktbruken (Sjøvold, 2016). Dermed ser man at maktbruk på

noen områder kan være nødvendig, samtidig som man må være varsom når man utøver makt ovenfor den andre. En mulig konsekvens kan være som vi har sett avmakt, som kan føre til aggresjon og utagering.

For at makten skal være produktiv fremhever Sagatun og Smith (2012) blant annet det å få og gi informasjon, samt å bli møtt med menneskelighet og respekt, som sentrale elementer.

Gjennom å få og gi informasjon opplever brukere gjensidighet og det åpnes opp for medvirkning og innflytelse. Dette kan igjen bidra til å styrke brukeren og skape grunnlag for et godt samarbeid. Også det å møte brukeren med respekt og menneskelighet skaper en mer likeverdig relasjon og styrker brukerens makt. Dermed kan man bruke den makten man har som sosialarbeider på en produktiv måte for å bidra til endring og å styrke brukeren (Sagatun & Smith, 2012, s. 176-178).

### 2.3 Relasjoner

Sosialt arbeid er av natur sosialt, og det sosiale kommer ofte til uttrykk som relasjonsarbeid. Sosialarbeidere jobber med relasjoner på ulike måter, og det kan sies at det arbeides i, med og gjennom relasjoner (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112). Når man sier at man jobber i en relasjon er det fordi man i møte med andre mennesker alltid vil inngå i en relasjon med dem. Man har et forhold til den brukeren eller pasienten man skal oppnå endring sammen med (Levin & Ellingsen, 2015, s. 113). Dette fremhever det menneskelige i møte med det menneskelige.

Man kan også jobbe med relasjoner, altså at man jobber med brukeren eller pasientens relasjon til noen andre. Det kan være dersom man jobber med brukerens relasjon til pårørende, arbeidsplassen eller andre mennesker og arenaer som er viktige for vedkommende (Levin & Ellingsen, 2015, s. 113). Å jobbe gjennom relasjoner viser til relasjonen mellom sosialarbeideren og brukeren. Man bruker selve relasjonen til å få til en endring (Levin & Ellingsen, 2015, s. 115).

#### 2.3.1 Den terapeutiske relasjonen

I følge Geirdal (2017) er kvaliteten på den terapeutiske relasjonen av stor betydning for behandlingsresultatet. Videre identifiserer og beskriver Geirdal (2017) tre deler som sammen utgjør den terapeutiske relasjonen. Disse delene er den reelle relasjonen, arbeidsalliansen og overføring/motoverføring.

Den reelle relasjonen beskrives som den mest grunnleggende og omfatter den personlige relasjonen. Det reelle forholdet er til stede i alle menneskelige møter, og genuinitet og realisme fremheves som hoveddelene i den reelle relasjonen. Begge parter, altså terapeutens og klientens, bidrag vil ha innvirkning på resultatet (Geirdal, 2017, s. 37). Dette innebærer at begge må gjøre en innsats og bidra i relasjonen for at behandlingen skal funke. Samtidig vektlegger Geirdal (2017) at ikke begge parter må bidra like mye ved hvert møte. Av og til vil den ene bidra mer enn den andre, noe som er en naturlig del av de fleste relasjoner.

Arbeidsalliansen betegnes av Geirdal (2017) som katalysatoren i behandlingen, og denne komponenten regnes for å være grunnlaget for en endringsprosess. Ett felles mål og enighet om hvordan man skal jobbe for å oppnå målet er avgjørende (Geirdal, 2017, s. 38). Dette forutsetter ett godt samarbeid og god kommunikasjon, noe den reelle relasjonen danner grunnlaget for.

Den siste komponenten i den terapeutiske relasjonen er overføring og motoverføring (Geirdal, 2017, s. 38). Schulman (2018) knytter overføring og motoverføring til sentrale prosesser innenfor autoritetstemaet. Overføring beskrives som klientens frykt, følelser, forsvarsmekanismer og ønsker knyttet til personer som har vært viktige i fortida, som venner, foreldre, søsken, ledere osv. Disse reaksjonene påvirker hvordan klienten oppfatter sosialarbeideren. Motoverføring beskrives som en tilsvarende reaksjon fra sosialarbeiderens side (Schulman, 2018, s. 252).

Alliansebrudd er noe som kan oppleves i enhver allianse. Disse bruddene kan repareres gjennom tydeliggjøring, åpenhet og klargjøring av misforståelser. Slike relasjonsbrudd er viktige for alliansen og beskrives av noen som det som utgjør selve behandlingen. Når man skal reparere et slikt brudd er det viktig med åpenhet for endring, en felles forståelse og en oppklaring av misforståelser (Geirdal, 2017, s. 39).

### 2.3.2 Nettverk og vennskap

Når man snakker om relasjoner i psykisk helsevern, snakker man som regel om relasjonen mellom pasient og hjelper. Allikevel er det viktig å huske på at mennesket er et sosialt vesen som har behov for menneskelig kontakt for å kunne utfolde seg og trives. Da blir det også naturlig å se på pasientens nettverk, og jobbe med dette samtidig som man jobber med den enkelte. Det er viktig å kartlegge relasjoner av positiv betydning som kan være en ressurs for pasienten, samtidig som man kartlegger hvilke relasjoner som kan være skadelige. For noen

kan til og med ensomheten og mangel på støttende relasjoner være en årsak til at de er syke, mens for andre kan ensomheten skyldes sykdommen (Lauveng, 2020, s. 167-168).

Også andre pasienter kan være en kilde til gode og nære relasjoner for den enkelte. Mange opplever gjerne at medpasienter kan ha en dypere forståelse for hvordan det er å leve med psykisk sykdom, og har gjerne lignende erfaringer (Lauveng, 2020, s. 167). Allikevel påpeker Lauveng (2020) noen utfordringer når det kommer til relasjoner med andre pasienter. En av disse utfordringene er at det kan oppstå en del misforståelser og konflikter da mange har emosjonelle problemer, relasjonelle traumer og har opplevd overgrep. Dermed er de gjerne mistenksomme og sårbare. En annen utfordring som fremheves er forsterkningen av en «de og oss»-kultur der man identifiserer seg som en «syk» gruppe som er annerledes fra «de friske» (Lauveng, 2020, s. 177). Dette kan vanskeliggjøre integrering tilbake til samfunnet og hindre utviklingen av nye, sunne relasjoner.

### 2.3.3 Relasjoners betydning for bedringsprosessen

Pasienter identifiserer relasjoner med varme, omsorg og menneskelighet som det viktigste for deres bedringsprosess. Når de blir spurt om hva som var viktig og hva som funket er det den menneskelige kontakten som fremheves, ikke metodene, teknikkene eller titlene på personene de møter (Lauveng, 2020, s. 251). Dette viser viktigheten av menneskelighet i møte med andre som har det vanskelig. Det fremheves også at relasjoner er mer betydningsfulle og oppleves i større grad bindende enn regler, tvangstiltak og låste dører. Samtidig oppleves en god relasjon som det viktigste for de aller fleste (Nasjonalt kompetansesenter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2014, s. 25).

Også effekten av medisiner antas å være påvirket av relasjon mellom pasienten og behandleren. Funn peker i retning av at en god relasjon og dialog mellom pasient og behandler gir bedre effekt av medikamentene enn det man skulle tro ut fra de kjemiske virkningene. Dette ser også ut til å virke motsatt, at der relasjonen mellom pasient og behandler er dårlig, vil medisineren beskrives som destruktiv (Bøe & Thomassen, 2017, s. 138). Dette illustrerer virkningen av relasjoner og hvor stor rolle en god relasjon spiller for bedringsprosessen.

Bøe og Thomassen (2017) finner at i de forhold der terapien har vært til hjelp, har klientens og terapeutens relasjon hatt 30% å si for utfallet, mens metoden og teknikken har stått for 15% og klientens håp og forventninger har stått for 15% av utfallet. Allikevel er det ett forhold som har betydd mest og det er klienten selv og relasjoner utenfor det terapeutiske

rom, altså familie og nettverk, som står for 40% av resultatet. Til sammen har de to ulike relasjonstypene hele 70% å si for utfallet av behandlingen, mot 30% som består av håp og forventinger, samt teknikken og metodene som anvendes.

## 2.4 Brukermedvirkning

### 2.4.1 Hva er brukermedvirkning?

Brukermedvirkning kan foregå på overordnet nivå eller på individnivå. I det videre vil fokuset være på brukermedvirkning på individnivå, da det er dette som er mest relevant.

Brukermedvirkning på individnivå gir brukere og pasienter adgang til å medvirke i egen behandling og medvirke i utforming av tjenesten (Storm, 2009, s. 27). Dette gir pasienten mulighet til å ta eierskap over egen behandling og dermed oppleve mestring. I tillegg opplever man ofte en større forpliktelse til noe man selv har vært med på å utforme. Ett viktig aspekt ved brukermedvirkning er likeverd og anerkjennelse (Jenssen, 2012, s. 51).

