

# En diskusjon om fenomenet tvang og hvilke tiltak som medvirker til en reduksjon i bruk av tvang i psykisk helsevern

Henrik Storjord Ramstad



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2019

## SAMMENDRAG

Forfatter: Henrik Storjord Ramstad

”En diskusjon om fenomenet tvang og hvilke tiltak som medvirker til en reduksjon i bruk av tvang i psykisk helsevern”

Veiledere: Nora Nord Rydningen og Erik Stanecke

Oppgaven er en utredningsstudie av fenomenet tvang i offentlig psykisk helsevern, samt en diskusjon om hvilke tiltak som medvirker til reduksjon i bruk av tvang. Problemstillingen blir belyst ved en gjennomgang av sentral teori og forskning på området. Jeg har intervjuet tre personer med nøkkelfunksjoner i psykisk helsevern, for å undersøke mer detaljert og erfaringsnært hvilke tiltak som er effektive for å redusere tvangsbruk og hvor utfordringene ligger. Bakgrunnen for valg av litteraturgjennomgang kombinert med intervjuer, var et ønske om å komme kvalitativt nærmere hvilke faktorer som har reell effekt. Funn i oppgaven viser at en klar definering av tvang er vanskelig. Det er klare definisjoner i lovgivningen, men hvordan de enkelte tvangsmidlene blir utført av ansatte er vanskelig å måle. Dette har blant annet medført at det har vært vanskelig å forske på effekten av tvang. Man ser at bruken av tvang varierer innad i Norge og mellom ulike land. Forskjeller i registreringen av tvangsbruk og forskjeller i lovverket som gir adgang til tvangsbruk, kan være noen av årsakene til disse ulikhetene. Med hensyn til hvilke faktorer som medvirker til reduksjon av tvang finner jeg at mange av de samme områdene vektlegges i teori, funn i forskning og i intervjuene jeg har foretatt. De mest fremtredende faktorene som støttes fra begge hold er personlige kvaliteter hos de ansatte og behandlerne. Empati, evne til å lytte med et åpent sinn, kjennskap til de ulike lidelsene, kjennskap til eget reaksjonsmønster og et ekte ønske om å forstå pasienten medvirker til at ansatte virker trygge. Dette vil igjen kunne ha en positiv effekt på pasienter som er nervøse eller paranoide, og bidra til at tvangsbruk i mindre grad blir nødvendig. Brukermedvirkning er et annet element som viser seg å ha god støtte fra både forskning og fra folk som jobber med å redusere tvang i det daglige. En pasient som føler seg sett og forstått, vil lettere kunne bli rolig og trygg. Tidlige tiltak for å forebygge at situasjoner i det hele tatt oppstår, er en viktig rutine ved mottak av nye pasienter. Endrede rutiner på arbeidsteder som et ledd i å redusere tvang kan bli møtt med skepsis blant ansatte, og det er viktig å være tålmodig i starten for å se om et tiltak har effekt eller ikke. Jeg har ikke hatt anledning til å intervju pasienter. Dette gir en begrensning i min studie, da informasjon og erfaringer fra de som kjenner tvangsbruken på kroppen er viktig i en diskusjon om hva som skal til for å redusere tvang i psykisk helsevern. Jeg viser i oppgaven at det finnes noe forskning på dette.

## FORORD

Bakgrunn for mitt ønske om å skrive denne oppgaven, er blant annet at jeg selv har jobbet i akuttpsykiatrien og sett hvor dramatisk det kan oppleves for pasienter så vel som ansatte når tvang blir tatt i bruk. Jeg jobber i tillegg i politiet, hvor vi bruker en rekke virkemidler gjennom dialog for å forhindre ytterligere eskalering av en situasjon og har erfart hvor avgjørende det er å bygge relasjon med, samt ha en forsiktig tilnærming til mennesker som er i en eller annen form for krise.

I mitt arbeid ved akuttpsykiatrisk avdeling har jeg vært vitne til episoder hvor bruk av tvang, har minnet om straff eller forebygging, heller enn at det har fremstått å være en uttalt tenkning om tvangsbruken som et nødvendig ledd i behandling. I enkelte episoder har jeg vært vitne til at ansatte har vurdert pasienten som tverr og aggressiv, uten at man har forsøkt å sette seg inn i årsaken til hvorfor pasienten oppfører seg som han eller hun gjør. Jeg har vært usikker på hvor mye de ansatte har satt seg inn i hva pasienten selv har av tanker rundt sin egen evne til å bruke vold, og om det har vært en dialog med pasienten om hva som skal til for å få ham eller henne til å roe seg ned, dersom det er i ferd med å eskalere. Jeg har registrert at det enkelte ganger var roligere på avdelingen enn andre ganger, og så etterhvert at dette kunne ha en sammenheng med hvilke ansatte som var på jobb.

På bakgrunn av disse erfaringene har jeg blitt opptatt av hvor viktig det er å være klar over hvilke elementer det er som spiller inn når man ser en nedgang i bruken av tvang i psykisk helsevern. En bevisstgjøring rundt dette, vil kunne føre til at man kan bruke slik kunnskap i opplæring av de ansatte, og til bruk i utarbeidelse av retningslinjer for hvordan man skal håndtere risikopasienter på jobb.

Jeg vil rette en stor takk til mine intervjuobjekter, som har satt av tid til meg og mitt prosjekt i sine travle hverdager som ledere i psykisk helsevern. Jeg har stort respekt for dem og deres virke, hvor de daglig står i den utfordrende problematikken som medfølger bruk av tvang i behandling av psykisk syke.

Til slutt må jeg selvfølgelig takke mine veiledere som alltid har vært tilgjengelige, også på svært kort varsel. De har bidratt med mye nyttige innspill og fått meg til å tenke nytt der jeg har stått fast. Det har vært utrolig godt å kjenne på at jeg ikke har stått helt alene i prosessen, samtidig som veilederne mine har pushet meg til å tenke selv, lete på nye steder og utfordre mine egne konklusjoner.

## Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING.....	S.5
1.1 Problemstilling.....	S.7
1.2 Oppbygging.....	S.7
2 METODE.....	S.8
2.1 Metodevalg.....	S.8
2.2 Avgrensninger og forutsetninger.....	S.8
2.3 Intervjuer.....	S.9
2.3.1 Etikk.....	S.9
2.3.2 Intervjuobjekter.....	S.10
2.4 Litteratursøk.....	S.12
2.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	S.12
2.6 Primærkilder .....	S.13
3 PSYKIATRI OG DET PSYKISKE HELSEVERNET .....	S.14
3.1 Ønsket om minimering av tvang; ikke et moderne fenomen.....	S.15
4 DEFINISJONER OG OMFANG I BRUK.. .....	S.17
4.1 Tvungent psykisk helsevern.....	S.17
4.2 Behandling uten eget samtykke.....	S.17
4.3 Isolering, .....	S.18
4.4 Skjerming. ....	S.18
4.5 Mekaniske tvangsmidler, .....	S.18
4.6 Korttidsvirkende legemidler.....	S.19
5 TVANG, ET NØDVENDIG ONDE ELLER BARE ET ONDE?.....	S.20
5.1 Tvang kan ha fatale følger .....	S.21
5.2 Evidens for nytten av tvang.....	S.22
6 TVANG OG BEHANDLINGSALLIANSEN.....	S.24
7 OPPLÆRING/ TRENING.....	S.24
8 FORSKJELLER I BRUK AV TVANG.....	S.25
8.1 Forskjeller i Norge.....	S.25
8.2 Forskjeller mellom land.....	S.26
9 MEDVIRKENDE FAKTORER VED NEDGANG I TVANGSBRUK.....	S.27
9.1 Involvering av pasienten.....	S.27
9.2 Kvaliteter i hjelperen.....	S.29

9.3	Terapeutisk lytting.....	S.30
9.4	Følelsen av å bli sett og forstått.....	S.31
9.5	Samspeilet mellom ansatt og pasient.....	S.31
9.6	Tidlig intervensjon.....	S.32
9.7	Trygghet vs. Sikkerhet.....	S.34
9.8	Risikovurderinger; et forebyggende verktøy.....	S.35
9.9	Fjerning av beltesengen .....	S.37
9.10	Endring av holdninger hos personalet.....	S.38
9.11	Tydlig bruk av lovverket.....	S.40
9.12	Fysisk vs. Verbal intervensjon.....	S.40
10	TILTAK SOM HAR GÅTT PÅ BEKOSTNING AV NOE ANNET.....	S.41
11	ELEMENTER SOM FORSTYRRER GODE TILTAK.....	S.42
12	DISKUSJON.....	S.43
13	ANBEFALINGER TIL VIDERE FORSKNING.....	S.50
14	LITTERATURLISTE.....	S.52

Vedlegg: Intervjuguide

## 1. INNLEDNING

Det er tydelige politiske føringer for reduksjon av tvangsbruk og uønsket variasjon i bruk av tvang, i både i Norge og andre land (Husum, Hem, & Pedersen, 2018). Årsaken til ønsket reduksjon av tvangsbruk er blant annet begrunnet med at tvangsbruk kommer i konflikt med pasienters autonomi og selvbestemmelsesrett (Steffensen, Frafjord, Wang, & Lorem 2014). Videre viser forskning at tvang kan være direkte traumatiserende for pasienter (Paksarian, Mojtabaj & Kotov, 2014), noe som i stor grad er medvirkende til at man bør søke å minimere bruken av tvang.

