

# **BSOBAC – Bacheloroppgave Vår 2024**

Bacheloroppgave

Forebygging og etiske dilemmaer rundt tvang i helsevernet fra pasient -og helsepersonells perspektiv



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultetet**  
**Bachelor i sosialt arbeid**

UiS, 15. mai 2024

**Kandidatnummer: 4052**

Antall ord i besvarelsen: 9950

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Avgrensning og problemstilling .....	4
1.3 Begrepsavklaringer.....	4
1.3.1 Tvang .....	4
1.3.2 Pasienter .....	5
1.3.3 Helsepersonell .....	5
1.3.4 Forebygging.....	5
1.4 Formål med oppgaven .....	5
1.5 Oppgavens oppbygning.....	6
<b>2.0 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>7</b>
2.1 Ulike former for tvang .....	7
2.2 Juridisk rammeverk for tvang.....	8
2.3 Etikk rundt tvang.....	9
2.4 Brukermedvirkning .....	10
2.5 Makt og tvang .....	12
<b>3.0 Metodisk tilnærming</b> .....	<b>14</b>
3.1 Valg av metode.....	14
3.2 Datainnsamling.....	14
3.3 Fremgangsmåte.....	16
3.4 Analyse og tolkning.....	21
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>24</b>
4.1 Likheter og forskjeller med artiklene.....	24
4.2 Autoritære strukturer gjør tvang utfordrende og begrenser brukerens muligheter .....	24
4.3 Hva forebyggende tiltak for tvang innebærer .....	25
4.4 Pasienters ønsker rundt tvangsbruk .....	26
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>27</b>
5.1 Opplevelse av tvang for helsepersonell .....	27
5.2 Pasienters erfaringer og ønsker rundt tvang.....	28
5.3 Forebygging av tvangsbruk .....	30
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>36</b>
8.1 Søkehistorikk.....	36

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alle mennesker uansett bakgrunn har samme grunnleggende rett til å ha gode levekår og god livskvalitet. For en profesjonsutøver betyr dette at man skal forsvare hver enkeltes rett til liv og helse. I tillegg skal profesjonsutøveren bekjempe bruk av vold og tvang (Fellesorganisasjonen, 2023, s. 5). Dette er nedfelt i Fellesorganisasjonen sitt yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere som har som mål å blant annet styrke den etiske bevisstheten og handling blant profesjonene (Fellesorganisasjonen, 2023, s. 3).

Å få behandling eller utredning i helsevesenet i Norge skal i utgangspunktet være noe som pasienten eller brukeren mottar frivillig. I noen situasjoner er det likevel slik at pasienten har stort behov for å motta behandling, men motsetter seg dette (Lauveng, s. 309-310, 2022). Det kan være tilfeller der pasientens liv og helse kan være i fare, at brukeren kan utsette andre for fare, at sykdom og eller diagnose gjør at de motsetter seg hjelp, eller at pasienten ikke har samtykkekompetanse. I slike situasjoner kan det derfor være nødvendig å gjennomføre behandling selv om det skjer med tvang (Lauveng, s. 309-310, 2022). Ifølge Lauveng (2022, s. 309-310) kan tvang og ulike former for tvangsvedtak etter lovverket kan i noen tilfeller føre til helseskader på pasient og eller helsepersonell som utfører tvangen. Det er derfor er et mål å redusere bruken av tvang og bruke det når det er absolutt nødvendig.

På grunn av etiske hensyn knyttet til det å gjøre noe mot ens vilje er tvang i helsetjenesten er mye omdiskutert. For at helsepersonell skal kunne utføre tvang, må det være hjemlet i lov. Ifølge Kjønstad (et al., 2019, s. 451-452) vil tvangshjelmer gjøre at handlinger som ellers hadde vært straffbare blir rettmessige dersom de enkelte inngrepene er innenfor lovens rammer og rett framgangsmåte blir brukt. Selve tvangen kan være svært inngripende ovenfor pasienten og blir som oftest begrunnet med vedkommendes egen interesse eller samfunnsinteresser (Kjønstad et al., 2019, s. 451-452).

Både gjennom jobb og praksisplass i kommunale bofellesskap for utviklingshemmede har jeg erfaring fra arbeid med ulike tvangsvedtak. Denne erfaringen har lært meg både hva tvang innebærer, samt etikken og lovverket rundt tvang. I tillegg har jeg fått kjenne på kroppen

hvordan det er å utføre et tvangsvedtak og stå i en tvangssituasjon med brukere. Jeg har også vært med i faglige diskusjoner rundt tvang både i forkant og etter et tvangsvedtak har blitt tatt i bruk. På bakgrunn av denne lærdommen har jeg valgt tvang i helsetjenesten som mitt tema. Min erfaring med tvang har gjort meg nysgjerrig på temaet, særlig fordi det innebærer etiske utfordrende arbeid med brukere. Temaet er også relevant for sosialarbeiderfaget, fordi tvang kan utøves i en rekke ulike instanser og for mange ulike brukergrupper. På mange arbeidsplasser har brukere vedtak om tvang som sosialarbeidere må forholde seg til, utøve, følge opp og dokumentere. Det finnes tre ulike former for tvang som skal diskuteres i denne oppgaven. Dette er formell tvang, uformell tvang og opplevd tvang (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 190-207).

## 1.2 Avgrensning og problemstilling

Tvang vil for mange oppleves som svært inngripende, noe som gjøre det helt nødvendig at tvang er strengt lovregulert. Å bruke tvang skal bare skje dersom det er snakk om fare for liv eller helse, i tillegg til at andre tiltak skal være prøvd. Tvang skal også etter lov om psykisk helsevern som hovedregel bare benyttes dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse (Lauveng, 2022, s. 312-314). Fordi tvang er siste løsning og er så inngripende, vil det være viktig å jobbe for å redusere og forebygge tvangen så mye som mulig. Jeg har derfor valgt å fokusere denne oppgaven på hvordan tvang kan oppleves, både for dem som utfører tvangen og brukerne som opplever tvangen, samt hvordan tvang kan forebygges. Problemstillingen for oppgaven er som følger:

*Hvordan oppleves av tvang for pasienter og helsepersonell, og hvordan kan tvangen forebygges?*

## 1.3 Begrepsavklaringer

### 1.3.1 Tvang

Når en person er underlagt et tvangsvedtak som har hjemmel i lov, kan handlinger som ellers er straffbare være rettmessige dersom inngrepet er innenfor lovens rammer (Kjønstad et al., 2019, s. 452). Tvang kan defineres som tiltak som pasienten motsetter seg, eller at tiltaket er så inngripende for personen at det likevel må regnes som tvang (Statsforvalteren, 2023).

### 1.3.2 Pasienter

Pasient er en person som enten gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller som selv henvender seg til helsetjenesten og ber om hjelp selv. Helsehjelpen kan også ytes som uoppfordret eller mot personens vilje og personen vil fortsatt kunne defineres som en pasient (Helsedirektoratet, 2015). I denne oppgaven brukes pasienter om personer som mottar helsehjelp som også er underlagt et eller flere tvangsvedtak.

### 1.3.3 Helsepersonell

Helsepersonell defineres i Lov 2. juli 1999 nr. 64 Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven – hpl.) § 3 punkt 1-3. Ifølge denne paragrafen må et helsepersonell ha autorisasjon eller lisens slik det forekommer i hpl. §§ 48 a eller 49. Helsepersonell kan også være ulikt personell i helse- og omsorgstjenesten eller apotek som utfører helsehjelp. Med helsehjelp menes det etter hpl. § 3 3. ledd handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som utføres av helsepersonell. Helsepersonell kan også være etter punkt 3 første ledd elever eller studenter som utøver helsehjelp som en del av helsefaglig opplæring. Helsepersonell blir i oppgaven brukt som betegnelse for ansatte som utfører helsehjelp som et tvangsvedtak.

### 1.3.4 Forebygging

Helsearbeidere har som oppgave å behandle sykdom og forebygge at sykdom og uhelse oppstår (Lauveng, 2023, s. 190) samt forebygge tvang og vold (Fellesorganisasjonen, 2023, s. 5). Forebygging kan forstås på mange ulike måter og er en samlebetegnelse for å forsøke å eliminere og eller begrense en uønsket utvikling av et fenomen (Mikkelsen, 2005). I denne oppgaven skal jeg diskutere hvordan helsepersonell kan unngå å bruke tvang, altså hvordan de kan jobbe forebyggende mot å forhindre behovet for å iverksette selve tvangen. Forebygging blir i oppgaven bli brukt for å beskrive hvordan helsepersonell jobber forebyggende for å hindre eller minske behov for bruk av tvang.