Brukermedvirkning er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, og gir helsetjenestene en plikt til å tilrettelegge for brukermedvirkning når det gjelder blant annet behandlingsmetoder, undersøkelsesmetoder og tjenesteformer (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, 1. ledd.). Det at brukermedvirkning er lovfestet sikrer pasientens rettigheter, samtidig som det illustrerer hvor viktig brukermedvirkningen er.

Mange sosialarbeidere hevder at informasjon er en viktig del av begrepet brukermedvirkning, og at det er sentralt at informasjonsflyten går begge veier. Da vil pasienten kunne motta relevant informasjon og samtidig få muligheten til å dele informasjon som er hensiktsmessig for helsearbeideren å vite (Jenssen, 2012, s. 159-160). Samtidig kan det tenkes at god og riktig informasjon gitt på en måte som pasienten forstår kan bidra til å trygge pasienten og skape forutsigbarhet og tillit.

Pasienters rettighet til informasjon er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2. Etter Pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten få den informasjon som er nødvendig for at vedkommende skal få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, 1. ledd).

Informasjonen kan kun utelates dersom det er påtrengende nødvendig for å forhindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står nær pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, 3. ledd).

Ordlyden her antyder at terskelen for å unngå å informere pasienten er svært høy, da det må foreligge fare for liv eller alvorlig helseskade. Dette tydeliggjør pasientens rettigheter til å få

informasjon som omhandler egen behandling. Tvangstiltak er en del av behandlingen, og når man fratrar pasientens selvbestemmelsesrett, vil det være viktig å gi god informasjon for å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten.

#### 2.4.2 Hvorfor er brukermedvirkning viktig?

En av årsakene til at brukermedvirkning er viktig er at pasienter som selv tar del i behandlingen sin blir mindre avhengig av helsetjenesten fordi vedkommende i større grad mestrer sin egen livssituasjon (Storm og Rennesund, 2009, s. 11). Dersom man er i stand til å mestre egen livssituasjon og ta del i avgjørelser som berører en selv, vil man oppleve mestring og på sikt mer motivasjon for endring. Brukermedvirkning kan dermed anses sentralt for å lykkes med behandlingen og bidra til at pasienten inntar en aktiv rolle i eget liv, samt bli i stand til å opprettholde endringene etter avsluttet behandling.

Det er ikke alle som er i stand til, eller ønsker å medvirke grunnet sykdommen eller sinnstilstanden ellers. Da må man forsøke å finne ut om pasienten virkelig ikke ønsker å medvirke, eller om det er slik at det må legges til rette for at det skal bli mulig (Lauveng, 2020, s. 145). Der det er mulig er det viktig at man tilrettelegger for at pasienten skal få medvirke i så stor grad som mulig og så mye som pasienten selv ønsker. Man kan tilpasse informasjonen, tilrettelegge omgivelsene og bruke god tid på å snakke med og trygge pasienten. Noen ganger kan det hende at pasienten virkelig ikke ønsker å medvirke, og har behov for at andre tar kontrollen. Da er det viktig å respektere dette (Lauveng, 2020, s. 145).

Brukermedvirkning er også viktig for å få et behandlingstilbud som er tilpasset den enkelte. Pasienten kjenner ofte seg selv og sine egne behov best. Dermed kan man få verdifull informasjon og nyttige innspill som kan bidra til å sikre pasienten best mulig oppfølging og behandling (Lauveng, 2020, s. 131). Dette er åpenbart viktig for pasienten, men kan også bidra til at man som institusjon kan gi kortere og mer vellykket behandling.

Gjennom brukermedvirkning styrkes den enkeltes kontroll over eget liv, og bidrar til å forskyve maktbalansen slik at pasienten gjenvinner makt (Storm, 2009, s. 23). Ved å gi pasienten mer kontroll og makt over forhold som angår vedkommende kan man redusere følelsen av avmakt, og dermed også redusere de negative reaksjonene på dette, som aggresjon og utagering.

Institutt for helse og samfunn har undersøkt pasientenes synspunkter på medvirkning når det kommer til tvang. De fleste anser medvirkning som en forutsetning for god behandling. Allikevel er noen, særlig yngre pasienter, noe ambivalente til hvor stor grad av medvirkning

pasienten burde ha, men understreker at en viss grad av medvirkning er viktig (Institutt for helse og samfunn, 2017, s. 81-82). Her vil det være sentralt å utforske i hvilken grad pasienten ønsker å medvirke og legge til rette for muligheten for medvirkning. Samtidig må man også respektere tilfeller hvor pasienten ikke ønsker å medvirke. Det at pasienten selv får bestemme at vedkommende ikke ønsker å medvirke er en form for medvirkning i seg selv.

## 3 Metode

### 3.1 Valg av metode

Metoden er ett av redskapene i oppgaven, sammen med teorien, og angir fremgangsmåten for oppgaven (Støren, 2013, s. 38-39). Problemstillingen er i stor grad med på å styre hvilken metode som er relevant å bruke. Metodevalget styres blant annet av hvor snever eller bred problemstillingen er (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 101). Dersom man for eksempel ønsker å finne ut hvor utbredt noe er i befolkningen kan det være hensiktsmessig å velge en kvantitativ metode. Dersom man derimot ønsker å undersøke og forklare ett spesifikt fenomen nærmere kan det være mer hensiktsmessig å velge en kvalitativ metode, da man får mye kunnskap om noen få enheter (Thagaard, 2018, s. 15-16).

For å kunne svare på problemstillingen «hva mener pasienter innen psykisk helsevern er årsaken til bruk av tvang, og hvordan mener de selv at dette kunne vært unngått?» har jeg valgt å bruke en kvalitativ metode, nærmere bestemt en litteraturstudie. Jeg valgte litteraturstudie for å få et bredere overblikk over temaet enn det jeg for eksempel hadde fått gjennom intervju som kun fokuserer på noen få enheter. Samtidig vil ikke bredden av kvantitative metoder nødvendigvis dekke temaet og svare på problemstillingen i tilstrekkelig grad.

### 3.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen har foregått gjennom søk i databasene Oria og Pubmed. Søkene har funnet sted i perioden 19. januar 2022 til 4. februar 2022, og ble avgrenset til vitenskapelige artikler fra fagfelleurderte tidsskrift på norsk og engelsk.

De første søkene foregikk på Oria. Det ble først gjort brede søk med ulike søkeord innenfor temaet tvang i psykisk helsevern for å skaffe et overblikk over hva som finnes av litteratur, men også for å finne ut hvordan søket burde avgrenses. Etter hvert avgrenset jeg søkene i årstall slik at kun vitenskapelige artikler fra de siste fem årene, altså 2016 til 2021, ble inkludert. Jeg brukte søkeordene (*pasienter* eller *brukere* eller *personer*) og (*opplevelser* eller *erfaringer*) og (*tvangsbruk* eller *tvang*) og (*psykisk helsevern* eller *psykiatri*). Da var det 127 treff. Jeg bladde gjennom listen og brukte overskriftene til å vurdere om artiklene kunne være relevante. Jeg leste sammendraget til de artiklene som fremstod relevante. Deretter ble noen valgt bort, mens de artiklene som fortsatt ble vurdert til å være relevante ble skimlest. Artikler som omhandlet barn og tvang i barnevernet, samt artikler som ikke inneholdt



pasientenes synspunkt ble valgt bort. I tillegg ble litteraturstudier ekskludert da det vil være mer hensiktsmessig å bruke primærkilder.

Gjennom dette søket fant jeg en av artiklene som brukes i denne oppgaven:

- Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler

Jeg valgte denne artikkelen da den har fokus på pasientenes egen kunnskap om hva som forårsaker truende atferd eller aggresjon, som igjen er med på å utløse tvang i mange situasjoner. I tillegg kommer pasientenes synspunkt på hva som kan være alternativer til tvangsbruk frem.

Søket i Oria ble deretter utvidet til å gjelde fra 2015 til 2021, men med samme søkeord. Dette ga 31 flere treff, men ingen av artiklene ble vurdert som relevante. Søket ble utvidet igjen, til å inkludere artikler fra 2014 til 2021. Det ble da 25 flere treff og en artikkel fra 2014 ble vurdert som relevant:

- Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern

Denne artikkelen ble valgt fordi også denne har fokus på pasientenes eget synspunkt, samtidig som den har en annen synsvinkel enn den forrige. Her inkluderes også positive erfaringer med tvang, som kan gjøre oss bedre i stand til å forstå hva som fungerer. Dermed får man kunnskap om hva som oppleves som det mest skånsomme dersom tvang blir uunngåelig. Denne artikkelen er over fem år gammel, noe som er uheldig. Allikevel gir den et godt innblikk i pasienters synspunkt. I mangel på annen, nyere forskning fra Norge, vil den tilføre oppgaven verdifull informasjon og innsikt som man gjerne ikke hadde fått dersom den ble ekskludert eller erstattet av annen forskning fra andre land.