I psykisk helsevernloven har det siden 2017, i følge Husum et al. (2018) vært et vilkår at dersom pasienter skal kunne underlegges tvungen psykisk behandling, må pasienten mangle samtykkekompetanse. Dette underbygger at individets autonomi og rettigheter står sterkt, samtidig som at terskelen for samfunnets mulighet til å gripe inn i folks liv er høy (Husum, 2018).

Et fokus på det å minimere tvangsbruk i psykisk helsevern er viktig når man snakker om pasientrettigheter. Rettighetene til pasienter har i følge Paksarian et al. (2014) blitt styrket og man ser en økning i respekt for pasienters selvbestemmelsesrett, nasjonalt og internasjonalt- også i psykisk helsevern. Dette har ført til at Norge gjentatte ganger har blitt kritisert av både norske og internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner for sin bruk av tvang, og da særlig hva angår bruk av ECT, diskriminering av mennesker med psykiske problemer, dårlig dokumentering av tvangsbruken samt en ulikhet spredt utover hele landet når det gjelder bruk av tvang (Husum, 2018).

FNs konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne representerer en beskyttelse for mennesker som sliter psykisk mot diskriminering og forskjellsbehandling. Norge er forpliktet til å følge denne konvensjonen, etter ratifiseringen i 2013. Det er viktig at sårbare mennesker som er til behandling for psykiske lidelser er riktig ivaretatt og blir beskyttet av et lovverk som gir lite rom for bruk av tvang utover det som må ansees å være helt nødvendig og til det beste for pasienten.

I tillegg til at det er vondt for mennesker å bli påført tvang i en behandlingssituasjon, har bruk av tvang en innvirkning på arbeidsmiljøet og sikkerheten til de ansatte i psykisk helsevern. Nijman, Merckelbach, Evers, Palmstierna & Campo (2002) har funnet at aggresjon hos pasienter på lukkede avdelinger i psykisk helsevern truer sikkerheten og helsen til både ansatte og pasienter, hvorpå miljøpersonale er særlig utsatte for angrep. Vold fra

pasienter kan, utover de fysiske og de psykiske påkjenningene i tillegg medføre store økonomiske utgifter.

Helsedirektoratet de siste ti årene lansert to tiltaksplaner for å redusere bruk av tvang i behandling og kvalitetssikre bruk av tvang innen de psykiske helsetjenestene” (Husum et al. (2018) refererer til Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet 2006).

Bremnes (2019) viser til at nasjonale strategidokumenter samt styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene over mange år har forsøkt å redusere tvangsbruk, og at pakkeforløp for psykisk helse og rus i tjenestene ble innført i 2019.

Dette skulle i følge Bremnes (2019) bidra til at man prioriterer involvering av pårørende og brukerne, samarbeid med kommunen, systematisk utredning samt mer fokus på oppfølging av pasientene som et ledd av behandlingen. I tillegg til målet om at tvang skal reduseres, ønskes en utstrakt bruk av kriseplan og individuell plan under behandlingsforløpet.

Det er av Helsedirektoratet iverksatt egne tiltak for å forebygge bruken av tvang samt å redusere opplevde krenkelser. Det har også blitt utarbeidet retningslinjer for skånsom gjennomføring av tvang når det først er ansett som nødvendig å ta i bruk (Bremnes, 2019). Den offentlige helsestatistikken viser foreløpig lite effekt til tross for disse handlingsplanene iflg Husum et al., (2018). Det man imidlertid ser, er at mange prosjekter som mer eller mindre på eget initiativ har forsøkt å gjøre noe med tvangsbruken lokalt, har hatt en god og merkbar effekt (Husum et al. 2018).

Enkelte steder har altså fått det til, mens andre steder er forekomsten av tvangsbruk fortsatt høy. Det er forsket på forskjeller i forekomsten av tvangsbruk og jeg vil i denne oppgaven forsøke å komme nærmere en forståelse av hva denne forskjellen handler om og hvordan hva man kan lære av de som lykkes. Jeg vil kommentere noe av den foreliggende internasjonale og norske forskningen på dette området. I tillegg vil jeg gjennom intervjuer belyse hvilke tiltak som bidrar til reell reduksjon av tvangsbruk.

## 1.1. Problemstilling

Hva er fenomenet tvang og hvilke tiltak medvirker til en reduksjon i bruk av tvang i offentlig psykisk helsevern?

## 1.2. Oppbygging

Jeg vil i de følgende kapitlene gjennomgå metodevalg og avgrensninger. Deretter vil jeg presentere mine intervjuobjekter, før jeg skriver litt om psykiatrien og psykisk helsevern. Dette er viktig da en drøfting av tvangsbruk må sees i sammenheng med vår forståelse av psykisk helse og samfunnets oppgaver knyttet til dette, samt hvordan synet på bruk av tvang har endret seg i takt med vår forståelse av psykiske lidelser. For å kunne snakke om hva som er med på å redusere bruken av tvang, er det nødvendig å se på selve fenomenet tvang, begrepsbruk og hvordan tvang finnes i like og ulike former rundt om i verden. Deretter vil jeg se på definisjoner og noe av omfanget i bruken av de ulike tvangsmidlene, før jeg tar for meg noen av tvangens baktepper etterfulgt av hva forskning sier om evidens for nytten av tvang. Etter dette følger et avsnitt om hva tvang kan gjøre med behandlingsalliansen etterfulgt av viktigheten av opplæring av de ansatte i teknikker for å forhindre fysisk intervensjon.

Videre vil jeg se på hvordan bruk av tvang varierer, både mellom institusjoner i Norge og på verdensbasis, med en tanke om at variasjonen kan gi et bilde av hvor ”skoen trykker”. Funn fra foreliggende forskning og teori direkte knyttet til reduksjon av tvang vil deretter bli gjennomgått, og her vil jeg knytte inn informasjon fra intervjuobjektene. I denne sammenheng vil jeg drøfte hvilke tiltak som viser å ha hatt effekt, om det finnes elementer som forstyrrer tiltak for å redusere tvang, og vurdere om det finnes tiltak som har gått på bekostning av noe annet. Til slutt presenteres mine anbefalinger til videre forskning. Jeg vil underveis i oppgaven drøfte noen nyanser der jeg synes det er naturlig. Min stemme vil således ikke vente med å tre frem før diskusjonsdelen.



## **2. METODE**

### **2.1. Metodevalg**

Oppgaven er en utredningsstudie av fenomenet tvang i offentlig psykisk helsevern, samt en diskusjon om hvilke tiltak som medvirker til en reduksjon i bruken tvang.

Jeg har innhentet aktuell litteratur innen området, både norsk og internasjonal slik at jeg har fått et grunnlag for å skrive om hva som allerede foreligger av forskning .

Gjennom intervjuer av personer med nøkkelfunksjoner har jeg forsøkt å undersøke mer detaljert og erfaringsnært hvilke tiltak som er effektive for å redusere tvangsbruk og hvor utfordringene ligger. Jeg har jobbet utfra en antagelse av at erfaringer og synspunkter fra personer som jobber innen feltet i det daglige kan være med å berike øvrig forskning og litteratur.

Bakgrunnen for valg av litteraturgjennomgang kombinert med intervjuer, var et ønske om å komme kvalitativt nærmere hvilke faktorer som har reell effekt.