## 1.4 Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hvordan tvang kan oppleves, både for de som utøver tvangen og de som er underlagt tvang. Fordi tvang er så etisk utfordrende, er det viktig å få kunnskap om ulike perspektiver og ha et mer reflektert og helhetlig blikk på situasjoner der tvang utøves. Målet med oppgaven er derfor å skaffe ny kunnskap om hvordan

helsepersonell kan jobbe forebyggende og ta hensyn til pasientene som er underlagt tvang, slik at det blir minst mulig inngripende.

### 1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er strukturert på følgende måte. Jeg vil først gjøre rede for teoretiske rammeverk for oppgaven. Deretter vil jeg presentere metode, altså hvordan jeg har gått fram for å innhente data, før jeg redegjør for analyse og tolkning. I oppgavens siste del presenteres resultater fra undersøkelsen og diskusjon av resultatene. I diskusjonen ser jeg nærmere på betydningen av mine funn, hvordan disse kan forstås og underbygges av teori. Avslutningsvis i oppgaven vil jeg konkludere ved sammenfatte oppgavens ulike deler og si noe om hvordan tvang blir opplevd både av brukere og helsepersonell og hvordan en kan bidra til å forebygge bruken av tvang i helsetjenesten.

## 2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal jeg presentere teori som er relevant for å belyse min problemstilling. Først skal jeg se på de ulike typene tvang som ble nevnt innledningsvis etterfulgt av det juridiske rammeverket for tvang og bruk av tvang. Deretter skal jeg ta for meg etiske problemstillinger rundt tvang. Videre i teorikapitlet skal gjøre rede for hva brukervedvirkning innebærer og avslutningsvis vil jeg se nærmere på ulike perspektiver på makt og avmakt.

### 2.1 Ulike former for tvang

Ifølge Pedersen og Nordtvedt (2019, s. 191) kan tvang deles inn i formell, uformell og opplevd tvang. Formell tvang er tvangen som er forankret juridisk i loven. Denne tvang utløser prosedyrer som skal sikre pasientens rettssikkerhet, slik som ettersyn og klageadgang til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen. I Norge gjelder den formelle tvangen som er regulert i loven blant annet tvunget psykisk helsevern med og uten døgnopphold bruk av tvangsmidler og tvangs behandling med legemidler (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 191).

Uformell tvang er tvang som det ikke er fattet noe vedtak om. Eksempler på uformell tvang kan være situasjoner der pasienten ikke opplever å ha frihet til å ta selvstendige valg eller at vedkommende blir truet med konsekvenser dersom de ikke tar imot behandlingen. Pårørende kan også bidra til å presse vedkommende til å ta imot behandling eller at pasienten mister økonomiske goder de er avhengig av dersom de ikke godtar behandling (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 196). Denne formen for tvangsbruk er mer usynlig og avhenger ofte av den enkelte helsearbeiderens moral, relasjonelle ferdigheter og personlighet (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 196).

Opplevd tvang handler om pasientenes egen oppfatning av at de er tvunget til å motta helsetjenester. Tidligere studier viser at opplevelsen av tvang ikke alltid samsvarer med bruk av formell tvang (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 196-197). Et av funnene i studiene viser at de pasientene som var innlagt frivillig hadde opplevd å ha blitt utsatt for mye tvang, mens de som var tvangsinnlagt hadde lite opplevd tvang (Eriksson og Westrin 1995, Iversen et. al., referert i Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 196).

## 2.2 Juridisk rammeverk for tvang

Lovene som hjelper tvang i norsk rett er:

- Lov 02. juli 1999 nr. 62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven – phvl.) kapittel 3.
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven – hol.) kapittel 9 og 10.
- Lov 02. juli 1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.) kapittel 4.A.

### **Psykisk helsevernloven kapittel 3**

En person kan få vedtak om tvunget psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3.

Vilkår etter denne loven er at frivillig psykisk helsevern skal være forsøkt uten å lykkes eller det er «åpenbart formålsløst å forsøke dette». Pasienten skal ha en alvorlig sinnslidelse og man ser det som nødvendig med tvungent psykisk helsevern for å hindre forverring av tilstanden eller fare for eget eller andres liv og helse, jf. phvl. § 3-3, første ledd punkt 3 bokstav a og b. I tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse, må pasienten mangle

samtykkekompetanse slik det kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. En pasient kan miste sin samtykkekompetanse helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke klarer å forstå hva samtykket omfatter. Vanlige grunner til at samtykkekompetanse bortfaller er fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming.

Tvungent psykisk helsevern er derimot ikke nødt til å skje selv om vilkårene i phvl. § 3-3 er oppfylt. I første ledd punkt 7 står det at det må skje en helthetsvurdering etter vilkårene er oppfylt. Tvungent psykisk helsevern skal etter dette punktet kun skje dersom det er den klart beste løsningen for vedkommende. Det skal legges særlig vekt på belastningen det tvangsmessige inngrepet kan medføre på pasienten.

### **Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10**

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven handler om bruk av tvang og makt ovenfor personer med psykisk utviklingshemming. Formålet med loven er jf. § 9-1 første ledd, å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og begrense og forebygge bruk av tvang og makt. For at tvang kan vedtas etter denne loven, må det være prøvd ut andre løsninger, jmf. hol. § 9-5 første ledd første punktum. Videre kan tvangen bare brukes dersom det er faglig og etisk forsvarlig og det må legges vekt på hvor inngripende tiltaket er for brukeren jf. § 9-5 andre ledd første og andre punktum.



Selve tvangen kan kun brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade, jf. § 9-5 andre ledd fjerde punktum. Lovens § 9-4 hjelper krav til å forebygge tvang. Her står det at kommunen plikter seg å legge til rette for minst mulig bruk av tvang og makt og nødvendig opplæring og oppfølging av gjennomføringen av tvangsvedtaket.

Kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler bruk av tvang og makt ovenfor rusmiddelavhengige. Vilåårene for bruk av tvang etter § 10-2 første ledd er at personens fysiske eller psykiske helse er i fare grunnet omfattende og vedvarende misbruk. I tillegg må hjelpetiltak sees som ikke tilstrekkelig. Dersom disse vilåårene er oppfylt kan vedkommende bli innlagt i inntil 3 måneder uten at personen har samtykket til dette, jf. § 10-2 første ledd. Ved frivillig innleggelse på institusjon, kan den rusmiddelavhengige bli tilbakeholdt opptil tre uker etter inntaket selv om personen har trukket tilbake samtykket, jf. § 10-4 andre ledd. Dersom den rusmiddelavhengige er gravid, kan kvinnen etter § 10-3 første ledd bli innlagt og tilbakeholdt i institusjon under hele svangerskapet dersom det er sannsynlig at barnet blir født med en skade.

#### **Pasient- og brukerrettighetsloven 4.A.**

I pasient og brukerrettighetsloven finner vi bestemmelse om bruk av tvang i kapittel 4.A. Formålet med kapitlet, jf. § 4A-1 første ledd, er at helsepersonell skal kunne yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Lovens virkeområde er pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen, jf. § 4A-2 første ledd. Det kan treffes vedtak om nødvendig helsehjelp dersom det fører til vesentlig helseskade hvis man lar være, jf. § 4A-3 andre ledd bokstav a.

### **2.3 Etikk rundt tvang**

Etikk kan ifølge Eide og Aadland (2008, s. 9) defineres som systematisk tenkning om ulike moralske problemer og sammenhenger. Etisk tenkning handler om hva som er moralsk godt, rett og rettferdig. Etikk i helse- og omsorgstjenestene handler om kvaliteten av tjenestene som tilbys. Det handler i tillegg om holdninger, verdier og ferdigheter til de ansatte i samt organisasjonskulturen (Eide og Aadland, 2008, s. 9).

I norsk helselovgivning er hovedregelen at pasienten har rett til å si nei til enhver form for helsehjelp, uten at det forekommer press, og *etter* de har fått nødvendig informasjon om

behandlingen eller hjelpen. Unntak av denne regelen krever hjemmel i lov. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, blir den nærmeste pårørende spurt om hva de vet om pasientens ønsker og dermed mulig ta en beslutning i tråd med pasientens ønsker (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197). Dette kan bli problematisk dersom pårørende ikke ønsker å involvere seg eller at de ikke har pasientens beste interesser og kan bidra til høyere opplevd tvang (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197).