Etter søkene i Oria ble det søkt i Pubmed. Også der ble søket avgrenset til å inkludere fagfelleverderte artikler fra de siste fem årene, altså 2016 til 2021. De første søkene var noe brede for å undersøke hva som fantes av litteratur og muligheter for innsnevring av søkeord. Kombinasjonen som gjorde at den siste artikkelen ble funnet var *Patient and coercion and (reducing or preventing) and psychiatry*. Gjennom dette søket ble den siste artikkelen, fra 2018, funnet:

- Patients attitude towards and acceptance of coercion in psychiatry

Denne artikkelen ble inkludert da den fokuserer på pasientenes holdninger og aksept når det kommer til tvang i psykisk helsevern. Dette er en tysk studie, og dermed vil ikke lovverket være likt det vi forholder oss til i Norge. Allikevel beskrives tvangsmidlene som de samme som vi benytter oss av i Norge. Samtidig er mange av de menneskelige faktorene som relasjoner, følelser, tanker og opplevelser gjenkjennbare for de fleste på tvers av landegrensener og lovverk. Dermed ble det besluttet at denne artikkelen også er relevant for denne oppgaven og norske forhold. Det stod ikke eksplisitt i studien at den er fagfelleurdert, men etter litt søking kom det frem i informasjon om tidsskriftet at artiklene som publiseres vanligvis er fagfelleurdert (Elsevier, u.å). Da går jeg ut fra at artikkelen er fagfelleurdert så lenge det ikke oppgis noe annet.

### 3.3 Presentasjon av artiklene

For å gi en bedre forståelse for og oversikt over de ulike artiklene har jeg valgt å lage ett kort sammendrag som oppsummerer de sentrale temaene i artiklene. Dette vil gjøre artiklene noe mer oversiktlige og gi et overblikk over relevante tema som vil komme frem videre i oppgaven.

*Artikkel 1: Omsorg under tvang: en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern av Lorem, G. F., Steffensen, M., Frajford J. & Wang, C. E. (2014)*

Hovedfokuset i denne artikkelen er etter min forståelse omsorgsaspektet ved tvang og forholdet mellom pasient og ansatt. Ett av hovedspørsmålene er i hvilke situasjoner tvang oppleves som akseptabelt og hvordan helsepersonell kan bidra til å forebygge negative opplevelser av tvangsbruk. Det ble gjennomført intervju med ni personer med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Studien har ett narrativt design som vil si at forfatterne forsøker å få frem og utvikle fortellingen til deltakerne. Sentrale tema i denne artikkelen er ifølge forfatterne brukervedvirkning, behandlings- og bedringsprosesser med fokus på pasientens egen forståelse av behandling og samspill med helsearbeidere. Også temaet makt og avmakt kommer frem i noen grad gjennom pasientenes egne beskrivelser. Relasjoner er ett annet sentralt tema som følger som en rød tråd gjennom artikkelen. I konklusjonen plukkes også relasjoner ut som viktig ved tvangsbruk og noe som ofte kan påvirkes i negativ retning ved tvang. Videre i konklusjonen fremheves også dialog og kommunikasjon som sentralt.

*Artikkel 2: Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler av Einbu M. & Larsen, I. B. (2016)*

I denne artikkelen forsøker forfatterne å komme frem til hva personer som har vært innlagt ved akuttavdelinger i Norge selv mener er årsakene til truende atferd eller aggresjon, samt finne frem til alternativer til tvang. Problemstillingene artikkelen har arbeidet ut fra er «hva mener mennesker som har vært innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling og har erfaringer med tvangsmidler, bidro til at de var truende og/eller utagerende?» og «på hvilken måte kunne episoder med tvangsmiddelbruk vært unngått?». Dette forsøkes besvart gjennom intervju med fem personer som tidligere har vært innlagt ved en akuttavdeling. Manglende forståelse fra personalet, unødvendige regler og provoserende hjelpetiltak blir beskrevet som årsaker til at pasientene opptrådte aggressivt og/eller truende. Brukermedvirkning, samarbeid og mellommenneskelig kontakt fremheves som viktig for å unngå tvangsbruk. Samtaler presenteres som ett alternativ til tvangsbruk.

Artikkel 3: *Patients' attitude towards and acceptance of coercion in psychiatry* av Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel M. (2018)

Denne artikkelen bruker intervju og spørreskjema med 213 deltakere som er innlagt på tvang og 51 personer som var frivillig innlagt som en kontrollgruppe til å få frem pasientenes forståelse og aksept for tvang, samt deres preferanser og forslag til alternativer til tvangsbruk. Det ble foretatt uavhengige t-tester for å finne forskjeller mellom hovedgruppen og kontrollgruppen. Artikkelen finner blant annet at over halvparten av deltakerne ønsket mer brukermedvirkning i form av samtaler og medvirkning når det kommer til planlegging av behandlingsløpet. Videre viser funn at flest assosierer negative følelser som hjelpeløshet, desperasjon, skam, sinne og frykt med tvang, mens en liten undergruppe uttrykker positive følelser i form av lettelse og trygghet. Sentrale tema som kommer frem er brukermedvirkning, samtaler, følelser og miljøterapi.

### 3.4 Analyse

Analyse av kvalitative data skiller seg fra analyse av kvantitative data blant annet ved at man ikke bruker statistiske teknikker, frekvenser og fordelinger. Analyse av kvalitative data er gjerne mer ustrukturert med bruk av sitater og kategorisering i overordnede tema (Grønmo, 2004, s. 336). I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i en tematisk analyse, hvor jeg leser de ulike artiklene hver for seg og trekker ut viktige hovedtema. For å kunne skille ut

de sentrale temaene leser jeg konklusjonen, overskrifter og sammendraget nøye, og trekker ut sentrale tema.

Deretter setter jeg informasjonen inn i et skjema for å lettere kunne sammenligne artiklene og finne tema som går igjen, og hvilke tema som er særegne for den enkelte studien. Dette kan vises interessant i forbindelse med den tyske studien, da det gir anledning til å undersøke om det finnes tydelige forskjeller mellom pasientenes opplevelse av tvang og alternativer til tvang i Tyskland og i Norge. Dermed kan man enklere sortere ut hva som er relevant for norske forhold.

### 3.4.1 Oversiktstabell over artiklene

Forfatter og år	Tittel	Formål	Metode	Deltakere	Sentrale tema
Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014	Omsorg under tvang: en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern	Øke kunnskapen om hvordan man ivaretar personer som er innlagt med psykoselidelser.	<i>Kvalitativ metode:</i> intervju med en narrativ innfallsvinkel.	Ni personer (fire kvinner og fem menn) i alderen 20-50 år med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Deltakerne ble rekruttert gjennom rehabilitering- og subakuttavdelinger ved et psykiatrisk sykehus i Norge	Brukermedvirkning, Relasjoner, kommunikasjon, omsorg, samspill mellom pasient og helsearbeider, tillit, anerkjennelse, empati og innflytelse
Einbu og Larsen, 2016	Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler	Innhente innenfrakunnskap om hva personer som har vært tvangsinnlagt selv mener er årsaken til truende/utagerende atferd og hvordan man kunne unngått å bruke tvangsmidler	<i>Kvalitativ metode:</i> individuelle dybdeintervju med en semistrukturert intervjuguide.	Fem personer (tre kvinner og to menn) i alderen 39-58 år ble rekruttert gjennom bruker- og interesseorganisasjonen WSO, Erfaringsnettverket og psykiatriske dagsentra.	Truende atferd og utagering, følelser, omsorg og nærhet, kommunikasjon, brukermedvirkning
Krieger, Moritz, Weil og Nagel, 2018	Patients attitude towards and acceptance of coercion in psychiatry	Undersøke pasienters forståelse og aksept for tvang, samt deres preferanser for tvangstiltak og mulige alternativer	<i>Kvantitativ/Kvalitativ metode:</i> Intervju og spørreskjema, der svarene analyseres ved hjelp av uavhengige t-tester	213 ufrivillig innlagte pasienter. 51 deltakere som var innlagt frivillig ble brukt som kontrollgruppe. Deltakernes alder oppgis ikke	Opplevelse av tvang, alternativer til tvang, følelser knyttet til tvangstiltak, brukermedvirkning, miljøterapi,

### 3.5 Oppgavens troverdighet

Reliabilitet, eller pålitelighet, er en av kriteriene som brukes for å vurdere kvaliteten av samfunnsvitenskapelig data, og sier noe om hvor pålitelig datamaterialet er (Grønmo, 2004, s. 216-222). Validiteten, eller gyldigheten, henger nært sammen med reliabiliteten og høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Validiteten dreier seg om materialets relevans for det man søker svar på (Grønmo, 2004, s. 231).