### **2.2 Avgrensning og forutsetninger**

Jeg har ikke hatt anledning til å intervjuer mer enn tre personer. Det har tatt tid å finne frem til aktuelle personer, avtale tidspunkt med disse som skulle passe både meg og dem, samt transkribere de ulike intervjuene. Svarene intervjuobjektene har gitt vil ikke bli behandlet som evidens for hvordan praksis er ved deres institusjon. Intervjuobjektene forstås som talspersoner for sitt faglige perspektiv og sin posisjon i institusjonen. I den grad de refererer til evidens eller teori vil dette knyttes inn i den generelle diskusjonen. Deres øvrige svar brukes til å gi eksempler som kan tydeliggjøre og utdype effektfulle tiltak og utfordringer innen feltet, samt at de gir et innblikk i hvordan helseledere tenker og gjør seg erfaringer om dette temaet. Gjennom å intervjuer ledere ved ulike institusjoner vil det kunne være en risiko for at de velger å utelate noe til fordel for å vektlegge andre ting i sine fortellinger for å gi et så godt bilde av sitt arbeidssted som mulig.

Jeg ønsket i utgangspunktet å ha et eget kapittel om psykiatriens historie, all den tid dette er relevant i forhold til hvordan synet på tvang som en del av behandling av psykisk syke har endret seg i takt med psykiatrien. Dette ville ha tatt for stor plass i min oppgave, så jeg måtte dessverre avstå fra å skrive om det. Jeg har allikevel nevnt litt om hvordan man så på bruken av tvang i tidligere tider, for å så vidt kunne diskutere om tvang var et vanligere virkemiddel før eller om det finnes forskning som nyanserer en slik antakelse. En utfordring her er at det vil bli en kortfattet historisk oppsummering, sett i forhold til hvor mye litteratur som finnes angående psykiatriens utvikling. Enhver oppsummerende samling av historiske fakta er per definisjon ufullstendig (Harris, 2009), også denne.

## **2.2. Intervjuer**

### **2.3.1. Etikk**

Mine intervjuobjekter er ikke anonymiserte i oppgaven, noe samtlige har samtykket til. Alle har fått tilsendt oppgaven slik at de har fått anledning til å gå igjennom de avsnittene hvor jeg har sitert/ henvist til dem, og jeg har bedt om en tilbakemelding på om det er noe de ønsket endret. Ingen av intervjuobjektene hadde noen ytterligere kommentarer til mine henvisninger. Intervjuobjektene er ledere av sine respektive avdelinger og de er offentlige stemmer som allerede utad har debattert temaet tvang og hvordan redusere tvang.

Før prosjektets start, kontaktet jeg Personvernombudet ved UiO, Maren Magnus Voll og informerte henne om mitt prosjekt samt at jeg skulle foreta intervjuer i forbindelse med prosjektet. Hun ba meg om å kontakte NSD (Norsk senter for forskningsdata), for en vurdering om min lagring av materiale fra intervjuene var i tråd med deres retningslinjer, samt om regelverket i forbindelse med at mine intervjuobjekter ikke var anonymiserte, var overholdt. Svaret fra NSD er referert under:

”Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 3.4.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig

bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a”.

### 2.3.2. Intervjuobjekter

Intervjuobjektene er valgt ut på bakgrunn av deres arbeid for å minimere bruken av tvang i psykisk helsevern. Jeg ønsket primært å intervju personer i lederstillinger, for på den måten få et innblikk i hvordan de med et helhetlig bilde av hva som fungerer eller ikke fungerer tenker rundt bruken av tvang. Intervjuobjektene er valgt ut med tanke på å få en bredde i erfaring og informasjon. De fikk i forkant av intervjuet tilsendt min problemstilling og spørsmålene jeg hadde laget for å belyse denne.

Personene jeg har intervjuet er:

Psykologspesialist Tormod Stangeland, Leder av Mobilt behandlingsteam Ungdomspsykiatrisk klinikk, Akershus Universitetssykehus, hvor han var med på å starte og senere lede Mobilt behandlingsteam, et ambulant akutteam.

Psykologspesialist Asbjørn Kolseth. Sjefpsykolog ved akuttpsykiatrisk seksjon, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, og har ansvaret for psykologene som jobber i postene på avdelingen.

Sykepleier Martin Veland, Lovisenberg sykehus, Klinikksjef ved Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Veland har jobbet med flere prosjekter med forbedring i fokus. Noen eksempler er ”Riktig og kvalitetssikret bruk av tvangsmidler, samt ”Brukerstyrte innleggelser i akuttpsykiatri.”

Stangeland var interessant for meg å få lov til å intervju, fordi jeg synes måten han og teamet hans jobber på er nytenkende og modig. Ved å reise ut til hjemmene til unge mennesker som opplever ulike problemer av psykologisk art og snakke med dem og deres nærmeste, får Stangeland en unik mulighet til å hjelpe til med å gjenopprette sårbare relasjoner før de eventuelt brytes helt. Et brudd i relasjoner i hjemmet til en ungdom med problemer kan sammenlignes med at den siste skanse i hjemmet som omsorgsinstitusjon er

forsert, og det offentlige må ta over- noe som kan medføre bruk av tvang for å behandle ungdommen. Det mobile teamet som Stangeland leder ble etablert som et prosjekt for å redusere akuttinnleggelser av unge mennesker. Det var min veileder Nora Nord Rydningen som anbefalte meg å kontakte Stangeland.

Asbjørn Kolseth var en av mine veiledere på Ullevål Sykehus da jeg var der i forbindelse med min hovedpraksis. Jeg deltok på flere møter hvor Kolseth snakket om forebygging av tvang og forebygging av selvmord blant innlagte pasienter. For meg var det naturlig å be Kolseth om jeg kunne få lov til å intervju ham til min hovedoppgave.

Martin Veland er en profilert helsearbeider som har hatt suksess med å redusere tvang ved Lovisenberg sykehus. Etter å ha lest om ham og hans arbeid i ulike fora, forstod jeg at et intervju med ham ville tilføre mye verdifull informasjon.

Samtlige av mine intervjuobjekter har vært svært imøtekommende til mine henvendelser. De har tatt seg god tid til å forberede seg før jeg intervjuet dem. Dette har ført til at jeg har fått en mengde nyttig og aktuell informasjon. Intervjuene ble foretatt sommeren 2019 på de ansattes respektive arbeidsplasser og ble tatt opp på lyd ved hjelp av min egen mobiltelefon. Intervjuene, som hver varte ca 1 time, ble transkribert i sin helhet.

Jeg har benyttet meg av et åpent intervju som var fokusert av en intervjuguide med noen spørsmål om erfaringer med å redusere bruken av tvang. Intervjuobjektene har blitt bedt om å fortelle så fritt som mulig om deres personlige erfaringer som omhandler temaet i min oppgave. Et viktig element i det kvalitative intervjuet, er å la informanten fortelle fritt om sine erfaringer (Lindseth & Nordberg, 2004).

Jeg har ikke endret på Intervjuguiden, men jeg gjorde om noe på spørsmålsstillingen og rekkefølgen på spørsmålene underveis slik at de ble tilpasset situasjonen og respondenten. (Intervjuguiden vedlegges til slutt i oppgaven). I følge Malterud (2003) vil man, dersom man inviterer den som intervjues til å dele sine erfaringer, få fatt i den den rikeste kunnskapen. *”Det er da særlig de konkrete hendelsene som bør komme frem når respondenten snakker om sine erfaringer. På denne måten vil man kunne få frem en opplevd historie med en spesiell betydning for respondenten”* (Malterud, 2003). Intervjuguiden ble valgt med bakgrunn i mitt ønske om å la mine informanter snakke så fritt som mulig innenfor rammene av mitt tema og min problemstilling. Spørsmålene er derfor få, men direkte knyttet til min problemstilling.

## 2.4. Litteratursøk

I mine litteratursøk benyttet jeg de engelske søkeordene: "Coersion", "training", "mental health staff", "physical intervention" "psychiatric care" og "reduction", i tillegg til norske søkeord: "tvang", "nedgang", "deeskalering", "kvaliteter i ansatt" "kvaliteter i hjelper" og "psykisk helsevern." Jeg benyttet meg av søkemotorene PsychInfo og PubPsych, i tillegg til den generelle søkemotoren til universitetet, Oria. Søkeordene ble valgt ut med bakgrunn i at jeg anså dem som nøkkelord i forbindelse med temaet jeg ønsket å skrive om i oppgaven min, samt at jeg anså dem som å gi meg litteratur med tilstrekkelig bredde slik at jeg kunne velge mellom et godt utvalg artikler.