Pasientrollen er stadig i endring mot større vekt på pasientrettigheter og mer likeverdig forhold mellom helsepersonell og pasient. Med økt fokus på pasientrettigheter har bruk av tvang blitt problematisert av menneskerettighetsorganisasjoner og brukerorganisasjoner (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197-201). Ifølge Pedersen og Nordtvedt kan tvang forsvares dersom det er besluttet at det er til pasientens beste, og at behandlingen vil gi bedring og hindre skade på pasienten selv eller andre. Når tvangsvedtak blir vedtatt kan tvangen bli etisk problematisk i situasjoner der for eksempel bruker kan snakke for seg eller den som skal avgjøre vedtak om tvang mangler kunnskap om pasienten, behandling og diagnose. Helsepersonell og yrkesutøvere bør også alltid være oppmerksom på eventuelle skadevirkninger etter tvangsbruk. Erfaringer med tvang kan være krenkende som kan bidra til at det oppstår traumer som vedkommende må bearbeide i ettertid (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197-201).

## 2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten som en bruker mottar, benytter seg av brukerens erfaringer med helsetjenesten, for å kunne yte best mulig hjelp til brukeren. Målet med brukermedvirkning er at det skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene og at brukeren selv får innflytelse på egen livskvalitet. Selv om brukermedvirkning gir innflytelse til brukerne betyr det ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar (Helse -og omsorgsdepartementet, referert i Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 6). Kvalitet i helsetjenestene handler blant annet om å tilfredsstillende de beskrevne krav, forventninger og behov for brukerne. Kravene kan komme både fra staten i form av lover og forskrifter, kommunene og/eller fra brukerne selv og/eller pårørende (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 7).

Brukermedvirkning kan deles inn i to nivåer: systemnivå og individnivå (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 7-8). På systemnivå kommer brukermedvirkningen til uttrykk ved at

brukere er representert i organer eller beslutningssystemer som angår kommunen i seg selv, pleie- og omsorgssektoren og /eller den enkelte avdelingen. Her har brukeren innflytelse med at de er med på å ta beslutninger om hvordan regler, rutiner og systemer skal fungere.

Brukermedvirkning på individnivå handler om den enkelte brukers tjenester, og angår brukeren på den ene siden og tjenesteyteren på den andre. Denne type medvirkning handler derfor om å påvirke utformingen av de tjeneste som brukeren selv mottar

(Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 7-8).

Brukermedvirkning på både individ og systemnivå kan også forstås som et maktforhold mellom brukernes interesser og tjenesteyterne eller systemets (velferdsstaten/kommunen) interesser (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8). Her kan noen mene at makten bør ligge hos myndighetene og deres behov for kontroll. Andre vil gjerne mene at makten bør fordeles likt for å unngå at systemet eller tjenesteyterne dominerer over brukeren. Denne maktbalansen kan også ses i sammenheng med helsetjenestene eller den enkelte tjenesteyteren som ofte kan ende opp i et dilemma der man er usikker på hvem sine interesser som skal vektlegges (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8). Et tredje syn på hvor makten bør veie tyngst er å gi mest innflytelse for brukerne selv. Dette kan argumenteres med at det er en grunnleggende rett i seg selv, eller fordi makt til den enkelte bruker er en forutsetning for at systemet skal utvikles og tilpasses de ulike brukeres etterspørsel (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8).

Maktbalansen til brukermedvirkning kan illustreres ved hjelp av to ulike begreper; brukerretting og brukerstyring (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8). Brukerretting handler om at tjenesteyterne skal forsøke å sette seg inn i brukernes ståsted og tilbudet blir utformet i tråd med denne tankegangen. Tjenesteyterne blir dermed representanter for tjenestene og tar avgjørelser i tråd med brukernes interesser. Med brukerstyring sitter brukeren selv med beslutningsmyndigheten. Her er det altså brukeren som bestemmer, og brukerens interesser er gjeldene. Ved brukerstyring gjør brukerne egne selvstendige valg, og brukeren selv er den som avgjør og korrigerer tjenesteproduksjonen (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8).

Brukermedvirkning kan også forstås som myndiggjøring (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 9)b. Et viktig prinsipp her er at ikke alle brukere er i stand til å være aktive brukere. Myndiggjøringen dreier seg om å styrke brukeren gjennom å gjøre de bevisst på sin rolle,

kunnskapsoppbygging og motivering (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 9). Ved å informere og styrke brukeren på denne måten kan tjenesteyterne forvente å få aktive brukere som er i stand til å klage, uttrykke sine behov og være representanter i råd og utvalg.

Myndiggjøring hjelper tjenesteyteren til å styrke brukeren slik at de kan gå fra å være en passiv mottaker av tjenester til en aktiv aktør i egen behandling (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 9).

Brukermedvirkning er lovfestet og regulert i ulike flere lover. Jeg skal i det følgende avsnittet ta for meg to av disse lovene; Lov 02. juli 1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.) § 3-1 og Lov 15. juni 2001 nr. 93 Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven – hfl.) § 35. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at pasienten skal kunne medvirke i gjennomføringen av helsetjeneste, og at pasientens syn skal legges stor vekt på når tjenestetilbud skal utformes. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal deres nærmeste pårørende medvirke sammen med pasienten. Helseforetaksloven § 35 dreier seg om at brukere og representanter for brukerne skal bli hørt. Paragrafen regulerer også innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter i spesialisthelsetjenester.

## 2.5 Makt og tvang

Makt og sosial kontroll er viktig i alle samfunn og i sosiale relasjoner og forhold. Den tyske sosiologen Max Weber kom i 1922 med en av de tidligste beskrivelsene av makt og maktforhold i boken *Makt og byråkrati*. Weber (1922) definerte begrepet makt som «*et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand*» (Weber, 1982 [1922], s. 53, referert i Norvoll, 2021, s. 64). I relasjoner mellom mennesker vil personen med størst makt være den som har størst sjanse til å få gjennomført sin vilje i situasjoner med ulike interesser. Maktutøvelse skjer ofte ved at de som utsettes for makt (for eksempel pasienter og brukere) forutser hva makthaveren (for eksempel helsepersonell og profesjonsutøvere) ønsker og hvilke mulige restriksjoner som kan komme (Norvoll, 2021, s. 64).

Tvang kan anses som den sterkeste formen for makt og kan karakteriseres av ufrivillig tap av valgfrihet og mulighet for selvbestemmelse (Norvoll, 2021, s. 68). Å bli underlagt tvang kan gi pasienten eller brukeren negative begrensninger slik som ytre restriksjoner, men også tap av

positiv frihet til å kunne utrykke seg selv eller mulighet til å oppnå egne mål og interesser (Norvoll, 2021, s. 68). Å ha friheten til å gjøre motstand er ifølge Foucault (1994, referert i Norvoll, 2021, s. 68) det som skiller makt og tvang. Makt forutsetter en potensiell valgfrihet til å nekte eller gjøre oppgjør mot handlingen. Når pasienten ikke er i stand til å gjøre motstand, for eksempel ved tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering, oppstår det en tvangsrelasjon mellom pasient og profesjonsutøver (Norvoll, 2021, s. 68).

I en maktutøvelse kan en skille mellom intensjon (hensikt) og faktiske konsekvenser av handlingene (Norvoll, 2021, s. 69-70). I enkelte situasjoner kan intensjonen være at en ikke ønsker å utøve makt, men handlingene blir likevel en maktutøvelse grunnet konsekvensene det får for den andre som er i en svakere posisjon. For å unngå unødig krenkelse og traumer for pasienten, er det viktig at profesjonsutøvere er bevisst på måten makt og tvang utføres (Norvoll, 2021, s. 69-70). Måten makt blir utøvd på endrer ikke det grunnleggende maktforholdet, men kan redusere belastningen for den som utsettes for maktbruken (Norvoll, 2021, s. 69-70).

## 3.0 Metodisk tilnærming

### 3.1 Valg av metode

Begrepet metode i forskningssammenheng handler om hvilken systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap om et tema, og belyse den valgte problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 74). For å belyse problemstillingen skissert innledningsvis skal jeg gjøre en litteraturstudie. Målet med en litteraturstudie er å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). I en litteraturstudie systematiseres det ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det man har funnet (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med et litteraturstudium er å kunne gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på et gitt fagområde og besvare problemstillinger som stilles, og beskrive hvordan man kan frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

For å svare på min problemstilling «hvordan oppleves av tvang for pasienter og helsepersonell, og hvordan kan tvangen forebygges?» skal jeg bruke en kvalitativ metode, altså et litteraturstudium. En kvalitativ tilnærming kjennetegnes ved at en skaffer seg dybdekunnskap om et tema, altså mange opplysninger om færre undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76). Jeg valgte litteraturstudium for denne oppgaven for å få et bredere blikk på mitt valgte tema og undersøke flere sider ved samme sak og dermed svare på min problemstilling. For å videre analysere funnene i artiklene skal jeg bruke Aveyards (2019) sin tematiske analysemodell.