En utfordring med denne oppgaven er at en av studiene som brukes er 7 år gammel, noe som kan påvirke både validiteten og reliabiliteten da informasjonen og funnene kan være utdatert. Allikevel fant jeg ikke noen andre relevante studier som var nyere enn dette, utenom de som alt er tatt med. I tillegg vil de nyere artiklene supplere informasjonen, og dermed kan man bruke disse til å undersøke nærmere om funnene fra denne artikkelen fortsatt er gyldige. Dette viser også til behovet for nyere forskning på området, særlig med fokus på pasientenes perspektiv, og å sørge for at deres stemmer blir hørt. Samtidig ser man at funnene ikke avviker i særlig stor grad fra de nyere studiene som er brukt i denne oppgaven. Dette kan tyde på at funnene fortsatt er relevante, selv om studien begynner å bli noe eldre.

Dilemmaet ved å bruke en kvalitativ studie er at man kun får noen få innfallsvinkler og synspunkter. Dermed kan man ikke nødvendigvis generalisere funnene. Allikevel vil jeg si at funnene i denne oppgaven i større grad vil la seg generalisere enn funn fra ett par intervju. Dette fordi studiene er utført på forskjellig tidspunkt, av forskjellige forskere i to forskjellige land og er også ellers helt uavhengige av hverandre. Da favner de bredere enn det ett par intervju ville gjort.

Tvangsbruken i ulike land vil i noen grad variere, både på grunn av praksis og lovverk. Dermed kan det være en utfordring at en av artiklene er tysk da funnene ikke nødvendigvis kan overføres til norske forhold. Dette kan utfordre artikkelens validitet. Allikevel er det ikke lovverket som studeres i denne oppgaven, og heller ikke praksisen i like stor grad, men hvordan tvangen oppleves for pasientene. Jeg vil påstå at slike subjektive opplevelser i større grad enn lovverk og praksis lar seg generalisere på tvers av landegrensene. Samtidig vil jeg i analysen og drøftingen av funnene være oppmerksom på at det kan være forhold som vil endre pasientenes opplevelse av tvang som ikke nødvendigvis er overførbare til norske forhold.

## 4 Presentasjon av funn

### 4.1 Årsaker til tvangsbruk

En av delene i problemstillingen dreier seg om hva som er årsakene til at det blir brukt tvang sett fra pasientenes perspektiv. I det videre vil funnene fra artiklene som kan bidra til å belyse denne delen av problemstillingen presenteres og knyttes opp mot teorien.

#### 4.1.1 Avmakt

Avmakt kommer gjerne, som vi har sett, som en følge av reell eller opplevd maktbruk. Dette kan igjen føre til aggresjon (Norvoll, 2019, s. 79). Særlig i artikkel 2 fremheves regler som unødvendige kontrolltiltak og oppleves for mange provoserende, og som ett uttrykk for at personalet skal bestemme (Einbu & Larsen, 2016, s. 29). Disse reglene beskrives av pasientene i studien som provoserende, noe som fører til utagering, som resulterer i tvangsbruk. Videre beskriver en deltaker at reglene understreker en pasient-pleier-situasjon, samt at personalet brukte mer tid på håndheving av regler enn å vise omsorg til pasientene (Einbu & Larsen, 2016, s. 29).

Det at regler oppleves provoserende og utrygt selv om personalet forsøker å skape forutsigbarhet og trygghet kan henge sammen med at pasientene opplever mangel på kontroll over reglene og opplever lite eller ingen mulighet for å påvirke situasjonen. Som vi har sett kan dette føre til en følelse av avmakt, som igjen kan komme til uttrykk gjennom aggresjon eller frustrasjon (Lillevik & Øien, 2014, s. 214).

I artikkel 3 ble negative følelser knyttet til tvangsbruk fremhevet. Her ble det funnet at hjelpeløshet, desperasjon, skam, sinne og frykt er de følelsene som oftest går igjen under tvangsbruk (Krieger et al., 2018, s. 482). Også aggresjon gikk igjen hos omtrent halvparten av respondentene, særlig når det kommer til mekanisk tvang og skjerming (Krieger et al., 2018, s. 482). Artikkel 3 finner videre at flest knytter negative følelser opp mot mekanisk tvang og skjerming fremfor tvangsmedisinering og tvangsinnleggelse (Krieger et al., 2018, s. 483).

I artikkel 1 finner forfatterne at tvang i seg selv gir en følelse av avmakt og tap av kontroll, noe som førte til ytterligere motstand mot behandling og innleggelse. Samtidig bidro tvangen til å øke mistenksomheten til personalet, som igjen gjorde relasjonen dårligere og behandlingen vanskeligere å gjennomføre. Frustrasjonen kom særlig frem i situasjoner der pasienten ble reimelagt eller skjermet (Lorem et al., 2014, s. 117-118). Dette samsvarer med funnene i artikkel 3 som viser at flest pasienter rapporterer om negative følelser som

desperasjon, aggresjon og frykt når de ble utsatt for ulike tvangstiltak, og da særlig skjerming og mekanisk tvang (Krieger et al., 2018, s. 482).

En deltaker i artikkel 2 beskriver følelsen av avmakt slik:

Det er noen ting med å være psykiatrisk pasient som gjør deg ekstra liten. Og det er noe farlig i den hjelperrollen. Det er noen ting med at når vi hjelper folk så føler vi oss litt bedre, litt større. (...). Og kanskje som innlagt så er en veldig oppmerksom på det. Fordi at en er så liten i utgangspunktet. At det skal veldig lite til da (Einbu & Larsen, 2016, s. 30).

Funnene fra alle de tre artiklene peker i retning av at avmakt er noe som oppstår som følge av reell eller opplevd maktutøvelse der man ikke har mulighet til å gjøre motstand eller få sin vilje gjennom. Samtidig kan avmakten føre til reaksjoner i form av aggresjon, som igjen møtes med mer tvang. Dermed kan man argumentere for at tvang i seg selv fører til økt tvang, da tvangen oppleves provoserende og skaper avmakt, som igjen kan resultere i reaksjoner som utagering eller aggresjon. Dette støttes av Norvoll (2019) som påpeker at avmakt kan føre til reaksjoner som aggresjon og utagering.

På den andre siden er det noen deltakere som forteller at tvang gir en følelse av lettelse og trygghet. Artikkel 3 finner at 35,5% sier at de opplevde en følelse av trygghet, og 31,1% opplevde lettelse under mekanisk tvang. Vi ser også i artikkel 3 at hele 53,3% opplevde trygghet og 46,5% opplevde lettelse ved en tvangsinnleggelse. Allikevel fant de at kun 25% opplevde trygghet og 8,7% opplevde lettelse under tvangsmedisinering (Krieger, et al., 2018, s. 482). Dette viser oss at følelsene av trygghet og lettelse varierer i stor grad mellom de ulike tvangstiltakene.

Også i artikkel 1 finner man at noen deltakere opplever positive følelser knyttet til tvang. En deltaker beskriver det slik:

Jeg tror faktisk jeg ble litt sånn lettet over at det ikke var mitt valg. (...) Og det synes jeg var veldig greit fordi jeg har litt problemer med å ta valg. Så når de tok dem for meg, så synes jeg det var ganske greit (Lorem et al., 2014, s. 118-119).

Vi ser dermed at det finnes flere sider og følelser knyttet til tvang, og at dette er et subjektivt tema der vi ikke på forhånd kan si noe sikkert om hvordan en enkeltperson vil oppleve en slik situasjon. Allikevel ser vi ut fra funn at majoriteten opplever negative følelser knyttet til tvang. Disse funnene støttes også av teori om at avmakt kan knyttes til aggresjon og utagering. Samtidig ser man at flere rapporterer om positive følelser, som lettelse og trygghet, knyttet til tvangsinnleggelse og mekanisk tvang fremfor skjerming og tvangsmedisinering (Krieger, et al., 2018, s. 483). Dette kan dermed peke oss i retning av hva som gir best effekt og hva som oppleves som mest skånsomt dersom tvang er unngåelig.

#### 4.1.2 Manglende kommunikasjon og forståelse

I artikkel 1 sier en pasient at atferden som ble oppfattet som truende i utgangspunktet var ett uttrykk for at han var redd (Lorem et al., 2014, s. 120). I artikkel 2 uttrykker en pasient at han føler seg misforstått, krenket, provosert og ensom, særlig når han er på skjerming (Einbu & Larsen, 2016, s. 30). Også andre deltakere i artikkel 2 sier at de føler seg misforstått av personalet i forkant av tvangsbruk (Einbu & Larsen, 2016, s. 31).