## 2.5. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artiklene skulle være på engelsk, norsk, svensk eller dansk.
- Artiklene måtte være primærstudier.
- Artiklene måtte være vitenskapelige.
- Artiklene måtte være fra land som kan relateres til norske forhold.
- Artikler yngre enn fra 2008.

Eksklusjonskriterier:

- Studier utført utenfor Europa, USA eller Canada.
- Studier eldre enn publisert år 2008.
- Sekundærkilder.

Valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier er basert på mitt ønske om å vise tydelig hva jeg ser etter, og det viser at jeg er kritisk til hva de vitenskapelige artiklene skal omhandle. Det er i følge Thidemann (2015) nyttig å begrense søket til litteratur fra land som kan relateres til norske forhold, og dette har jeg tatt hensyn til i mine kriterier.

Fordi bruk av tvang er både faglig og politisk fundert, ville jeg selektere litteratur som er nær nok vår egen samtid. Jeg bestemte meg for å holde grensen på 10 år, men flyttet grensen med et år for å få med en viktig rapport som ble utgitt i 2008.

## 2.6. Primærkilder

Jeg kom til slutt frem til 7 forskningsartikler som jeg har benyttet som min primærkilde til min oppgave. Disse er :

Steffensen, F., Frafjord, J., Wang, C.E.A. & Lorem, G.F.(2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 11(2), s. 115-124.

(Søkemotor PubPsych, søkeord ”Tvang, psykisk helsevern”, 33 treff, jeg valgte artikkel nr 3).

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de- escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 206, s. 477- 455.

(Søkemotor PubPsych, søkeord ”Training, Mental Health staff”, 72 treff, jeg valgte artikkel nr 4).

Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C. & Davis, S. (2009). Physical intervention: a review of the literature on its use, staff an patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, s. 99- 105.

(Søkemotor PubPsych, søkeord ”Physical intervention”, 1565 treff, jeg valgte artikkel nr 1).

Berring, L.L. & Buus, N. (2018). Deeskaleringsprosesser: En gjennomgang af litteraturen om deeskalering af vold og trusler på psykiatriske afdelinger. *Klinisk Sygepleje*, 32(1). s. 16-33.

(Søkemotor PubPsych, søkeord ”deeskalering”, 1 treff).

Lillevik, O.G., & Øyen, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, vol 6(2).

(Søkemotor Oria, søkeord ”Kvaliteter, hjelper”, 61 treff, jeg valgte artikkel nr 1).

Husum, L.T., 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*, vol 15.

(Søkemotor Oria, søkeord ”tvang, psykiske helsetjenester, etikk”, 27 treff, jeg valgte artikkel nr 4).

Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K.G. (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus”. Helsedirektoratet. Sintef Helse. (Søkemotor Oria, søkeord ”tvang, alternativer, sykehus”, 41 treff, jeg valgte artikkel nr 1).

Jeg har i tillegg innhentet litteratur fra andre artikler, som fremkommer i referanselisten. som jeg har benyttet for å utdype og belyse i mine diskusjoner. Jeg har forsøkt å holde meg til samme eksklusjonskriterier som nevnt over, men jeg har allikevel valgt å benytte noe eldre litteratur i tillegg. Øvrig litteratur fant jeg ved å søke på samme måte som da jeg fant primærkildene mine ved å benytte meg av ulike relevante søkeord. Ved å lese litteraturreferansene til noen av mine primærkilder fant jeg også frem til spennende og nyttige artikler som jeg kunne hente relevant informasjon fra.

### **3. PSYKIATRI OG DET PSYKISKE HELSEVERNET**

Det kan av flere grunner være nødvendig å definere hva som er ”psykiatriens felt” i en oppgave som omhandler bruken av tvang i psykisk helsevern.

Ved å definere hva feltet psykiatri innebærer, vil det også kunne bli lettere å se hva slags grunnleggende spørsmål psykiatrien møter (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010).

Ved å dykke ned i hva feltet psykiatri innebærer, kan man få et innblikk i hva det er med psykiatri og behandlingen av psykiske lidelser som gjør at man opp igjennom tidene og frem til i dag har benyttet behandlingsformer som medfører at pasienter utsettes for inngrep mot deres uttalte vilje. Engelsrud (2006) spør om det går an for en utenforstående uten kjennskap eller kunnskap om psykiatri, mentale lidelser, behandling eller relevant lovgivning, å tenke at tvang utført mot en psykisk syk person vil kunne være til det beste for den som utsettes for dette.

En definisjon av psykiatrien i sin helhet vi kreve for stor plass i denne oppgaven, men svært forkortet kan man i følge Skårderud et al. (2010) definere psykiatri som et eget praksisfelt, hvor det innenfor det psykiske helsevesenet har sine spesifikke virksomheter som løsriver seg mer og mer fra somatikken. Dersom man anser psykiatrien for å være toneangivende for hva man kan identifisere som psykiske lidelser i et samfunn, vil de være nærliggende å tenke seg at det også har en funksjon hva gjelder definering av normal atferd og/ eller ”allmenne”

mentale plager som ikke går som psykiske lidelser. ” *Man kan si at psykiatrien skal favne både en forvaltning av medisinske omsorgsoppgaver i tillegg til at den skal beskytte den til enhver tid gjeldende normalitet*” (Skårderud et al. (2010).

Psykiatrien, som en omsorgsinstitusjon med en samfunnsdisiplinerende funksjon, er også omtalt av den franske filosofen Michel Foucault i hans verk *Galskapens Historie* (1999).

Det at psykiatrien skal se til at både pasientenes og samfunnet forøvrig sine interesser er ivaretatt, er betimelig nok en kime til konflikt når det blir sett på med ulike øyne. Det at man i enkelte tilfeller er nødt til å benytte tvang på pasienter som et ledd i behandlingen, eksemplifiserer denne problematikken. Det som pasienten og pårørende kan oppleve som klare overgrep, kan være noe behandlerne mener er til stor nytte for pasientens bedring (Foucault, 1999).

### **3.1. Ønsket om minimering av tvang; ikke et moderne fenomen**

Var det mer utstrakt og ukritisk bruk av tvang i psykisk helsevern før i tiden? Er det med tidens moderniserende tann blitt så mye bedre?

Selv om det i moderne tid har blitt en større åpenhet rundt psykiske lidelser, og flere har etterhvert stått frem og fortalt sine historier, så kan man med god grunn stille spørsmål ved hvorvidt det egentlig har skjedd en forandring i hvordan psykiatrien og samfunnet både forstår og behandler mennesker med psykiske lidelser nå i vår tid (Andersen & Karlsson, 1998).

Det å anse bruken av tvang som inhumant og at det kan være til hinder for riktig og adekvat behandling av pasienter, er ikke noe som bare tilhører moderne tid.

Da man låste opp sjaklene på de pariske hospitalene Bicêtre og Salpêtrière i 1793, ble de sinnslidende befrikket, og man sørget for at de ble kvitt sine tvangstrøyer og fotlenker. Dette ble i det etterfølgende et bevis på at de psykisk lidende ikke var så farlige som man anså dem for å være, og at det kunne la seg gjøre å behandle dem uten å ha dem i lenker (Høyersten, 2006).

Et enda tidligere holdepunkt for at det kan la seg gjøre å behandle uten et ensidig fokus på tvang, var da York Retreat, en institusjon myntet på bruk av vennlighet og likhet åpnet i 1790,



viste de at til og med de aller mest nødstilte kunne ivaretas uten høye nivåer av tvang (Molodynsk, Callard & Khazaal, 2016).

Psykiatrien endrer seg i tråd med samfunnet. Endring er i stor grad positivt all den tid fornying og omgjøring av utgåtte handlemønstre i det psykiske helsevernet fører til mer effektivitet og presisjon. Endring kan imidlertid også ha en negativ komponent. Man ser at i perioden 2001- 2007, så har bruken av tvang i psykisk helsevern økt med 20% (Skårderud et al. 2010 refererer til Bremnes, Hatling og Bjørngaard (2008) ). Hva kan være årsaken til at man ser en økning i bruken av tvang i psykisk helsevern, til tross for et samfunn i utvikling og et økende fokus på pasienters rettigheter og autonomi?

Skårderud et al. (2010) refererer til Vaughn & Leff (1976) når de spør om forklaringen i denne økningen kan ligge i at antallet døgnplasser i akutt- og subakuttavdelinger er kuttet ned på, samt at tiden den enkelte pasient er innlagt på disse avdelingene blir stadig kortere. Forfatterne spør seg om dette har ført til at det har blitt flere pasienter med svært alvorlige symptomer i disse avdelingene, slik at den enkelte pasient blir utsatt et høyere nivå av ”expressed emotions”, altså en sterkere grad av stress og uro og dermed mer utsatt for tvangsbruk.