### 3.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen til dette litteraturstudiet har foregått hovedsakelig i databasen Oria, i tillegg til noen søk på Pubmed, Google Scholar og Idunn (se vedlegg nederst i besvarelsen). Søkene som har blitt gjort har funnet sted mellom 15.01. 2024 til 15.03. 2024. For å sikre at artiklene som jeg skulle undersøke var av høy kvalitet hadde jeg noen inkluderings -og ekskluderingskriterier for hvordan jeg skulle avgrense søkene. Hovedkriteriene var at artiklene var nødt til å være fagfellevurderte og publisert de siste fem årene, altså mellom 2018 til 2023. Jeg inkluderte både på norske og engelske resultater i søkene mine.

Jeg gjorde først noen innledende litteratursøk. Disse søkene ble gjort for å finne ut hvor mye som er skrevet om problemfeltet jeg har valgt, altså det omfanget av litteratur og forskning som kan knyttes opp til min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 81). De første innledende søkene som ble gjort foregikk på Oria. Her brukte jeg søkeord som «opplevelse av tvang», «brukermedvirkning og tvang» og «Coercion in healthcare». Dette gjorde at det ble lettere å strukturere søkene mine ut fra hvilken type resultater jeg fikk. Søkene startet med å se omfanget av forskning rundt temaet tvang til å bli mer systematisk med å inkludere søkeord som avmakt, selvbestemmelse, redusering og etiske utfordringer.

Søkeordene jeg brukte på norsk var «brukermedvirkning og tvang», «opplevelse av tvang», «erfaringer med tvang», «redusere tvang», «tvang og selvbestemmelse», «tvang og avmakt» og «tvang etiske utfordringer». De engelske søkeordene jeg brukte var «coercion in healthcare» og «coercion in healthcare ethical».

Mange av resultatene jeg fikk opp handlet om hvordan selve tvangen kunne forbedres og nye tiltak som skulle settes i gang. Det var derfor viktig å ekskludere artikler om hvordan tvangsvedtak ble igangsatt, og fokusere på pasient og behandler sitt syn på tvang. Ved å rette fokuset på resultater som handlet hvordan ulike grupper opplevde tvang, kom jeg nærmere på problemstillingen min «hvordan oppleves av tvang for pasienter og helsepersonell, og hvordan kan tvangen forebygges?».

Ifølge Thidemann (2019, s. 82) er søkeprosessen en iterativ prosess. Dette vil si at man vil bevege seg frem og tilbake mellom trinnene og notere aktuelle stikkord og artikler underveis i prosessen. Problemstillingen min endret seg og ble til underveis i søkene jeg gjorde. I starten av arbeidet mitt ønsket jeg å undersøke tvang i kombinasjon med brukermedvirkning for utviklingshemmede. Jeg fant raskt ut at det ikke var noe spesifikke studier som undersøkte dette temaet. Derfor var jeg nødt til å gjøre problemstillingen min bredere og brukergruppen enda mindre spesifikk. Jeg begrenset meg da til «pasienter og brukere underlagt tvang» som min brukergruppe og hadde lyst å undersøke brukeres opplevelse av tvang og etikken rundt tvang.

For å komme frem til de artiklene jeg har valgt ut, søkte jeg etter artikler som fulgte en IMRaD struktur. At en artikkel har en IMRaD struktur vil si at artikkelen inneholder introduksjon, metode, resultater og diskusjon, samt et sammendrag av artikkelen, også kalt

abstract (Thidemann, 2019, s. 30). Artikkelen jeg søkte etter skulle også være fagfelle-vurdert, som vil si at de er kvalitetsvurdert og godkjent av to eller flere eksperter på fagområdet (Thidemann, 2019, s. 67).

### 3.3 Fremgangsmåte

Min første artikkel fant jeg ved å søke på Oria med søkeordene «opplevelse av tvang». Etter jeg hadde ekskludert eldre artikler og begrenset søket til fagfelle-vurderte artikler fikk jeg 9 treff. Jeg skimmet gjennom overskrifter og leste de sammendragene som var aktuelle. Etter å ha lest 4 av abstraktene og 2 av artiklene kom jeg frem til min første artikkel som skal brukes i denne oppgaven med tittel «Utforsket pasienters opplevelse av tvang». Jeg valgte denne artikkelen fordi den fokuserer på hvordan pasientene med tvangsvedtak opplever tvangen og hvilken forbedring de selv ønsker i hjelpen de mottar

Videre prøvde jeg å finne synonymer til «opplevelse» og brukte søkeordene «erfaringer med tvang». Her fikk jeg ikke noen relevante resultater og ville derfor prøve å søke etter et annet aspekt av problemstillingen min, nemlig forebygging av tvang. Jeg brukte derfor søkeordene «redusere tvang» på Oria. Her fikk jeg 18 treff. Jeg landet til slutt på artikkelen «Forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang». Denne artikkelen valgte jeg fordi den helt spesifikt undersøker hvordan det arbeides forebyggende for å redusere utfordrende atferd som utløser tvangsbruk samt hvordan den eksisterende praksisen rundt tvang er i dag.

Etter jeg hadde funnet den andre artikkelen min, ville jeg se om jeg fant en artikkel som dekket det etiske perspektivet av tvang og maktspektet. Jeg brukte derfor søkeordene «tvang og selvbestemmelse», «tvang og avmakt» og «tvang etiske utfordringer» på Oria og Google Scholar. På de siste søkeordene, tvang etiske utfordringer, fant jeg en interessant artikkel om etiske utfordringer med tvang. Artikkelens tittel er «Et studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester». Denne artikkelen utforsker hvilke etiske utfordringer ansatte som utøver tvang erfarer gjennom sin jobb. Jeg valgte denne artikkelen fordi den utforsker en annen side av hvordan tvang oppleves sammenlignet med den første artikkelen som utforsker pasientenes perspektiv. Ved å utforske begge parter som er involvert i utførelsen av tvangsbruken, kan vi få et mer nyansert bilde av hvordan tvang oppleves.



For å vurdere om de valgte artiklene var relevant til min problemstilling og videre kunne brukes i denne litteraturstudien, måtte jeg lese grundig gjennom dem med reflektert og kritisk blikk (Thidemann, 2019, s. 91). For å sjekke kvaliteten på artiklene brukte jeg sjekkliste for kvalitativ forskning hentet fra Helsebiblioteket.no (2021). Etter artiklene var kvalitetssjekk lagde jeg en litteratormatrise av alle tre artiklene. Disse er presentert i tabellene nedenfor. En litteratormatrise gir en god og fortettet oversikt over de viktigste elementene i de enkelte artiklene samt en samlet oversikt. De ulike litteratormatrisene er et godt hjelpemiddel når jeg skal sammenfatte innholdet i artiklene som skal brukes videre i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 95).

Tabell 1: Artikkel 1

Artikkel 1: Norge	Mantila, H. C. J., Johnson, T., Nytingnes, O. & Hammer, J. (2019). Utforsket pasienters opplevelse av tvang. <i>Sykepleien</i> . 107(78900), (e-78900). <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900">https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900</a>
Hensikt	Undersøke og skaffe kunnskap om hvordan pasienter opplever tvang i akutt psykisk helsevern for å finne mulige områder for forbedringsarbeid.
Metode	<i>Kvalitativ metode</i> : Utdypende intervju med informantene
Utvalg	42 pasienter som var innlagt på en av tre akutteneheter på Blakstad sykehus. Informantene ble direkte spurt av prosjektleder eller tok selv kontakt etter å ha lest informasjonsskriv om prosjektet i fellesareal. Pasientene som deltok måtte være innlagt minimum fem døgn ved den aktuelle enheten og beherske norsk eller engelsk og kunne delta uten følge av miljøpersonale.
Resultater	Resultatene er delt inn i fem hovedkategorier: <i>sykdomsforståelse og tingliggjøring, behandling eller samhandling, manglende informasjon, for lite bemanning og dårlige rammebetingelser og variert mellommenneskelig kontakt.</i>
Kvalitet	Artikkelen er fagfellevurdert og er publisert i nyere dato. Fremgangsmåten og alle ledd innenfor denne er beskrevet. Det presenteres ikke svakheter med studien i artikkelen. Presentasjon av funnene er godt forseggjort og det diskuteres hvordan disse kan brukes i videre arbeid og positive erfaringer pasientene hadde med studien.
Etikk	Studien redegjør for etisk godkjenning av personvernombudet. Det ble benyttet samtykkeskjema, muntlig informasjon om hensikt, datalagring, mulighet for å trekke seg samt aidentifisering og planlagt bruk av funnene.
Relevans	Denne studien har relevans for min problemstilling fordi den diskuterer konkrete opplevelser pasienter har hatt med tvang samt hvordan de selv mener tvang kunne vært unngått.