Disse uttalelsene om at mange føler seg misforstått kan tyde på at pasientene forsøker å uttrykke ett udekket behov, som oppfattes som utagering eller truende atferd av personalet og dermed resulterer i tvangsbruk. Samtidig kan følelsen av å bli misforstått og ikke bli møtt på følelsene sine skape avmakt, som vi har sett tidligere kan føre til tvangsbruk.

Misforståelser kan tenkes å gjenspeile mangel på kommunikasjon og forståelse, da man ikke er lydhør ovenfor pasientens signaler, samtidig som man ikke lytter til det pasienten har å si. Einbu og Larsen (2016) knyttet det at samtaler ikke prioriteres opp mot personalets frykt for pasientens følelser, og da særlig sinne. Videre påstår det at situasjonen kunne ha blitt roet ned og utartet seg annerledes dersom personalet hadde forstått følelsene i stedet for å sette inn kontrolltiltak ovenfor en pasient som oppleves ukontrollert (Einbu & Larsen, 2016, s. 31).

#### 4.2 Hvordan redusere tvangsbruk

For å kunne besvare hele problemstillingen inkluderes også funn fra artiklene som kan peke i retning av hva som må til for å redusere bruken av tvang sett fra pasientenes perspektiv.

Pasientenes forslag til alternativer til tvang vil fremkomme her. Funnene gir ikke nødvendigvis noe fasitsvar, men kan bidra til å belyse hvordan man kan redusere tvangsbruken sett fra pasientenes egne synspunkter.

##### 4.2.1 Bedre kommunikasjon og samtaler før, under og etter tvangsbruk

Som vi så når vi gikk nærmere inn på årsakene til tvangsbruk var manglende kommunikasjon og forståelse trukket frem av flere som årsak til tvang da mange følte seg misforstått og ensomme. Flere pasienter i artikkel 1 understreker også dette ved å tydeliggjøre behovet for å snakke med de ansatte under og etter tvangsbruken for å øke forståelsen fra begge sider (Lorem et al., 2014, s. 120).

Vi ser dermed et behov for bedre kommunikasjon mellom pasient og personal både før, under og etter tvangsbruken. Dersom man har god kommunikasjon i forkant av tvangsbruken kan man få en forståelse av hvilke følelser som ligger til grunn for atferden som utløser et opplevd



behov for tvangsbruk. Samtidig kan tvangsbruken gjøres mer kortvarig dersom man opprettholder god kommunikasjon under utøvelsen av tvang da det gir mulighet for at personalet bedre kan forstå hvordan pasienten har det, og pasienten får muligheten til å få bedre innsikt i hva som førte til tvang. Samtaler i etterkant kan tenkes å ha en legende effekt på relasjonen, samt skape en felles forståelse for tvangsbruken slik at man kan jobbe sammen for å hindre fremtidig bruk av tvang. Dette ønsket ble også direkte ytret av en deltaker i artikkel 1 (Lorem et al., 2014, s. 120).

Det kan også tenkes at ikke alle pasienter er i stand til eller ønsker samtale i forbindelse med tvangsutøvelsen. Allikevel kan det å tilby samtale og vise at en ønsker og forsøker å forstå og skape en felles forståelse, bidra til at man opplever å bli sett og anerkjent. Dermed kan det argumenteres for at tilbud om samtaler før, under og etter kan bidra til økt forståelse og muligens redusere tvangsbruken. Dette understøttes av et direktiv fra helsedirektoratet om at man skal tilby minst en samtale i etterkant av tvangstiltak for evaluering. Slike samtaler er frivillige, og pasienten kan velge å ikke gjennomføre en slik samtale (Helsedirektoratet, 2021). Hovedpoenget er allikevel at en slik samtale skal tilbys. Også i psykisk helsevernloven uttrykkes det at visse tiltak, herunder bruk av tvangsmidler, skal evalueres sammen med pasienten etter at tiltaket er avsluttet (psykisk helsevernloven, 1999, §4-2, 3. ledd).

En deltaker i artikkel 2 beskrev det slik:

Det går an å snakke med oss fordi om vi er psykisk syke. Vi er mennesker for det. (...) å lytte til som en person, ikke bare en gjenstand. Fordi om en har det fryktelig vondt så er en jo en person som har meninger og tanker, som kan være ganske konstruktive fordi om en er ganske dårlig (Einbu & Larsen, 2016, s. 31).

Dette sitatet tydeliggjør pasientenes behov for samtale og evne til å komme med konstruktive innspill angående egen situasjon som personalet bør ta hensyn til. Det tydeliggjør også muligheten til å snakke med pasientene for å forsøke å unngå tvang og reflektere over situasjonen i etterkant. Det kan gjøre pasienten tryggere, og føre til at man kommer til en felles forståelse.

Også i artikkel 3 trekkes det frem at man bør forsøke å snakke med og involvere pasienten, samt tilby alternativer til tvangsmidler dersom dette skulle blitt aktuelt (Krieger et al., 2018, s. 483). Her vektlegges i større grad samtaler i forkant av tvangsbruken. Også flere en-til-en samtaler trekkes frem av 80,8% av deltakere som en mulighet for å redusere tvangsbruk (Krieger et al., 2018, s. 483). Det er uklart om det menes samtaler i forkant, under eller etter tvangsbruken.

Allikevel påpeker Hammervold (u.å) at man i Norge mangler kunnskapen om effekten av ettersamtaler, og slike samtaler ser ut til å være lite utbredt i Norge, selv om brukere etterspør samtaler om hendelsen i etterkant. Det påpekes også at det er manglende kunnskap om hvordan ettersamtaler skal gjennomføres og hva som egentlig er ønskelig (Hammervold, u.å). Man ser at mange etterspør slike samtaler på tross av at det ikke er forsket på dette i stor nok grad i Norge. Dette kan lede oss i retning av at det er behov for mer forskning på området, både for å utforske effektene, men også imøtekomme pasientenes ønske og å øke kvaliteten på ettersamtalene.

#### 4.2.2 Økt brukermedvirkning

Tvang kan i seg selv sies å være en selvmotsigelse til brukermedvirkning, da man gjør inngrep i pasientens private sfære mot vedkommendes egen vilje og ønsker. Allikevel kan man styrke brukermedvirkningen under tvang gjennom å være i forkant og drøfte eventuelle tvangstiltak på forhånd sammen med pasienten. Da får pasienten anledning til å medvirke i hvilke tiltak som oppleves minst inngripende, og gjenvinner dermed noe av makten. Dette samsvarer med funn fra artikkel 3, som finner at 53,3% av pasienter som ble spurt var sterkt enige eller enige i at de ved en eventuell ny innleggelse ønsker å planlegge behandlingen sammen med personalet (Krieger et al., 2018, s. 482).

Også de andre artiklene fremhever evaluering og medvirkning som viktig for å gi en best mulig opplevelse av tvang. I artikkel 1 uttrykker en deltaker at han ikke fikk samtale i etterkant av tvangen, og at dette var noe han savnet da han ønsket å drøfte hva han kunne gjort annerledes for å unngå utagering og reimelegging i fremtiden (Lorem et al., 2014, s. 120). Her samsvarer også deltakernes ønsker og innspill med råd fra helsedirektoratet om å tilby minst en samtale i etterkant av tvangstiltak (Helsedirektoratet, 2021).

Økt brukermedvirkning kan også bidra til å dempe avmakten da pasienten gjenvinner noe av kontrollen over eget liv. Dette kan igjen redusere risikoen for utagering og aggresjon.

Anerkjennelse og likeverd er som vi har sett sentralt innenfor brukermedvirkning (Jenssen, 2012, s. 51). Viktigheten av dette fremheves også i artikkel 1 av en deltaker som sier at det å bli møtt som en likeverdig er viktig for å redusere avmakten (Einbu & Larsen, 2016, s. 31).

Dette viser behovet for økt brukermedvirkning for å kunne redusere avmakt, og dermed også redusere aggresjon og utagering som er de viktigste årsakene til tvangsbruk.

#### 4.2.2.1. Informasjon

Som en del av brukermedvirkningen ble informasjon fremhevet som sentralt (Jenssen, 2012, s. 159-160). Informasjon er viktig for å kunne opparbeide seg egne synspunkter, og dermed kunne argumentere for eller imot noe. Dersom pasienten ikke får informasjon, vil grunnlaget for medvirkning være svakt. I artikkel 1 uttrykker en pasient det slik:

Jeg tenkte hele tiden «hvis de gjør ting, har de sine gode grunner selvfølgelig». Og for å kunne bli enig eller uenig med det som skjer med meg, da må jeg først ha deres synspunkter. (...) Siden jeg ikke fikk informasjon om det de prøvde å gjøre, så kunne jeg heller ikke bedømme dem eller måten de forholdt seg til meg på. Og det jeg har aller mest å kritisere nå, er nettopp det at de gav meg ikke sjansen til å kritisere dem (Lorem et al., 2014, s. 121).