Man kan undres i om økningen i bruk av tvang heller kan være et resultat av lav trivsel, økt sykefravær og utbrenthet blant de ansatte, som igjen kan komme av en opplevd økning av tidspress og utålmodighet oppover i linjen.

St.meld. nr25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene,” underbygger hypotesen til Skårderud et al. (2010) der de påpeker at et av områdene det var behov for en innsats for å redusere tvang var styrking av behandlingstilbudene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. ”Det er for få behandlingsplasser, for høye terskler for å slippe inn, for lang tid før personer får hjelp, for dårlig oppfølging etter utskriving og for mange som skrives ut for tidlig” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

#### **4. DEFINISJONER OG OMFANGET I BRUKEN AV TVANG**

Det foreligger en rekke ulike definisjoner på hva som menes med tvang i psykisk helsevern og hvordan de ulike tvangsmidlene kan kategoriseres. Jeg har valgt å beskrive de ulike

definisjonene av tvang ut i fra hvordan de blir beskrevet av det offentlige, her – Helsedirektoratet og Sosial- og Helsedepartementet.

#### **4.1. Tvungent psykisk helsevern**

Psykisk helsevernloven (phvl) regulerer tvangsbruken i det psykiske helsevernet. Videre deles bruken av tvang inn i tre hovedgrupper: Tvungent psykisk helsevern, behandling uten samtykke og tvangsmiddelbruk. Det fremkommer at loven også gir adgang til andre inngripen ved gjennomføring av behandling, som blant annet skjerming. Hovedregelen er, at tvangsbruk kan benyttes ovenfor pasienter over 16 år, men enkelte former for tvang kan også brukes på pasienter som er yngre, og at det alltid skal fattes vedtak ved bruk av tvang.

Phlv § 3-3 som sier at dersom vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt, kan en pasient underlegges tvungent psykisk helsevern. Det utdypes her at en pasient kan videre legges inn for tvungen observasjon dersom man er nødt til å avklare hvorvidt vilkårene i § 3-3 er til stede, og at en slik observasjon kan ha en varighet på inntil 10 dager.

For at vilkårene i § 3-3 skal være anses som oppfylt, må behandlingstilskuddet eller farevilkåret være oppfylt; det må være fastslått at pasienten er i behov for behandling på grunn av en alvorlig sinnslidelse, eller at pasienten er til fare for seg selv eller andre.

Sosial- og Helsedepartementet (2006) poengterer at tvangsmidler er tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd, og at tvangsmidler ikke kan brukes i (tvangs)behandlingsøyemed.

#### **4.2. Behandling uten eget samtykke**

Når det gjelder helsevesenets adgang til å iverksette behandling på en pasient uten dennes samtykke, gir Psykisk helsevern loven § 4-4 hjemmel til at pasienten kan behandles uten eget samtykke, såfremt pasienten allerede er under tvungent psykisk helsevern. I forlengelsen av dette fremkommer det at en slik behandling uten samtykke kan forekomme i form av behandling med medikamenter eller at pasienten må tilføres ernæring mot sin egen vilje.

### **4.3. Isolering**

Dersom man er nødt til å holde en person innestengt i et rom eller et område med en dør som er stengt og låst, og det ikke er personal til stede sammen med klienten, anser man det som at man har iverksatt isolasjon (Sosial- og Helsedepartementet, 2006).

Isolering brukes minst av de ulike formene for tvangsbruk, og man så en merkbar reduksjon av dette tvangsmiddelet i løpet av tidsrommet 1980- 1990. Man har gradvis gått fra bruk av isolering til bruk av skjerming. Etter en gjennomgang av bruken av isolering rundt om i landet i perioden 2001-2003 fant man at bruken er begrenset til enkelte psykiatriske sykehus. Det ble ikke påvist noe bruk av isolering ved DPS'er i løpet av denne perioden (Sosial- og Helsedepartementet, 2006).

### **4.4. Skjerming**

Ved bruk av skjerming forhindrer man pasienten i å bevege seg i fellesmiljøet og i å ta del i aktiviteter sammen med de andre. For at man skal kunne skjerme en pasient må det stadfestes at pasienten er utagerende eller meget urolig. Tiltaket må være nødvendig i forhold til behandlingsforløpet eller det må være slik at det er nødvendig på grunn av hensynet til de andre pasientene. I følge lovverket så er ikke skjerming et eget tvangsmiddel. Det medfører at det ikke skal tas i bruk dersom det er nødvendig å få kontroll på en situasjon hvor nødrett er tilgjengelig (Sosial- og Helsedepartementet, 2006).

Skjerming blir ofte benyttet for å gi pasienten ro ved at man reduserer inntrykk og stimuli som kan være uheldig for pasientens mentale tilstand. Dette gjør at skjerming ofte kan fungere som et forebyggende tiltak for å forhindre utagering som igjen kan utløse bruk av tvangsmidler (Sosial- og Helsedepartementet, 2006).

### **4.5. Mekaniske tvangsmidler**

Bruk av belter og reimer på pasienter.

Det må i følge psykisk helsevernloven være fastslått at bruken av tvangsmiddelet anses som helt nødvendig for å stanse en pasient i å skade seg selv eller andre. Det kan også benyttes dersom det anses som helt nødvendig for å forhindre betydelig skade på materielle verdier,

altså må det foreligge en situasjon som er akutt og alvorlig nok til at man kan benytte seg av nødrett, og det er av den grunn nødvendig å fiksere pasienten i belter slik at han eller hun er låst fast til sengen. Psykiatriske sykehus står i følge Pedersen, Hatling & Bjørngaard (2004) for nærmest all bruk av mekaniske tvangsmidler, og det blir tatt i bruk i så og si alle psykiatriske sykehusavdelinger. Det er kun dersom vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-8 er oppfylt, at mekaniske tvangsmidler kan benyttes.

I perioden 2001- 2003 så man en økning hva gjelder bruken av mekaniske tvangsmidler i DPS (Pedersen et al. 2004)

#### **4.6. Korttidsvirkende legemidler**

Sosial- og Helsedepartementet (2006) skriver at de fleste avdelingene i landets sykehus som behandler psykisk syke tar i bruk korttidsvirkende legemidler, som er enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

Det har funnet sted en halvering i bruk av korttidsvirkende legemidler i løpet av tidsrommet 2001 til 2003, og man så at det var liten eller ingen endring i hvor mange pasienter som ble utsatt for slik medisiner. I denne perioden var det altså en nedgang i omfanget av bruken av korttidsvirkende legemidler for den enkelte pasient. Man ser allikevel at det i perioden 2001- 2003 har økt noe hva gjelder bruken av slike legemidler ved DPS'er. Det skal nevnes at økningen statistisk sett slo ut på grunn av to institusjoner hvor det var økt bruk. (Sosial- og Helsedepartementet, 2006)

Hva angår omfanget av tvangsbruk av korttidsvirkende legemidler i norsk psykisk helsevern, så har man ikke per i dag noen data på utviklingen av slikt tvangsmiddelbruk over tid. Sintef Helse har imidlertid foretatt egne kartlegginger av tvangsbruk i psykisk helsevern, innebefattet bruken av korttidsvirkende legemidler i 2001 og i 2003 (Sosial- og Helsedepartementet, 2006)

Norsk pasientregister viser at det i 2017 ble truffet ett eller flere vedtak om tvang for til sammen 7000 pasienter, samt at 16% av alle innleggelse i psykisk helsevern var basert på tvang.