Tabell 2: Artikkel 2

Artikkel 2: Norge	Aasgård, I. K., & Ødegård, A. (2021). Forebygging av utfordrerne atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang. <i>Fontene forskning</i> , 14(2), 43-57.
Hensikt	Skaffe ny kunnskap om eksisterende praksis rundt forebygging av tvang og gi innspill som kan bidra til å redusere behovet for bruk av tvang.
Metode	<i>Kvalitativ metode:</i> Dokumentanalyse av saksdokumenter som er knyttet til bruk av tvang.
Utvalg	5 personer; 4 menn og 1 kvinne med diagnosen psykisk utviklingshemming. Alle hadde vedtak om bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Personene ble rekruttert gjennom en verge som fikk tilsendt informasjon om studien og dermed kunne godkjenne deltakelsen på vegne av brukeren.
Resultater	Forfatterne deler funnene inn i 6 underoverskrifter: <i>generelle trekk ved sakene, trekk ved saksbehandlingen, individuelle risikofaktorer, problemsituasjoner, passive metoder og fysisk tilrettelegging.</i>
Kvalitet	Artikkelen er fagfellevurdert og er av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. De oppgir de metodiske svakhetene for studien, at utvalget er såpass lite og dermed ikke er representativt. Likevel har sakene de undersøkte mange likhetstrekk som videre kan brukes i faglig diskusjon og refleksjon for lignende saker. De oppgir at forskning på eget praksisfelt for de både er en styrke og en svakhet. Styrken er at utenforstående ikke klarer å oppfatte fenomenet på samme måte, men at nærheten er også en svakhet ved at det kan føre til forforståelsen er et hinder for den kunnskapen som materialet kunne ha levert.
Etikk	Har redegjort for etisk godkjenning og etisk ivaretagelse av deltakerne og deres personopplysninger.
Relevans	Studien har relevans for problemstillingen da den gir et overblikk over hvordan det har blitt jobbet med forebygging av tvang både med passive metoder og fysisk tilrettelegging. Studien viser at for denne brukergruppen er det lite selvbestemmelse involvert og det begrunnes ofte med at de ikke har «kognitiv evne til å forstå det».

Tabell 3: Artikkel 3

Artikkel 3: Norge	Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> . 15(2-3) 98-111. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02">https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02</a>
Hensikt	Undersøke og skaffe ny kunnskap om hva helsepersonell innen psykiske helsetjenester opplever som etisk utfordrerne ved bruk av tvang.
Metode	<i>Kvantitativ metode</i> : en anonym nettbasert spørreundersøkelse med kvalitativt preg i form av utdypende svar på enkelte spørsmål.
Utvalg	1160 ansatte som ble rekruttert gjennom fagforeningene til psykiatere, sykepleiere innen psykisk helse, helsefagarbeidere, psykologer, vernepleiere og andre profesjonsutøvere i miljøpersonellgruppen. De ulike respondentene representerte alle helseprofesjonene innen de psykiske helsetjenestene i de fire helseregionene i Norge.
Resultater	Studiens resultater er delt inn i 7 ulike kategorier etter forekomst. De etiske utfordringene relatert til tvang var: <i>tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang, andre former for restriksjoner, tvangsmedisinering, uenighet mellom berørte parter, utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak, organisatoriske faktorer og mangel på ressurser og overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale.</i>
Kvalitet	Artikkelen er fagfelleurdert, av nyere dato og fremgangsmåten blir oversiktlig beskrevet. De oppgir studiens svakheter, hovedsakelig at svarprosenten er lav. En mulig forklaring til dette var at kun ansatte som faktisk jobber aktivt med eller har erfaring med tvang har svart på undersøkelsen. Studiens andre svakhet er at tre fjerdedeler av respondentene jobber i spesialisthelsetjenesten og bare ti prosent jobber i kommunale tjenester. Denne fordelingen skyldes at mesteparten av formell tvang utføres innenfor spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunale helsetjenester.
Etikk	Studien er anonym, innebærer ikke håndtering av personopplysninger og det har derfor ikke vært nødvendig med godkjenning til Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).
Relevans	Studien er relevant for oppgaven fordi den diskuterer og går i dybden av de ulike etiske utfordringene som er knyttet rundt tvangsbruk og hvordan helsepersonell opplever tvang. I tillegg blir det gjort rede for hva som bidrar til økt tvangsbruk.

### 3.4 Analyse og tolkning

For å analysere artiklene har jeg brukt Aveyards (2019) sin tematiske analysemodell som er beskrevet i «Thematic analysis: A simplified approach». Aveyards' modell er referert og oppsummert i Thidemann (2019, s. 96-99). Denne modellen kan brukes til å summere opp litteratur og passer i følge Aveyard godt for de som har lite erfaring på dette område (Thidemann, 2019, s. 96). Analysen skal identifisere temaer i de ulike artiklene og deretter se på styrker og svakheter som de ulike temaene belyser (Thidemann, 2019, s. 96-99). I dette arbeidet jobber man dynamisk frem og tilbake i materialet for å få et mest mulig sterkt tema (Thidemann, 2019, s. 98).

For å analysere artiklene brukte jeg fremgangsmåten til Aveyard og startet med å lese gjennom alle resultat -og diskusjons delene i de utvalgte artiklene. Når jeg leste gjennom artiklene noterte jeg temaer som gikk igjen i hver enkelt artikkel. Etter arbeidet med temaene var gjort, hadde jeg mange små og store temaer som jeg deretter slo sammen til bredere temaer. Underveis når jeg jobbet med temaene i de ulike artiklene, hadde jeg problemstillingen foran meg slik som Thidemann anbefalte (2019, s. 93). Dette gjorde jeg for å hele tiden kunne bli påminnet å jobbe rettet mot den.

Etter å ha identifisert temaene i hver artikkel sammenfattet jeg de slik at jeg hadde tre temaer som gjenspeilet alle artiklene på ulike måter. Denne fasen i analysen beskriver Aveyard som «developing your themes» (2019, s. 142). Aveyard sin metode ga meg muligheten til å sammenligne likheter fra de ulike artiklene og kombinere de til ett tema. Noen av temaene fikk større oppmerksomhet enn andre, og det var derfor viktig å være kritisk til egen tenking underveis. Tabellene under viser mer oversiktlig hvordan de ulike temaene fra artiklene ble identifisert og slått sammen.

Etter å ha notert ned mange ulike temaer fra artiklene, reduserte jeg det til 4 hovedtema for hver artikkel. Temaene jeg valgte var de temaene som gikk igjen og hadde størst betydning for studiene. Etter å ha funnet de 4 hovedtemaene fra hver artikkel (se tabell 4) kombinerte jeg et tema fra hver artikkel til et større felles tema (tabell 5). Ved å kombinere temaer fra de tre artiklene til tre hovedtema kom jeg frem til følgende tema som kunne diskutere artiklenes funn:

1. Autoritære strukturer gjør tvang utførende og begrenser brukernes muligheter,

2. Forebyggende tiltak for tvang innebærer tilrettelegging, kommunikasjon, åpenhet og ansattes trygghet i tvangssituasjoner
3. Pasienter ønsker informasjon, samhandling og innflytelse før passive metoder for å forebygge etisk utfordrerne tvangsbruk.