For å kunne utøve reell brukermedvirkning er informasjon viktig, og man må være åpen for innspill og kritikk fra pasientenes side. Også dette problematiseres av flere pasienter. I artikkel 2 kommer det frem av mange opplevde at de ansatte ikke tok seg til å snakke med dem. Det kan finnes flere årsaker til dette, men artikkelen fremhever muligheten for at de ansatte frykter å møte pasientens sinne, og dermed handler det om å kontrollere personen gjennom tvangstiltak (Einbu & Larsen, 2016, s. 31). Dette bringer oss tilbake til de ansattes forståelse av bakenforliggende årsaker til den opplevde atferden eller følelsen.

#### 4.2.3 Fokus på relasjoner

Ulike former for relasjoner, både mellom pasient og personal og mellom pasienter fremheves av flere som viktig for å redusere bruken av tvang. En subjekt-subjekt-relasjon trekkes også frem som en del av primærforebyggingen av tvang (Hammervold, u.å).

##### 4.2.3.1 Menneskelig kontakt og omsorg

En av pasientene beskriver i artikkel 1 en behandler som klarte å unngå reimelegging gjennom sin rolige og empatiske væremåte, samt det å ta seg tid til å snakke med og lytte til pasienten. Han beskriver situasjonen slik:

Jeg tror det var empati rett og slett, at hun satte seg inn i min situasjon, brukte veldig god tid, snakka lenge med meg, jeg følte at hun brydde seg og ... og jeg følte at jeg fikk tiltro til henne, at hun faktisk kunne hjelpe meg (Lorem et al., 2014, s. 120).

Mange av deltakerne beskriver omsorg og menneskelig kontakt som viktig for å unngå bruk av tvang. I artikkel 2 sier en deltaker at «det mest angstdempende middelet du kan ha, det er en klem» (Einbu & Larsen, 2016, s. 31). En deltaker i artikkel 1 beskriver betydningen av omsorg og å bli sett slik:

Hun engasjerte seg og ... pratet, kom og pratet med meg, viste interesse for meg. Og det betydde veldig mye. Jo, hvordan de snakket med meg på, som om jeg var ett ekte menneske, egentlig. Som om jeg virkelig var der. Og ikke bare ett skall (Lorem et al., 2014, s. 119).

Også artikkel 3 finner at 84,3% av deltakerne anså det å ha en person man hadde tillit til på avdelingen som viktig for å redusere tvang, samtidig som 80,8% mente at flere en-til-en samtaler ville kunne redusere tvangsbruken (Krieger et al., 2018, s. 483).

Disse funnene samsvarer med både Lauveng (2020) og nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014) som viser til relasjoner som det mest sentrale ved en behandlingsprosess. Dette samsvarer også med Geirdals (2017) beskrivelse av den reelle relasjonen som grunnlag for den terapeutiske relasjonen og som en del av alle menneskelige møter. Videre kan dette peke i retning av at man bør øke fokuset på å skape gode relasjoner med menneskelig kontakt for å etablere et bedre grunnlag for å unngå tvangsbruk.

#### 4.2.3.2 Nettverk

En pasient fra artikkel 2 beskriver behovet for kontakt med andre mennesker, særlig andre pasienter slik:

Jeg vil jo ikke være her inne [på den skjermede enheten] alene (...) jeg vil være sammen med andre mennesker. (...) Og så da løp jeg bortover en korridor og sparket opp en dør, for å komme meg ut. Jeg ville så gjerne være sammen med medpasienter. (...) og så da kom de løpende og dro meg med inn og beltela meg i en seng (Einbu & Larsen, 2016, s. 30).

Gjennom dette sitatet tydeliggjøres behovet for menneskelig kontakt. Samtidig opplevde pasienten at de ansatte ikke møtte ham på hans behov for menneskelig kontakt. Videre beskriver den samme pasienten at skjerming oppleves provoserende og førte til utagering og verbale trusler fra hans side (Einbu & Larsen, 2016, s. 30). Hvordan personalet opplevde situasjonen får vi ikke svar på, men sannsynligheten er stor for at de har hatt en annen oppfatning av situasjonen som gjorde at de vurderte det nødvendig å reimelegge ham. Dette tydeliggjør også behovet for kommunikasjon og dialog som vi har vært inne på tidligere.

#### 4.2.4 Andre tiltak for å redusere tvangsbruk

I artikkel 3 nevnes ulike miljøterapeutiske tiltak som sport, musikk og aktiviteter som viktig for å unngå tvangsbruk. Hele 89,2% var enige i at musikk kunne bidra til å redusere tvangsbruk, og 88,3% mente at trening/sport kunne bidra til å redusere tvangsbruken (Krieger et al., 2018, s. 483). I de to norske studiene blir ikke dette fremhevet som like viktig. Artikkel 1 og 2, som studerer norske forhold vektlegger i større grad menneskelig kontakt, forståelse og omsorg.

Andre forslag som kom frem i artikkel 3 for å redusere tvangsbruk var et røykerom og et miljø med lav/reduert stimulus. Allikevel var bare henholdsvis 71,1% og 68,0% av deltakerne enige i at dette ville kunne redusere tvangsbruken (Krieger et al., 2018, s. 483).

Vi finner ikke et entydig svar på hvorfor miljøterapeutiske tiltak fremheves i den tyske studien, men ikke de norske. En forklaring kan være at man i Norge ifølge pasientene har godt nok fokus på miljøterapeutiske tiltak, slik at pasientene ikke anser dette som et forbedringspotensial. Det kan også skyldes kulturforskjeller eller tilfeldige individuelle forskjeller mellom deltakerne i studiene. En annen tenkelig årsak kan være måten man har snakket med deltakerne i studien på, hva man har spurt om og hvordan man har formulert spørsmålene.

#### 4.3 Pasientenes forståelse av tvangsbruk

Det kommer frem i flere av artiklene at pasientene til en viss grad har forståelse for at tvang i noen situasjoner er uunngåelig. I artikkel 3 ble det funnet at 49% av deltakerne viste forståelse for hvorfor de ble tvangsinnlagt, 24% viste forståelse for skjerming og mekanisk tvang, mens kun 13% viste forståelse for tvangsmedisinering (Krieger et al., 2018, s. 481). Samtidig viser resultatene at forståelsen for de ulike tiltakene økte over tid. I etterkant av tvangstiltakene økte blant annet forståelsen for skjerming til 60% (Krieger et al., 2018, s. 482).

Også i artikkel 1 viste pasientene forståelse for tvang i noen situasjoner. De situasjonene som ble beskrevet der tvang var forståelig var dersom en person ikke klarte å roe seg ned. Samtidig var en deltaker uenig i at reimelegging var nødvendig etter at hun hadde kastet ett glass i veggen (Lorem, et al., 2014, s. 119).

## 5 Diskusjon

### 5.1 Samsvar mellom pasientenes synspunkt og lovverket

I loven understrekes retten til medvirkning, både i psykisk helsevernloven og gjennom pasient- og brukerrettighetsloven. Helsetjenestene har plikt til å legge til rette for medvirkning når det kommer til behandlingsmetode, undersøkelsesmetoder og tjenesteformer (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, 1. ledd). I tillegg har pasienten rett til å uttale seg ved etablering av tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, nr. 6).

Allikevel ser vi at pasientene i alle artiklene vektlegger behovet for mer brukermedvirkning.

Da kan man stille spørsmål til hvorfor det er slik at pasientene legger stor vekt på behovet for økt brukermedvirkning selv om brukermedvirkning er sentralt i lovverket og samtidig som det står uttrykkelig at helsetjenestene har en plikt til å tilrettelegge for brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017). Årsaken til en slik diskrepans mellom pasientenes opplevelse og lovverket er vanskelig å si noe konkret om, men åpner opp for videre diskusjon og forskning rundt temaet.

### 5.2 Hva skjer når relasjonen brister?

Som vi har sett er det de menneskelige forholdene som fremheves når pasienter skal beskrive hva som var viktigst for deres tilfriskning (Lauveng, 2020, s. 251). Dette kan tyde på at metodene eller teknikkene som brukes ikke vil få samme effekt dersom man ikke har en god relasjon i bunn. Samtidig kan man ikke avskrive effekten av ulike teknikker og metoder som benyttes, da dette ofte er anerkjente og godt utprøvde metoder. Det man imidlertid kan trekke ut fra dette er at en god relasjon er en forutsetning for å kunne gi best mulig behandling.

Bøe og Thomassen (2017) vektlegger også relasjoners betydning når det kommer til medisinerer. Det hevdes at dersom relasjonen er god mellom behandler og pasient, vil medikamentene gi bedre effekt enn antatt ut fra kjemiske virkninger, og motsatt dersom relasjonen er dårlig. Dette peker oss i samme retning som Lauveng (2020) om at en relasjon er grunnleggende for all type behandling, og er det som anses som det viktigste for pasientene.