Stubbs et al. (2009) har i sin studie funnet at bruken av tvang er liten, men økende, og anslo at det ble benyttet med en rate på 8 ganger per år i en vanlig institusjon. De fant derimot et mye

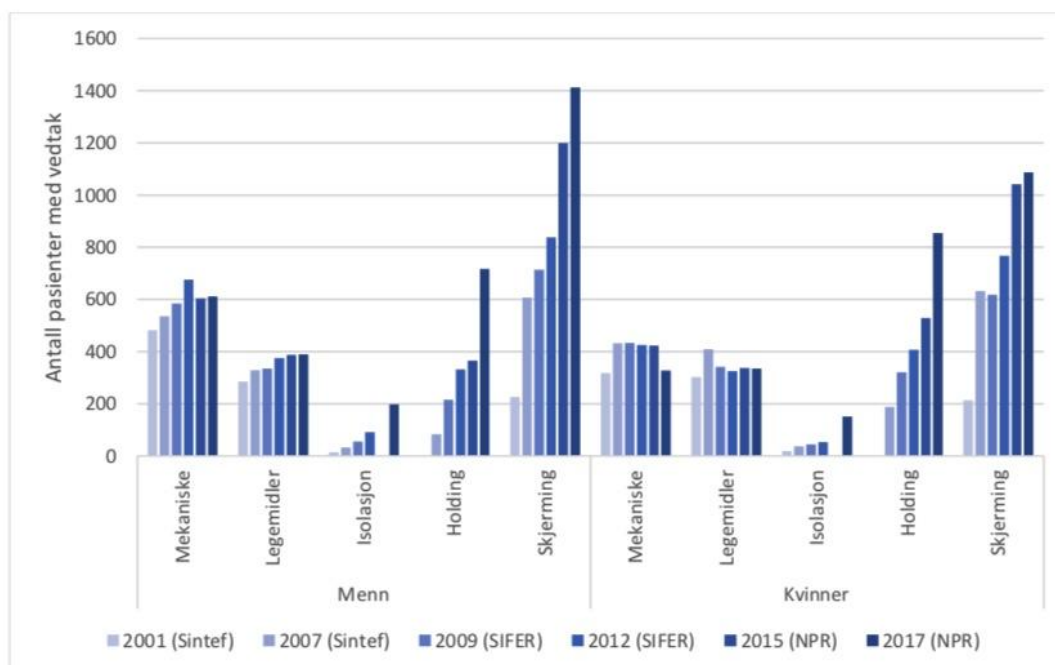
høyere tall i en klinikk med eldre voksne, hvor det ble rapportert at tvang var benyttet i gjennomsnitt fem ganger per måned.

En studie fra et stort norsk psykiatrisk sykehus fant et gjennomsnitt på 230 hendelser årlig, og en litt nyere undersøkelse fra England fant en gjennomsnittlig frekvens i bruk av tvang på 3.13 hendelser per måned (spenn 0.1 – 100) (Stubbs et al. 2009).

Utviklingen i Norge i perioden 2001-2017 tyder på en økning i det totale antallet pasienter med tvangsmiddel og utarbeidelsen av skjermingsvedtak. Man ser i midlertid en nedgang i bruk av farmakologiske og mekaniske tvangsmidler til fordel for mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding (Bremnes, 2019).

Tabellen under er en grafisk fremstilling av disse tallene, hentet fra (Helsedirektoratet.no, Tvang i psykisk helsevern, Utvikling i perioden 2013 - 2017 )

Figur 4.7 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2001 - 2017. Antall pasienter.



## 5. TVANG, ET NØDVENDIG ONDE ELLER BARE ET ONDE?

Tvang kan føre til at mennesker med negativ erfaring på dette området fraråder folk fra videre behandling (Swartz, Swanson & Hannon, 2003). Slik sett kan man tenke seg at selve tvangsbruken kan være medvirkende til at et økende antall mennesker ikke blir fanget opp av

behandlingsapparatet fordi de unngår å søke hjelp. Det kan være at de har hørt små mye negativt om psykisk helsevern og dermed blir tvang en årsak i seg selv til at folk ikke får den behandlingen de trenger og har krav på.

Jaeger et al. (2013) nevner at tvang som er opplevd som negativt av pasienter kan medføre en økt risiko for at de ikke følger opp andre deler av behandlingen, noe som i følge Molodynski, Callard & Khazaal (2016) igjen kan øke ytterligere ufrivillig behandling.

Kan det være slik at tvang i tillegg til å være en belastning for pasienten, også kan føre til at pasientene ikke får tilstrekkelig utbytte av øvrig behandling?

Steffensen et al. (2014) mener at tvang på generell basis blir sett på som negativt fordi det fratras pasientene deres autonomi. Egne interesser blir avslått og pasientene føler seg pasifiserte. Den negative opplevelsen som kommer i tillegg til allerede eksisterende problemer beskrives billedlig av en pasient i studien til Steffensen et al. (2014): *”Det var voldsomt traumatisk å bli sendt på tvang til (sted) fordi jeg var veldig paranoid og utrolig redd også. Redd for å dø, redd for at noen ville ta livet mitt, og så skjer det her, og da blir man paranoid.”*

Norvoll, Hatling & og Hem, (2008) fant at mange pasienter så på bruken av skjerming som en måte å bli straffet på. Dersom en person er psykisk syk, er det nærliggende å tro at en opplevelse av å bli straffet på et sted hvor de blir fortalt at de er for å få hjelp, vil føre til en fortvilet situasjon.

*”Enkelte følte at de ble holdt innesperret i et fengsel og hadde ingen mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Pasientene opplevde det som verre jo lenger de ble holdt på skjerming”*

(Norvoll et al. 2008). Her ser man altså at pasienter kan få en opplevelse av å ha gjort noe galt, noe som trolig er skadelig for pasientens tillit til de ansatte og for tilfriskningen for øvrig.

### **5.1. Tvang kan ha fatale følger**

Duxbury & Paterson (2005) viser til at helsepersonell helt siden 1980- tallet har blitt trent i metoder for bruk av tvang, og at behovet for opplæring ble synliggjort av ”the Richie Report” (1985) som kom etter dødsfallet til en pasient som ble lagt i belter.

Ordskiftet rundt adekvat og profesjonell opplæring for bruk av tvang ble enda mer aktuelt etter at en pasient døde i en sikringsavdeling på en psykiatrisk enhet i Norfolk. Han døde etter å ha blitt holdt i belter i 25 minutter (Duxbury & Paterson, 2005).

At en pasient dør på et behandlingssted er ikke så uvanlig, men det faktum at pasienten døde som en følge av at han ble utsatt for tvangsmidler under psykisk behandling gav naturlig nok grobunn for en rekke kritiske spørsmål.

Forskning viser at det inntreffer alvorlige hendelser assosiert med bruken av flere teknikker og metoder som innebar tvang. Slike hendelser kan oppstå både ved bruken av korrekt utførte metoder, som feks ansiktet opp ved nedleggelse, samt ved bruken av feil utførte teknikker, inkludert uautoriserte variasjoner som feks bruk av makt mot et individs rygg som ligger med ansiktet ned på bakken (Stubbs et al. 2009).

## **5.2. Evidens for nytten av tvang**

*”Vet vi noe særlig om effektene ved bruk av tvang, og hva vet vi om endringer i behandlingsresultatene i forhold til når det er benyttet tvang eller ikke?”* (Helsedirektoratet, 2009).

Psykisk syke skal ikke henvises til en underordnet form for behandling bare fordi de er til behandling mot sin vilje. Hvis de anses som berettiget til behandling, bør de få den best tilgjengelige behandlingen, normalt sett den sikreste (Klein, 1983). Dette understøttes av Bremnes (2019) som sier at *”Behandlingen må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og praksis”*. Selv om det er gjort flere forsøk på systematiske gjennomganger av fordeler og ulemper for ulike måter å fastholde pasientene på, har Lee et al. (2001) funnet at det fortsatt er svært lite empiriske holdepunkter på dette feltet.

Problemer med å kunne definere eksakt hva fysisk tilbakeholding er, utgjør en stor del av debatten på dette området i følge Duxbury & Paterson (2005). Det er dessverre lite forskning med fokus på hva slags type fysisk tilbakeholding som tas i bruk. Det er foreslått at prinsippene er basert på essensielle komponenter, som kan brukes alene eller i kombinasjon: Å gjøre pasienten immobil ved å ta i bruk egen kroppsvekt eller bruk av styrke. Å hindre bevegelse ved bruk av former for holding av de lange lemmene til pasienten og å opprettholde pasienten i en ”off-balance” situasjon (Duxbury & Paterson 2005).

I følge Helsedirektoratet (2009) ser man at det kan være lite samsvar mellom den formelle statusen på tvangen som pasienten er påført og tvangen som pasienten opplever.

Når store deler av forskningen i følge Helsedirektoratet (2009) forholder seg til pasienters journaldokumenterte tvang, kan dette føre til feilaktige funn all den tid det er diskrepans mellom journalført tvang og pasientens subjektive opplevelse av tvangen.