Tabell 4: Sammenligning av foreløpige temaer

Artikkel 1: Utforsket pasienters opplevelse av tvang	Artikkel 2: Forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang	Artikkel 3: En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opplevs som definert av egen diagnose</li> <li>2. Mer kommunikasjon og åpen holdning</li> <li>3. Stor makt og beordrende personale</li> <li>4. Mangel på informasjon, samhandling og innflytelse</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skjerming fra situasjonen</li> <li>2. Fysisk tilrettelegging</li> <li>3. Passive metoder som forebygging</li> <li>4. Tvang begrenser brukers muligheter</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mange ufaglærte og underbemanning</li> <li>2. Redde ansatte gir utrygge pasienter</li> <li>3. Uformell tvang oppleves etisk utfordrende</li> <li>4. Tvil og usikkerhet blant ansatte</li> </ol>

Tabell 5: Sammenfatning av tema

Tema fra artiklene	Sammenfattet tema
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Redde ansatte gir utrygge pasienter</li><li>2. Stor makt og beordrende personale</li><li>3. Tvangen begrenser brukerens muligheter</li></ol>	<b>Autoritære strukturer gjør tvang utførende og begrenser brukernes muligheter.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fysisk tilrettelegging</li><li>2. Mer kommunikasjon og åpen holdning</li><li>3. Tvil og usikkerhet blant ansatte</li></ol>	<b>Forebyggende tiltak for tvang innebærer tilrettelegging, kommunikasjon, åpenhet og ansattes trygghet i tvangssituasjoner.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mangel på informasjon, samhandling og innflytelse</li><li>2. Uformell tvang oppleves etisk utfordrende</li><li>3. Passive metoder for forebygging</li></ol>	<b>Pasienter ønsker informasjon, samhandling og innflytelse før passive metoder for å forebygge etisk utfordrerne tvangsbruk.</b>

## 4.0 Resultater

### 4.1 Likheter og forskjeller med artiklene

Alle artiklene er fagfelevurderte fra fagfelleverderte tidsskrifter. De tre studiene har blitt gjennomført i Norge og er kvalitative studier. Den ene artikkelen er en del av en større kvantitativ studie, men selve studien baserer seg på færre utdypende svar på en spørreundersøkelse (Husum et al., 2018). Likheter ved innholdet i artiklene er at de alle diskuterer etikken rundt tvang og hvorfor tvang kan være utfordrende. Den største ulikheten mellom de tre artiklene er at utvalget er ulikt for de tre. Jeg valgte å ha tre ulike utvalg for å kunne sammenligne flere grupper rundt det samme temaet. Den første artikkelen har et pasientperspektiv (Mantila et al., 2019), den andre artikkelen har fortsatt et pasientperspektiv, men sett fra saksdokumentene rundt tvang for noen få brukere (Aasgård & Ødegård, 2021) og siste artikkel har et behandlerperspektiv sett fra ansatte sitt synspunkt (Husum et al., 2018). Jeg skal nå se nærmere på funnene fra de tre artiklene og hva jeg har kommet frem til med utgangspunkt i de tre temaene som er beskrevet i forrige kapittel etter Aveyards modell (2019, s. 141-146).

### 4.2 Autoritære strukturer gjør tvang utfordrende og begrenser brukerens muligheter

Flere av studiene pekte på begrensningene som makt og tvang har for brukerne. Det kom frem at hvis personale er utrygge og usikre rundt tvangsbruk, ble pasientene selv mer utrygge på situasjonen og personale (Husum et al., s. 106, 2018; Mantila et al., s. 8, 2019). Ansatte uttrykker at de føler at makten kan ta for stor plass i tvangsbruken. De ansatte hadde observert kollegaer som brukte tvang for raskt eller etter egen preferanse og vane, isteden for å vurdere pasientenes beste og følge hva loven sier for bruk av tvang. Det nevnes også situasjoner der personalet bruker makt ovenfor pasienter for å «ikke miste ansikt» (Husum et al., 2018, s. 106), altså for å opprettholde sin posisjon som en autoritær person ovenfor brukeren. Denne arbeidskulturen gjør at pasientene opplever personalet som beordrende og skumle (Mantila et al., 2019, s. 8).

Makt og autoritære strukturer kommer også frem i måten tvangssituasjoner blir forebygget. Ansatte bruker heller passive metoder slik som å fjerne brukeren fra situasjonen og ta vekk tilbud som tidligere har ført til tvangsbruk. Disse situasjonene blir beskrevet som «risikosituasjoner for utfordrende atferd» (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 52). Det kommer likevel ikke frem hvem som har besluttet dette og hvorfor passive metoder har blitt valgt



fremfor andre løsninger. Dette funnet forteller oss at beslutningene mulig ikke har vært gjennomtenkt og etterprøvd. Ved å ta fra bruker tilbud slik som dagsenter, fellesturer og andre aktiviteter i nærmiljøet, får brukeren færre dagtilbud og aktiviteter som kan være svært inngripende spesielt når brukerne har lite nettverk fra før (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 52).

#### 4.3 Hva forebyggende tiltak for tvang innebærer

Alle de tre studiene peker på ulike måter tvang kan forebygges og hvordan ansatte kan jobbe mot å redusere bruk av tvang. Aasgård & Ødegård sitt studie (2021, s. 52) diskuterer helt konkret hva som har blitt brukt som forebyggende tiltak for tvang tidligere ut fra saksdokumentene som de undersøkte. De forebyggende tiltakene er både fysiske og passive metoder. De passive metodene for forebygging handler om å unngå situasjoner eller ta bort situasjoner som vanligvis fører til atferd som utløser tvang. Den fysiske tilretteleggingen som Aasgård og Ødegård (2021) nevner handler om å tilrettelegge i brukerens hjem for å hindre skadeomfang ved utagerende atferd. Disse tiltakene er blant annet å fjerne eller låse inn gjenstander som kan skade, fastmonterte møbler eller erstatte glass-servise med plast (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 52).

I artikkel 3 beskrives det ulike forebyggende faktorer som de ansatte selv mener kan føre til mindre bruk av tvang på deres arbeidsplass. Helsepersonellet som deltok i studien, mener at store deler av tvangen kunne vært forhindredd dersom de ansatte ble mer sikre i sin egen praksis og mer bevisst over hvilke situasjoner som krever tvang og ikke. I artikkelen kom det frem at det var mye faglig uenighet om hva som var korrekt praksis. Dette fører til usikkerhet og økt tvangsbruk ifølge deltakerne (Husum et al., 2018, s. 103-104). Mangel på ressurser og underbemanning ble også nevnt som en faktor som øker tvang. Når de ansatte har for liten tid og mye ufaglært personale samt for få ansatte på jobb, øker det tvangsbruk. Dermed er forebyggende tiltak for tvang å ha en høyere andel med formell utdanning personalgruppen, samt unngå underbemanning (Husum et al., 2018, s. 105). Pasientene som var innlagt på tvang i artikkel 1, nevner også underbemanning og dårlige rammebetingelser som noe de opplevde som negativt under oppholdet sitt. Underbemanningen gjorde at pasientene ofte fikk avslag når de etterspurte å gjøre aktiviteter (Mantila et al., 2019, s. 8).

#### 4.4 Pasienters ønsker rundt tvangsbruk

Tvang er alltid etisk problematisk og må forebygges i hvert tilfelle, selv om det i noen tilfeller ser seg helt nødvendig for å gi hjelpen pasienten trenger (Husum et al., 2018, s. 103). Derfor er det viktig å finne ut av hva pasientene underlagt tvang ønsker og trenger. I artikkel 1 beskrives det konkret hvilke ønsker pasienter underlagt tvang har for at de skal føle seg mest mulig ivaretatt. Pasientene som hadde høy opplevelse av tvang, beskrev innleggelsen som at de ble betraktet kun som en pasient ikke som mennesker. For at de skulle føle seg mer ivaretatt, spesielt i situasjoner de hadde utagert, ønsket pasientene bedre kommunikasjon fra personalet. Altså at de ansatte hadde spurt dem hvorfor de hadde gjort som de gjorde, og dermed dempet situasjonen. Dersom personalet møtte pasientene med en åpen holdning, følte de seg sett. Videre ønsket pasientene bedre samhandling og innflytelse på egen behandling. Mange av pasientene følte at beslutninger ble tatt over hodet på dem og at de ikke hadde noe medvirkning. Pasientene etterspurte dermed mer informasjon om behandling og veien videre (Husum et al., 2018, s. 6-7).

## 5.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte funnene fra de tre artiklene for å svare på problemstillingen skissert innledningsvis i oppgaven: «hvordan oppleves av tvang for pasienter og helsepersonell, og hvordan kan tvangen forebygges?». I drøftingen skal jeg anvende teori som jeg har gjort rede for i teorikapitlet for å diskutere problemstillingen.