Dermed kan det også stilles spørsmål til om tvangsmedisinering er hensiktsmessig, når så mange av pasientene uttrykker motstand og viser lite forståelse for dette. I artikkel 3 ble det funnet at kun 13% av deltakerne viste forståelse for tvangsmedisinering på tidspunktet for tiltaket (Krieger et al., 2018, s. 481). Samtidig kan man ikke avskrive effekten av beroligende

medikamenter på en urolig pasient som står i fare for å skade seg selv eller andre. I artikkel 3 ser man også at forståelsen for tvangsmedisinering økte til 50% i ettertid (Krieger et al., 2018, s. 481). Dette kan tyde på at tvangsmedisinering vises effektivt og nødvendig selv om mange ikke er enige eller forstår det der og da. Allikevel er dette bare tall, og man får ingen begrunnelse for hvorfor forståelsen har økt, og kan dermed ikke si med sikkerhet at dette er tilfellet.

Som nevnt tidligere jobber vi i sosialt arbeid i, med og gjennom relasjoner (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112). Dersom man ikke lykkes med å opprettholde en god relasjon til pasienten, vil det også bli vanskelig å komme i posisjon til å arbeide med pasientens nettverk. Nettverket er som vi også har sett viktig for mange for å forebygge ensomhet, og gi muligheter for personlig utfoldelse (Lauveng, 2020, s.167-168). Dermed vil en dårlig relasjon vanskeliggjøre annet relasjonelt arbeid som er viktig for bedringsprosessen.

En annen tenkelig konsekvens av en relasjonsbrist kan være manglende forståelse og kommunikasjon. Dette kan igjen føre til at helsearbeideren ikke klarer å sette seg inn i pasientens perspektiv og vise empati. Da risikerer man å misforstå pasientens handlinger som uttrykk for aggresjon, der det i realiteten er ett uttrykk for sorg, redsel, sårbarhet eller andre følelser som best møtes med omsorg, samtale og tid fremfor kontroll- og tvangstiltak. Dersom man tolker handlingene som uttrykk for sinne eller aggresjon kan risikoen for å iverksette tvangstiltak i situasjoner der det ikke er nødvendig øke.

En relasjonsbrist kan også bringe med seg mistillit, fra begge sider. Behandleren kan oppleve pasienten som lite samarbeidsvillig, aggressiv, uten ønske om bedring osv. Pasienten på sin side kan sitte igjen med en følelse av at behandleren ikke ønsker det beste for vedkommende eller bli usikker på intensjonene. Manglende tillit vil også kunne føre til at informasjonsflyten ikke er god nok, slik at den ansatte ikke kan gi god nok omsorg eller behandling. Dette kan gi ringvirkninger i form av at pasienten ikke opplever å bli møtt på sine behov og mistilliten øker.

Samtidig er det viktig å ikke overreagere dersom man opplever brudd i relasjonen, da dette som nevnt er en naturlig del av alle relasjoner, og i mange tilfeller anses som nyttig (Geirdal, 2017, s. 39). Det viktigste er å være bevisst over at relasjonen trengs å jobbes med og styrkes, og å unngå å stå i fare for feiltolkninger og forhastede beslutninger om tvang. Det kan altså argumenteres for at en brist i relasjonen kan være av positiv betydning for behandlingen og bidrar til å skape fremgang i behandlingen dersom bruddet håndteres riktig (Geirdal, 2017, s. 39).

Det vi kan trekke ut fra dette er at bedringsprosessen er avhengig av en god relasjon mellom personalet og pasienten. Det er viktig for at medisinerne skal fungere optimalt, for en god og effektiv behandling og for videre endringsarbeid og tillit. Dersom denne relasjonen brister og man ikke er i stand til å reparere relasjonen kan man risikere at pasienten velger å avslutte behandlingen som ytterste konsekvens. Allikevel er brudd i relasjonen trukket frem som viktige i endringsprosessen og sentrale for fremgangen (Geirdal, 2017, s. 39). Dette gjelder allikevel kun i tilfeller der man er i stand til å reparere relasjonen.

### 5.3 Hvordan kan man redusere avmakt hos pasienter?

For å redusere avmakt, er man nødt til å se på hvorfor avmakt oppstår. I følge Norvoll (2019) oppstår avmakt som en konsekvens av noen andres makt. Dersom man søker en løsning ut fra denne forståelsen av avmakt, kan man forsøke å redusere avmakten gjennom å gi pasientene mer makt.

Da blir spørsmålet hvordan man skal utjevne maktbalansen og gi pasienten mer makt som også oppleves reell. Her kan brukermedvirkning være et viktig virkemiddel. Dersom man gir brukerne reell medvirkning i ulike situasjoner, for eksempel hvilke tvangstiltak som er å foretrekke eller hvem som skal være kontaktperson kan det bidra til å forskyve makten, slik at man reduserer pasientens opplevelse av avmakt (Storm, 2009, s. 23). En annen måte å styrke pasientenes makt gjennom brukermedvirkning er medvirkning i hvilke regler som skal gjelde på den aktuelle institusjonen. Dette kan vises enklere dersom pasientene bor på institusjonen over lengre tid. Allikevel vil medvirkning i utarbeidelsen av reglene kunne gi ett eierskap, som kan føre til mer respekt for og etterlevelse av reglene. Som vi har sett har pasientene vurdert regler som en understreking av en pasient-pleier-relasjon og noe som oppleves provoserende og meningsløse (Einbu & Larsen, 2016, s. 29). Dersom pasientene har noe å si på hvilke regler de må følge, vil det kunne redusere følelsen av de ansattes makt og opplevelsen av at regler er meningsløse kontrolltiltak. Da vil pasientene med større sannsynlighet ønske å følge reglene og ikke ha et behov for å forsøke å gjenvinne sin egen makt ved å bryte regler.

Som vi har vært inne på fremheves det i artikkel 2 at det å møtes som en likeverdig er viktig for å dempe avmakten (Einbu & Larsen, 2016, s. 31). Dette kan tenkes å være fordi å møtes som en likeverdig vil minske den opplevde maktavstanden mellom pasient og ansatt. Den reelle makten vil sjelden utjevnes helt, men måten man møter andre mennesker på, påvirker hvordan vi opplever den andres makt, og dermed også vår egen avmakt. Derfor bør ansatte i



psykisk helsevern så langt som mulig tilstrebe å møte den andre som en likeverdig for å dempe avmakten.

Man kan stille spørsmål til om det er så enkelt som å gi pasientene større anledning til å medvirke. Ofte er det strukturelle forhold som ligger til grunn og som gjør at man føler på avmakt. Det kan være lang saksbehandlingstid, dårlig bemanning eller andre forhold som vanskelig kan påvirkes av personalet. Dermed kan dette føre til avmakt også hos personalet (Norvoll, 2019, s. 75). Det kan føre til at også personalet forsøker å kontrollere det de kan for å gjenvinne makt, som vi har sett kan oppleves som tilfelle når det kommer til regler (Einbu & Larsen, 2016, s. 29). Dette kan skape en kultur der også personalet forsøker å øke sin makt på bekostning av pasientenes følelse av makt.

#### 5.4 Hva er konsekvensene av å ikke tilrettelegge for brukermedvirkning?

Dersom pasienten ikke får mulighet til å medvirke, kan det som vi har sett tidligere skape en følelse avmakt hos pasienten. Dette kan igjen resultere i frustrasjon, aggresjon, utagering og forsøk på å gjenopprette følelsen av kontroll gjennom lite hensiktsmessige strategier som selvskading og annen destruktiv atferd.

En annen konsekvens kan være unødvendige tiltak, eller tiltak som ender opp med å eskalere situasjonen ytterligere. En pasient i artikkel 2 forteller om en situasjon hvor hun ble tvangsmedisinert, noe som forverret situasjonen. «Sprøyte ble satt for å roe meg ned og (...). Jeg er livredd for sprøyter. Så da kjempet jeg jo enda mer» (Einbu & Larsen, 2016, s. 30). Dette kunne vært unngått dersom de ansatte hadde latt henne medvirke, og tatt hensyn til at hun er livredd sprøyter. Da kunne for eksempel piller blitt tilbudt i stedet for sprøyter, eller man kunne brukt tid på å berolige og trygge pasienten gjennom samtale. Det er allikevel viktig å påpeke at man ikke har all informasjon, og det kan foreligge forhold som ikke kommer frem som gjorde at dette ble vurdert nødvendig.

Brukermedvirkning er også viktig for at pasienten skal få en så god og tilpasset behandling som mulig. Dersom brukermedvirkningen ikke er til stede, vil det vanskeliggjøre informasjonsflyten. Dette kan igjen føre til at behandleren ikke får tilstrekkelig informasjon, noe som er sentralt for å kunne gi pasienten best mulig behandling ut fra vedkommendes situasjon (Jenssen, 2012, s. 159-160).