Et annet element som gjør det vanskelig å vurdere effektene av tvang er at det er individuelle måter å utføre tvang på, som igjen har en stor rolle når det kommer til hvordan tvangen oppleves av pasienten (Helsedirektoratet, 2009). Man bør derfor i følge Husum et al. (2018) alltid drøfte om tvangstiltak har effekt, i hvert enkelt tilfelle. På denne måten kan man unngå uenigheter underveis i tvang utførelsen blant de ansatte, noe som trolig vil ville ha fremstått som et stort usikkerhetsmoment for pasienten.

Stubbs et al. (2009) mener at noen former for tvang bør betraktes som skjøre, i og med at prosedyrene i forbindelse med utføringen fort kan endres i sammenheng med en følelsesladet situasjon noe som igjen kan medføre en betydelig økning i risikoen for uheldige utfall. Med dette i bakhodet kan man se verdien i trening av personell slik at de blir opplært i å gjenkjenne sine egne følelser og bli kjent med sitt eget handlingsmønster. Dette kan føre til at ansatte unngår å ta i bruk midler de ellers ikke ville ha gjort dersom de ikke var preget av akutte følelser som kan oppstå i situasjonen.

Helsedirektoratet (2009) skriver blant annet at når det tas i bruk tvang som en del av behandlingen i psykisk helsevern, så skal dette gjøres ut i fra en helhetlig vurdering og at man mener man oppnår et bedre resultat hos pasienten ved at denne behandles selv om det innebærer bruk av tvang.

Det presiseres videre at mange av behandlerne som mener at det er viktig og riktig å iverksette behandling av en pasient selv om det vil føre til tilfeller med tvangsbruk, gjør dette ut i fra en opparbeidet kunnskap om hva som er virksom behandling for forskjellige plager av psykisk art. Helsedirektoratet (2009) viser på denne måten til at den enkelte behandler skal selv til enhver tid holde seg oppdatert på hva forskning sier om evidens for ulik bruk av tvang når man skal behandle psykisk syke mennesker.

Til tross for rapportering som viser at innsamling av data ved bruk av tvang er et meget viktig skritt all den tid man ønsker å gjøre noe for å redusere tvangsbruken, er det en del institusjoner som ikke samler inn eller analyserer slik data (Duxbury & Paterson, 2005 siterer



Day, 2002). Mangelfull registrering og loggføring av tvangsbruk kan gjøre det vanskelig å utføre evidensbaserte studier på omfanget av bruk av tvang og i hvilke situasjoner tvang blir benyttet. Dette kan videre medføre at studier på hva som skal til for å redusere bruken av tvang kan oppleves som mangelfulle eller tvetydige.

Antydninger om at tvang ”fungerer” må derfor sees i lys av dette (Duxbury & Paterson, 2005).

## **6. TVANG OG BEHANDLINGSALLIANSEN**

Steffensen et al. (2014) skriver at det per nå heller ikke finnes mye forskning som tar for seg hva tvang gjør med alliansebygging. De trekker allikevel noen konklusjoner i retning av at dersom tvang først må iverksettes, så vil det være av betydning på flere områder hvordan tvangen utføres, og at det vil kunne gi utslag både for relasjonen og for hvordan pasienten opplever omsorgen på behandlingsstedet. Man må, i følge O'Brien & Golding (2003) iverksette de minst tvangsmessige tiltakene for å håndtere situasjonen og få til de terapeutiske målene, samt at hvert enkelt tilfelle av tvangsbruk bør utløse en mulighet til å se på hvordan en lignende hendelse kan unngås. Kanskje kan man redde/ styrke behandlingsalliansen dersom man tar seg tid til å sitte med pasienten i ettertid av tvangsbruken for å forklare hva som skjedde og hvorfor det ble slik som det ble, samt viser at man ønsker å lytte til pasientens opplevelse av situasjonen?

Man ser altså at bruken av tvang er uheldig for relasjonen mellom pasienter og ansatte, noe som er meget uheldig da forskning viser at nettopp relasjonen mellom pasient og behandler er en av nøkkelkomponentene for en godt behandlingsforløp (Steffensen et al. 2014).

## **7. OPPLÆRING/ TRENING**

Price, Baker, Bee & Lovell (2015) anslår at trening i deeskaleringsteknikker vil forbedre ansattes evne til å deeskalere voldelig og aggressiv atferd og vil øke sikkerheten i praksis. Deeskaleringsteknikker har som mål å stanse eskaleringen av aggresjon, noe Price et al. (2015) mener kan bli gjort ved hjelp av et spektrum av psykososiale teknikker; bruken av ikke- provokativ verbal og nonverbal klinisk kommunikasjon for å forhandle frem en felles akseptabel løsning.

Slik jeg ser det er det å kunne håndtere aggresjon i psykiatriske institusjoner en svært viktig og utfordrende oppgave for profesjonsutøverne, og det er derfor viktig at man trener regelmessig på denne type hendelser.

Undersøkelser gjort av Berring, & Buus (2018) viser at personal kan mangle kompetanse til å håndtere konfliktfylt atferd og at konflikter kan være utløst av personalet selv.

National Institute for Health and Care Excellence (2015) skriver at opplæring blant annet bør kunne gi de ansatte evnen til å utvikle en personsentrert, verdibasert tilnærming til omsorg, en forståelse av forholdet mellom psykiske helseproblemer og risikoen for vold og aggresjon, samt ferdigheter til å vurdere hva slags atferd som kan komme til å medføre vold eller aggresjon. *”Det er funnet konsistent evidens for objektivt målt forbedring i deeskaleringsevner hos ansatte etter trening på dette”* (Price et al. 2015).

## **8. FORSKJELLER I BRUK AV TVANG**

Ved å se på ulikheter i bruk av tvang mellom behandlingssteder i Norge og mellom ulike land, kan man danne seg et bilde av hvordan fenomenet tvang forandrer seg ut i fra geografisk tilhørighet og hva som kan være årsakene til ulikhetene. Dersom man avdekker forskjeller og finner årsaker til ulikhetene, vil det kanskje være enklere å se hvor man skal sette inn tiltak for å redusere tvangsbruken der den er høyere enn andre steder.

### **8.1. Forskjeller i Norge.**

Pedersen et al. (2004) finner at bruken av korttidsvirkende legemidler varierer fra institusjon til institusjon, i følge kartlegging utført av Sintef Helse, og at variasjonene antas å ha sin årsak i ulikheter ved enkeltpasienter mer enn på grunn av institusjonenes praksis.

Dette bildet er imidlertid nyansert da det også er gjort funn som kan tilsi at påviste forskjeller i bruken av mekaniske tvangsmidler mellom sykehus ikke nødvendigvis bare er et resultat av sammensetninger i pasientgruppen; I løpet av 2003 skilte 7 institusjoner seg ut fra resten av institusjonene. De samme institusjonene var også i 2001 utmerket som høye i tvangsbruk i forhold til resten (Pedersen et al. 2004).

Kolseth forteller at det har vært en merkbar forskjell mellom foretakene hva gjelder bruk av tvang og tvangsinnleggelse, hvor noen har veldig lite tvang mens andre har veldig mye. Kolseth sier i den forbindelse at ”*det da er lett å forstå at her er det noe som er galt og man må prøve å se hva som er riktig tvang og lære av de som har lite da. Dette var noe av det første som førte til at nå må vi få ned tvangen. Man fant vel egentlig ut den gangen at det var mere tvangsbruk rundt mere tradisjonelle sykehus. Altså områder som lå rundt gamle asyl, der hvor man var mere vant med å bruke tvang. Og der ble det brukt mye tvang, mens det på andre steder ble forvaltet på en annen måte. Dette var en hypotese*”.

## **8.2. Forskjeller mellom land**

*”Tvangsmedisinering, bruk av tvangsmidler og tvangsinnleggelse er tillatt i de fleste land”* (Husum et al. 2018).

Man ser imidlertid at bruken av tvangsmidler blir møtt med ulike syn ut i fra ulike kulturelle ståsteder. Dette gjelder både for det enkelte land, men også for den enkelte institusjon. Mekaniske tvangsmidler brukes ofte i Norge og i Sverige. I de samme landene blir isolasjon sett på som lite hensiktsmessig, både faglig og menneskelig. Dette står i kontrast til hva man i England mener om bruk av belter, hvor det sees på som en ”arv fra middelalderen”. I England ønsker man å ta i bruk isolasjon til fordel for beltelegging. (Sosial- og Helsedepartementet, 2006 refererer til Hatling, 2002).