### 5.1 Opplevelse av tvang for helsepersonell

Bruk av tvang i psykiske helsetjenester kan reise vanskelige etiske problemstillinger, og synet på tvang er i stadig endring i tråd med andre bevegelser i samfunnet. Et høyere fokus på brukermedvirkning, respekt for autonomi, menneskerettigheter og etikk kan bidra til å utfordre tvangspraksisen i Norge i dag (Husum et al., 2018, s. 99). For at det skal være mulig å endre praksisen og redusere bruk av tvang må helsepersonell erkjenne at tvang kan være utfordrende og problematisk (Husum et al., 2018, s. 100). Helsepersonell bør også reflektere rundt sine egne holdninger, verdier og ferdigheter samt organisasjonskulturen til sin arbeidsplass slik at kvaliteten på tjenestene kan heves (Eide & Aadland, 2008, s. 9).

Tvang er den sterkeste formen for makt og tvangshandlingene krenker selvbestemmelse og valgfrihet (Norvoll, 2021, s. 68). Selv om det er helsepersonellet som sitter på makten i en tvangsutøvelse, betyr det ikke at den som utfører tvangen gjør dette uten problemer. De ansatte som deltok i undersøkelsen til Husum et al. (2018) i artikkel 3 pekte på en rekke utfordringer som de opplevde som etisk utfordrende rundt tvang. Profesjonsutøverne reflekterte mye rundt brukermedvirkning og tvang og det kom frem at de synes brukermedvirkningen var vanskelig å opprettholde for pasientene som var underlagt ulike tvangsvedtak. Å medvirke i sin egen behandling er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Når en person er underlagt tvang, mister pasienten store deler av retten til å medvirke. Helsepersonell kan derfor oppleve tvang som etisk utfordrende fordi det utfordrer brukerens rett til medvirkning. Å frata en bruker retten til å medvirke går også imot det yrkesetiske prinsippet om at profesjonsutøveren skal tilrettelegge for medvirkning (Fellesorganisasjonen, 2023, s. 4). Selv om brukeren mister mye av sin evne til medvirkning under et tvangsvedtak, kan likevel de ansatte legge til rette for brukerretting (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8). Hvis fokuset blir større på å sette seg inn i brukeres ståsted og utforme hjelpetilbudet utfra dette, kan det tenkes at forekomsten av opplevd tvang kan reduseres.

Uformell tvang er ikke regulert i lovverket og inkluderer bruk av restriksjoner, maktbruk og bevegelseskrenking (Husum et al., 2018, s. 104). Dette oppleves etisk problematisk for helsepersonell fordi det ofte skjer «skjult» og ikke blir tatt opp som en etisk problemstilling i personalgruppen. Årsaken til dette kan være at det er uenighet og ulike oppfatninger om hva som er respektabelt å utføre (Husum et al., 2018, s. 104). Studiet kan bidra til et større fokus på uformell tvang for å sørge for at tvangen blir fulgt opp og stanses dersom det er krenkende for pasienten.

Andre utfordringer som helsepersonell som jobber med tvang opplever som etisk problematisk, er selve utførelsen av tvangen. Eksempler som kommer frem i studien er når en pasient protesterer åpent ved fysisk gjennomføring av tvang eller protesterer under tvangsmedisinering (Husum et al., 2018, s. 105). Selv når tvang kan forsvares med at det er til pasientens beste (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197-201), kan det fortsatt oppleves krenkende for pasienten og helsepersonell som er en del av tvangsutøvelsen. Helsepersonell opplever det etisk problematisk å utføre tvangsvedtak slik som nedleggelse og kroppsvisitasjon, spesielt av barn og ungdom (Husum et al., 2018, s. 105). Selv når intensjonen med tvangsbruken er til pasientens beste, kan de faktiske konsekvensene bidra til krenkelse av vedkommendes autonomi (Norvoll, 2021, s. 69-70; Husum et al., 2018, s. 105). Å utøve formell tvang som er hjulmet i lov og til pasientens beste kan altså oppleves problematisk å utføre spesielt i de tilfeller pasientene motsetter seg behandlingen (Husum et al., 2018, s. 105).

## 5.2 Pasienters erfaringer og ønsker rundt tvang

Pasienter opplever tvang i helsehjelpen de mottar ulikt. Noen pasienterfaringer er positive, at de kjenner seg beskyttet og opplever at de får hjelp til å gjenreise normalitet. Andre pasienter beskriver tvangen med ord som avmakt, krenkelser og umenneskeliggjøring (Katsajou & Priebe; Seed et. al., referert i Mantila et al., 2019, s. 2). Disse erfaringene med tvang kalles opplevd tvang og kan variere fra pasient til pasient (Pedersen & Nordtvedt, 2019, s. 196-197). Den opplevde tvangen som en pasient innlagt på tvang kan kjenne på, kan påvirkes i større grad av hvordan vedkommende vurderer beslutningsprosessen. I tillegg er vurderinger om inngrepene er rimelig i forhold til hensikt og virkning viktig for pasienters grad av opplevd tvang (Mantila et al., 2019, s. 2). Fordi opplevd tvang kan variere, er det viktig å ta i betraktning at kvalitative studier om erfaringer med tvang kan være variere. I artikkel 1

undersøkes det hvordan pasienter underlagt tvang har opplevd både de ansatte, rammebetingelser og selve tvangsbehandlingen. Å reflektere rundt sine egne forhold var for mange av deltakerne en god opplevelse (Mantila et al., 2019, s. 11). Det var pasienter med både høy og lav grad av opplevd tvang som deltok i undersøkelsen. Alle pasientopplevelsene er viktig for å kunne reflektere rundt hva brukeren trenger og jobbe mer brukerrettet (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8). For at helsepersonell skal kunne klare å legge til rette for brukervedvirkning bør helsepersonell som jobber med tvangspasienter bli flinkere på å se dem og lytte. Da kan pasientene kjenne mindre på følelsen av at avgjørelser blir tatt over hodet på dem, og heller bli møtt med en åpen holdning (Husum et al., 2018, s. 6-7).

I artikkel 3 kommer det frem at halvparten av pasientene som deltok og var innlagt på tvangsparagraf opplevde ingen eller lav tvang. Pasientene som deltok som ikke hadde tvangsvedtak uttrykte at de hadde høy opplevd tvang (Mantila et al., 2019, s. 5). Denne studien forteller oss altså at det ikke er nødvendigvis selve tvangsvedtaket som har noe å si på hvordan pasientene opplever tvangen, men heller hvordan de ansattes holdning er, rammebetingelsene og hvordan behandlingen foregår. Dette kommer frem senere i artikkelen der pasientene uttrykker at de ønsker mer informasjon og en åpen holdning fra de ansatte (Mantila et al., 2019, s. 6). Dersom helsepersonell bruker informasjonen fra denne studien om hva pasientene ønsker, kan den opplevde tvangen minskes og brukervedvirkningen kan øke. Studien setter et større søkelys på pasienters erfaringer med tvang og kan dermed bidra til større brukervedvirkning på systemnivå. Artikkelen beskriver spesifikke ønsker og forbedringer pasientene har, og studiet kan dermed brukes som et utgangspunkt for forbedring.

Mange av beskrivelsene til pasientene underlagt tvang i artikkel 1 handler om å føle seg som en gjenstand eller definert av sin diagnose (Mantila et al., 2019, s. 6). Denne tankegangen beskriver på mange måter en veldig ujevn maktbalanse mellom pasient og helsepersonell (Norvoll, 2021, s. 68). Ifølge Weber (1922) er forutsetningen for makt at den ene parten kan sette gjennom sin vilje selv om det blir gjort motstand (referert i Norvoll, 2021, s. 64). Makt forutsetter dermed en mulig valgfrihet til at den ene parten skal kunne motsette seg eller gjøre oppgjør mot makten som forekommer. Under en tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering fratras pasienten muligheten til å gjøre nok motstand til å unngå tvangen (Norvoll, 2021, s. 68). Denne friheten til å gjøre motstand er ifølge Foucault (1994, referert i Norvoll 2021, s. 68) det som skiller Webers definisjon av makt på den ene siden og tvang på den andre siden.

Pasienter underlagt tvang kan også komme med sine ønsker og tanker, selv om de har mindre valgfrihet enn pasienter uten tvangsvedtak (Norvoll, 2021, s. 68). Å spørre om hvordan pasienter underlagt tvang ønsker å bli behandlet, kan få helsepersonell til å stoppe opp å reflektere før tvang iverksettes. Da unngår man at tvang blir brukt for raskt eller som en vane slik som mange helsepersonell opplever at kollegaer gjør (Husum, 2018, s. 106).