Samtidig er det viktig å være bevisst på at ikke alle ønsker å medvirke (Lauveng, 2020, s. 145). Som vi har sett er det noen pasienter som føler en lettelse over at andre tar kontrollen en stund (Lorem et al., 2014, s. 118-119). Da er det viktig med god kommunikasjon for å sikre at

pasienten får medvirke på de områdene som er ønskelige og at pasienten igjen kan komme på banen når vedkommende er klar og ønsker dette. Det kan argumenteres for at dette i seg selv er en form for medvirkning.

Konsekvensene av å ikke tilrettelegge for brukermedvirkning er store da dette strider mot pasientens lovfestede rettigheter. I tillegg fratras pasienten muligheten til å være en aktør i eget liv, samt at kvaliteten på behandlingen kan reduseres i betydelig grad da behandleren mangler relevant informasjon angående den enkelte pasient.

## 6 Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg forsøkt å komme nærmere hva pasienter selv mener er årsaken til tvangsbruk, og hva de selv mener skal til for å redusere og forebygge tvang. Funnene peker i retning av at avmakt spiller en viktig rolle når det kommer til utagerende atferd, som igjen skaper situasjoner hvor tvangsbruk anses som nødvendig. Dermed vil en sentral del av å forebygge tvangsbruk være å redusere brukerens avmakt. Hovedvirkemiddelet her vil være økt brukermedvirkning, samtidig som godt relasjonsarbeid er sentralt for å få til dette.

Funnene peker videre mot at økt brukermedvirkning, reduksjon av avmakt og relasjonsarbeid kan bidra til å redusere tvangsbruk, eller i det minste bidra til en bedre opplevelse av tvangsbruken. Dette fremheves av flere deltakere på tvers av artiklene. Man ser samtidig i flere av artiklene at noen deltakere rapporterer om og beskriver noen positive følelser som lettelse og trygghet under tvangsbruk, selv om disse opplevelsene er i mindretall. Dermed er det viktig å trekke frem at tvang ikke alltid oppleves som noe negativt av alle pasienter og dermed ikke er noe man nødvendigvis bør strebe mot å avskaffe helt. Man bør heller begrense tvangen til det helt nødvendige og arbeide for å skape en god håndtering av tvangsbruken og gjøre opplevelsen bedre for pasientene. Dette kan som vi har sett gjøres gjennom samtaler i etterkant, vise forståelse og menneskelighet i møte med pasienten og tilrettelegge for brukermedvirkning i så stor grad som mulig.

Noe av det vi kan trekke ut fra funnene er at mange av faktorene virker inn på hverandre og er avhengige av hverandre. Økt brukermedvirkning fordrer for eksempel mer informasjon og redusert avmakt. Samtidig er brukermedvirkning nødvendig for å kunne redusere avmakten. Dermed har en av utfordringene vært å lage et tydelig skille mellom de ulike funnene og drøfte dem hver for seg. Allikevel er dette forsøkt gjort da det skaper mer oversiktighet å dele funnene inn i hovedtema.

Videre ser vi at det er et stort behov for mer forskning på området, særlig med tanke på å rette søkelyset mot pasientenes synspunkt og innspill. Det burde også undersøkes nærmere spesifikke tiltak for å redusere tvangsbruken, selv om denne jobben ser ut til å ha vært startet av helsedirektoratet i form av faglige råd.

## Litteraturliste

- Baksjøberg, M. (2013, 10. februar). Makt kan være en produktiv kraft. *Forskning.no*. <https://forskning.no/sosiologi-universitetet-i-oslo-helsetjenester/makt-kan-vaere-en-produktiv-kraft/653272> \* **2 sider**
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre*. (3. utg.). Universitetsforlaget \***207 sider**
- Einbu, M., Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Idunn: tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13, 24-33. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04> \***9 sider**
- Elsevier (u.å). *Guide for authors: peer review*. Hentet 16. januar 2022 fra <https://www.elsevier.com/journals/psychiatry-research/0165-1781/guide-for-authors>.
- Fellesorganisasjonen. (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument [Brosjyre]. [https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din\\_profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk\\_grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din_profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk_grunnlagsdokument.pdf) \***15 sider**
- Geirdal A. Ø. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. I A. Ø. Geirdal & S Varvin (Red.) *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s.36-43). Universitetsforlaget \***7 sider**
- Grønmo, S. (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder. Fagbokforlaget. \***47 sider**
- Hammervold, U. E. (u.å) Samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding – en kvalitativ studie om pasienter og personal sine erfaringer [PowerPoint-lysbilder]. Hentet fra <https://www.akuttpsykiatri.no/wp-content/uploads/2015/02/Unn-Elisabeth-Hammervold.pdf> \***2 sider**
- Helsedirektoratet (2017, 17. oktober). Brukermedvirkning. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning-hvorforbrukermedvirkning> \***2 sider**
- Helsedirektoratet (2020). *Tvang i psykisk helsevern: status etter lovendringene i 2017*. (IS-2888). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017> \***34 sider**
- Helsedirektoratet. (2021, 14. desember). *Pasienten skal tilbys minst én samtale for evaluering av tvangstiltak som har vært gjennomført*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne/tilnaerminger-i->

[pasientbehandlingen/pasienten-skal-tilbys-minst-en-samtale-for-evaluering-av-tvangstiltak-som-har-vaert-gjennomfort](#) \*2 sider

Holt, E. (u.å) Frivillig tvang i psykiatrien. *Psykmagasinet*. <https://psykmagasinet.no/frivillig-tvang-i-psykiatrien/> hentet 14.02.2022 \*2 sider

Institutt for helse og samfunn (2017). Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester – pasienters og pårørendes syn og erfaringer. [brosjyre].  
<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshefte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf> \*112 sider

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning i sosialtjenesten. En studie av sosialarbeidernes perspektiv. I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 157-167). Universitetsforlaget. \*10 sider

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det? I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 42-53). Universitetsforlaget. \*11 sider

Kjønstad, A., Syse, A. & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (6. utg.). Gyldendal.

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., Nagel, M. (2017). Patients' attitude towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Elsevier: psychiatry research*. 260, 478-485.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029> \*7 sider

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Levin, I. & Ellingsen I. T. (2015) Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.) *sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 112-124). Universitetsforlaget.

Lillevik O. G. & Øien L. (2012) Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, s. 207-217 <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/pdf/10.18261/ISSN1504-3010-2012-03-03> \*10 sider

Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., Wang, C. (2014). Omsorg under tvang: en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Idunn: tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 115-124. <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/pdf/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03> \*10 sider

- Mantila, H. C. J., Johnson, T., Nytingnes, O. & Hammer, J. (2019). Utforsket pasienters opplevelse av tvang. *Sykepleien* 2019;107 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900> \*5 sider
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014). *Alternativer til tvang I*. [brosjyre]. <https://napha.no/multimedia/4596/Alternativer-til-tvang.pdf> \*69 sider
- NOAB. (u.å). Omsorg. Hentet 28. februar 2022 fra <https://naob.no/ordbok/omsorg>
- Norvoll, R. (2019). Makt og avmakt. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.) *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (3. utg., s. 63-95). Gyldendal
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem K-G. (2008). *Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)* (Sintef rapport A8450). Sintef helse. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef\\_a8450\\_hovedrapp\\_bat.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf) \*119 sider
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Rasmussen, P. & Rasmussen M. (2010). Makt i psykisk helse. *Idunn: tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 7(2). 142-152. <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/pdf/10.18261/ISSN1504-3010-2010-02-06> \*10 sider
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2. utg.). Fagbokforlaget
- Sagatun, S. & Smith, E. (2012). Aktivt medvirkende og medansvarlige brukere I sosialtjenesten og NAV? I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.) *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 168-169). Universitetsforlaget \*11 sider
- Schulman (2018). *Kunsten å hjelpe: individer og familier*. Gyldendal.
- Sjøvold, E. (2016, 7. april). Makt utøves sjelden åpenlyst. *Psykologisk.no* Hentet 18. mars 2022 fra <https://psykologisk.no/2016/04/makt-utoves-sjeldent-apenlyst/> \*6 sider
- Storm, M. & Rennesund, Å. (2009). Innledning. I M. Storm (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s. 11-17). Gyldendal akademisk \*7 sider

Storm, M (2009). Brukermedvirkning i et distriktpspsykiatrisk senter eller i en psykiatrisk klinikk. I M. Storm (Red.) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. (s. 26-37) **\*11 sider**

Storm, M (2009). Teoretisk forankring av brukermedvirkning. I M. Storm (Red.) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. (s. 18-25) **\*7 sider**

Støren, I. (2013). *Bare søk: veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2. utg.) Cappelen Damm Akademisk. **\*71 sider**

Thagaard, T. (2018). *systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Fagbokforlaget

**\*Selvvalgt pensum: 805 sider**