### 5.3 Forebygging av tvangsbruk

I Fellesorganisasjonens grunnlagsdokument står det at profesjonsutøveren skal forsvare den enkeltes rett til liv og helse samt forebygge bruk av vold og tvang (Fellesorganisasjonen, 2023, s. 4). Dette forteller oss at tvang henger sammen med den enkeltes frihet og det er yrkesutøverens plikt å bekjempe tvang. I formålsparagrafen i psykisk helsevernloven § 1-1 første ledd andre punktum står det at lovens formål er å forebygge og begrense bruk av tvang. Kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven handler om bruk av tvang ovenfor personer med psykisk utviklingshemming. I formålsparagrafen til hol. kapittel 9 første ledd står det også at tvang og makt skal forebygges og begrenses også for denne brukergruppen. Det er med andre ord en yrkesetisk plikt og lovpålagt at profesjonsutøvere skal forebygge tvang. Tvang er også etisk problematisk fordi det kan oppleves krenkende for pasienten og bidra til at det oppstår traumer som vedkommende må bearbeide i ettertid av tvangsbehandlingen (Pedersen og Nordtvedt, 2019, s. 197-201). Å forebygge tvang er derfor et viktig prinsipp i alle tvangsbehandlinger.

Alle tre artiklene diskuterer både dagens praksis av forebyggende tiltak til tvang og hvordan helsepersonell skal jobbe for å bekjempe bruk av tvang. Saksdokumentene som undersøkes i artikkel 1 viser at det er lite beskrivelser av forebyggende tiltak i kommunens vedtak og spesialisthelsetjenestens uttalelser. I tillegg er det lite informasjon om hvordan personen selv eller verge er medvirkende i vurderingen av det forebyggende arbeidet (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 51). Det er altså et forbedringspotensial i dokumentasjonen og arbeidet rundt medvirkning i vedtakene. Brukermedvirkning er altså et område som kan forbedre vedtakene da personen selv eller verge kan sitte på mye nyttig informasjon.

Forebyggende tiltak som er beskrevet i artikkel 1 handler om å fjerne personen fra situasjoner som tidligere har ført til at tvangsvedtak har blitt utløst samt fysisk tilrettelegging av leiligheten som brukeren bor i. Funnene i studien viser at det derimot er i liten grad beskrevet

beskyttelsesfaktorer, altså individrelaterte eller miljørelaterte faktorer som kan hindre at utfordrende atferd oppstår (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 52). De forebyggende tiltakene som brukes i dagens praksis er ofte ganske passive, det vil si at personen selv blir tatt vekk fra situasjonen eller de får tatt vekk goder for å forhindre at utagering og tvang utløses i en lignende situasjon (Aasgård & Ødegård, 2021, s. 52). De passive forebyggende tiltakene virker dermed i mange tilfeller å være lite reflektert og etterprøvbart. Hvis de ansatte hadde hørt på hva pasientene og brukerne ønsket og forsøkt å rette blikket mot en mer brukerrettet maktbalanse, kan målet om redusert bruk av tvang bli nærmere (Kommunesektorens organisasjon, 2011, s. 8; Fellesorganisasjonen, 2023, s. 4).

## 6.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven vist hvordan et utvalg av mennesker opplever tvang og tvangsbruk, samt hvordan helsepersonell kan jobbe forebyggende for å ivareta verdien om minst mulig tvangsbruk. Resultatene kan tenkes å være overførbart til flere ulike pasienter som er underlagt tvang på ulike måter. Flere av funnene i oppgaven tyder på at det er et behov for å tilrettelegge for brukermedvirkning og brukers eller pasientens synspunkt også under tvangsbruk. Det er også viktig for helsepersonell å kunne snakke om hvordan de opplever utførelsen av tvang og etiske problemstillinger rundt tvang for å nærmere kunne jobbe mot å redusere tvang. Mange av ønskene som pasientene har handler om å bli sett og hørt, noe som ikke bare gjelder for pasienter underlagt tvang, men som kan overføres til alt arbeid med mennesker. Et viktig funn i undersøkelse jeg har presentert i denne oppgaven er at begge perspektiver, altså et brukerperspektiv og behandlerperspektiv, er viktig for å kunne forstå hele bildet og at det ikke bare er pasienten som blir berørt. Kombinerer vi begge disse perspektivene, kan funnene brukes for å nærmere forstå hvordan en skal jobbe forebyggende mot å redusere tvang som er så etisk utfordrende og ofte er krenkende for pasientene.

Ved å arbeide med denne oppgaven har jeg fått mye ny innsikt og nyttig kunnskap som har skapt nye spørsmål til videre forskning. Deriblant hvordan tvang kan gi ettervirkninger og hvordan helsepersonell kan jobbe mot minst mulig krenkende tvang. Videre vil jeg oppfordre til videre forskning rundt dette temaet da det er såpass inngripende for hvert enkelt menneske og derfor trenges det mer forskning rundt den nåværende praksisen av tvang.



## 7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. (4. utg.). McGraw-Hill Education; Open University Press. **\*182 sider**

Eide, T. & Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka for kommunens helse- og omsorgstjenester*. Kommuneforlaget. **\*70 sider**

Fellesorganisasjonen.no (2023). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Hentet 16. april 2024 fra

[https://issuu.com/fellesorganisasjonen/docs/ferdig\\_yrkesetiskgrunnlagsdokument?fr=xKAE9zU1NQ](https://issuu.com/fellesorganisasjonen/docs/ferdig_yrkesetiskgrunnlagsdokument?fr=xKAE9zU1NQ) **\*16 sider**

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse>

Helsebiblioteket (2021). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 15.01.24 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Helsedirektoratet (2015). § 1-3 *Definisjoner*. Hentet 16. april 2024 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner> **\*1 side**

Helseforetaksloven (2001). *Lov om helseforetak mm.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=lov%20om%20helseforetak>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A73>

Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 15(2-3) 98-111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>

Kjønstad, A., Syse, A. & Kjelland, M. (2019). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* (6. utg.). Gyldendal.

Kommunesektorens organisasjon (2011). *Brukermedvirkning: En veileder til debatthefte*.

Hentet 26. april 2024 fra:

<https://www.ks.no/contentassets/c7cb57d68b304f22bc6f645046a7d555/brukermedvirkning-debatthefte.pdf> **\*58 sier**

Lauveng, A. (2022). *Grunnbok i psykisk helsearbeid for vernepleierstudenter: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Mantila, H. C. J., Johnson, T., Nytingnes, O. & Hammer, J. (2019). Utforsket pasienters opplevelse av tvang. *Sykepleien*. 107(78900), (e-78900).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900>

Mikkelsen, S. (2005). *Hva er forebygging?* Hentet 16. april 2024 fra:

<https://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>

Norvoll, R. (2010). Makt og avmakt. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (s. 67-97).

Gyldendal akademisk. **\*14 sider**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>

Pedersen, R. & Nortvedt, P. (Red). (2019). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal. **\*352 sider**

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-01-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>

Statsforvalteren (2023). *Tvang*. Hentet 17. april 2024 fra:

<https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/> **\*1 side**

Stensrud, B. (2022). «Når noen ikke vil» - perspektiver på tvang. I T.W. Lie & L. Lien (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. (s. 171- 190). Fagbokforlaget.

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget. **\*122 sider**

Aasgård, I. K., & Ødegård, A. (2021). Forebygging av utfordrerne atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang. *Fontene forskning*, 14(2), 43-57.  
<https://fontene.no/forskning/forebygging-av-utfordrende-atferd-hos-personer-med-utviklingshemming-som-har-vedtak-om-bruk-av-tvang-6.584.876124.169b56eb23>

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Søkeshistorikk

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
15.01.24	1	Brukermedvirkning og tvang	Idun	38	1	2	0
15.01.24	2	Coercion in healthcare	Pubmed	45	1	3	0
11.02.24	3	Coercion in healthcare ethical	Google Scholar	17000	2	1	0
09.03.24	4	Opplevelse av tvang	Oria	9	4	2	1 (utforsket pasienters opplevelse av tvang)
13.03.24	5	Erfaringer med tvang	Oria	43	5	1	0
13.03.24	6	Redusere tvang	Oria	18	5	1	1 (forebygging av utfordrerne atferd)
14.03.24	7	Tvang og selvbestemmelse	Oria	23	1	2	0
14.03.24	8	Tvang og avmakt	Google Scholar	892	5	1	0
15.03.24	9	Tvang etiske utfordringer	Oria	19	2	1	1 (synet på etiske utfordringer)