Når det gjelder rapportert bruk av tvang i ulike land, skal man være klar over at det med stor sannsynlighet er svært ulike praksiser når det kommer til registrering av tvangsbruk. Store variasjoner i offentlig statistikk, lovverket samt organisering og satsning i helse- og sosialtjenesten gjør det problematisk å sammenligne tvangsbruken i forskjellige land (Sosial- og Helsedepartementet, 2006).

Sosial- og helsedepartementet (2006) refererer til Hatling (2002) når de viser til en studie fra 1990 som omfattet 22 land hvor de fleste hadde en tvangsinnleggesandel på under 15 prosent. I nevnte studie kom Norge ut med en prosentandel på 33,6 hva gjaldt innleggelse basert på tvang, og det var bare noen få andre land som hadde tall som var på høyde med Norge (Sosial- og Helsedepartementet, 2006). Norge fremstår som et land med mye tvang i psykisk helsevern. Slik jeg ser det, har også Norge et godt og etterrettelig rapportering- og registreringssystem. Dette kan medføre at Norge kommer godt over mange andre lands

statistikk hva gjelder bruk av tvang, dersom det sammenlignes med land hvor føringer og praksis rundt registrering av tilfeller ved bruk av tvang ikke er like punktlig.

Dette bør man da ha i bakhodet når man leser at forskning viser at Norge på internasjonal basis har en høy andel innleggelser basert på tvang sett i forhold til den totale mengden innleggelser.

Prinsen & van Delden (2009) finner at de fleste land aksepterer at mental sykdom eksisterer og at det i noen situasjoner fordrer et behov for intervensjon uten pasientens samtykke. De skriver videre at det hersker en konsensus om at slik behandling bør gis på den minst mulige restriktive måte, men at det er forskjell i praksis hva gjelder behandling som innebærer tvang.

*”Selv om en behørig juridisk prosess og beste anvendte klinisk praksis alltid bør følges, er det betydelige forskjeller internasjonalt i de juridiske og kliniske aspektene ved omsorg”* (Prinsen & van Delden, 2009). Dette kan gjenspeile forskjeller i samfunnsmessige og kliniske holdninger. Tvangens heterogenitet er i følge Molodynski et al. (2016) fortsatt dårlig forstått.

## **9. MEDVIRKENDE FAKTORER VED MINIMERING AV TVANGSBRUK**

Molodynski et al. (2016) har funnet at en rekke intervensjoner har vist en oppløftende evne til at det er mulig å redusere bruken av tvang. Selv om bevisene foreløpig er relativt beskjedne peker det fremover, noe som kan forbedre både opplevelsen og resultatet av omsorgen. I det følgende vil jeg presentere hvilke faktorer jeg har funnet.

### **9.1. Involvering av pasienten**

Forskning understøtter pasienters egne refleksjoner over hva som kunne ha ført til at tvang i deres tilfelle kunne ha blitt unngått (Norvoll, Husum & Bjørgen, 2015). Dette legger til rette for en teori om

at det er viktig å snakke med pasienten tidlig i innleggelsesfasen for å sammen kartlegge hva som kan gjøres for å forhindre at det blir nødvendig med bruk av tvang.

Skeem, Manchak, Lidz & Mulvey (2013) har funnet at pasienters egne spådommer om hvorvidt de kom til å bli involvert i alvorlige voldelige hendelser eller ei var meget nøyaktige.

Jeg kommer tilbake til en vurdering av hvorvidt risikoanalyser er nyttig i tvangsforebyggende øyemed, og hvilke typer analyser som kan styrkes av informasjon hentet fra pasienten selv.

Bendiksen (2017) understøtter verdien av å involvere pasienten når han skriver at tvang kan forebygges ved hjelp av brukermedvirkning, myndiggjøring eller empowerment, og at tiltak som blir sett på som gode i tvangsforebyggingsøyemed er blant annet at pasienten får være med på utforming av regelverk på avdelingen, såkalte "husregler", pasientens deltakelse i sengepostrunder samt en mulighet til å delta og utforme sykepleiejournalen. På denne måten ser man altså at det kan la seg gjøre å la pasienten få delta i en rekke elementer som inngår i behandlingen, noe som man må anta vil gi pasienten et bedre eieforhold til situasjonen han eller hun befinner seg i.

Pasient- og brukerrettighetsloven §3.1 sier også noe om dette:

*"Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet etter helse- og omsorgstjenesteloven".* Her fremgår det at man ikke bare skal tilstrebe å involvere pasienten i behandlingen fordi man ønsker å søke en nedgang i bruken av tvang, men at dette er noe man faktisk plikter å etterleve jmfør lovverket.

Det er imidlertid ikke slik at en involvering av pasienten betyr at man ikke skal ha noen rammer eller regler, men heller at man skal la pasienten få en følelse av at deres stemme også er gjeldende, slik at de får et bedre eieforhold til situasjonen de befinner seg i.

Brukermedvirkningen skal være i samsvar med faglig ansvarlig utførelse av profesjonen, noe sykepleieren har ansvaret for at blir utført (Bendiksen, 2017).

Stangeland forteller at de hadde mye utageringer inne på døgnposten før: *"Folk som ikke ville være der reagerte ganske kraftig når de var inne på et sted hvor det var andre som hadde full kontroll over rammene rundt dem og bestemte. Slike rammer sender fort et signal om at her har man ikke noe ansvar for egne handlinger og at man kan gjøre som man vil. Det kan medføre basketak og selvmordsforsøk".* Dersom man unnlater å involvere pasienten i det hele

tatt, kan det altså bli slik at pasienten føler han eller hun ikke er ansvarlige for noe av det de foretar seg.

Pasienten bør av de ansatte stimuleres til selvaktelse, myndighet, autonomi og sosiale ferdigheter (Hummelvoll, 2012), som igjen vil medvirke til at pasienten kan ta bedre avgjørelser om sin egen helse.

## 9.2. Kvaliteter i hjelperen

Deeskalering av konfliktfylte situasjoner på psykiatriske avdelinger er typisk psykososiale og kommunikative prosesser, som blant annet ivaretas av kliniske eksperter basert på taus kunnskap. Deeskalering defineres som komplekse interaktive prosesser, hvor pasienten guides mot en roligere sinnstilstand (Berring & Buus, 2018).

Det argumenteres for at det er mulig å identifisere denne tause kunnskapen og artikulere dem (Berring & Buus, 2018), og det vil slikt sett kunne være mulig å se nærmere på hvilken type kunnskap dette er og hvordan ansatte som innehar slik kunnskap bruker den, bevisst eller ubevisst i situasjoner som de evner å roe ned.

*”Et personale som viser at de ønsker å samarbeide med pasienten og vil respektere pasientens intimsone vil fungere forebyggende”* (Steffensen et al. 2014).

Lillevik & Øyen (2010) framhever også personlig kompetanse hos hjelperen som en faktor når det gjelder å forebygge trusler og vold. Dette underbygges av Kolseth når han snakker om at de blant annet før i tiden, særlig på sikkerhetsavdelinger, gjerne ansatte ”dørvaktsgutter”. Kolseth legger til at *”dette har endret seg, og man ser nå hvor viktig det er å ha ansatte som evner å holde seg rolige og som ikke sitter og håper på situasjoner som krever bruk av fysisk makt”*.

Pasientene var i følge Steffensen et al. (2014) unisone når det kom til viktigheten av at personalet måtte vise empati og anerkjennelse av pasientenes følelser når de viste dem i ulike former. En av pasientene fortalte om psykiateren hans som hadde en meget god evne til å roe ham ned når han begynte å bli urolig, og således unngikk at han ble lagt i belter. Psykiateren hadde en rolig og empatisk væremåte (Steffensen et al. 2014), noe som hadde god effekt på pasienten: *”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 jeg fikk tiltro til henne, at hun faktisk kunne hjelpe meg. ”*

Her ser man at en tilsynelatende aggressiv pasient egentlig var redd og hadde et behov for å bli lyttet til og snakket til på en rolig og betryggende måte.

Pasienten mente at de ansatte oppfattet ham som truende, men at han viste denne atferden fordi han ville vise at han var redd. Han hadde ingen annen måte å vise dette på. Pasienten hadde over tid opparbeidet en tillit til psykiateren, og han roet seg ned når han så henne.

(Steffensen et al. 2014).

Det er trolig at kvaliteter som selvbevissthet og evnen til å opprette kontakt rent interpersonlig med pasienter, vi kunne ha en positiv påvirkning på effektiv de-eskalering (Price et al. 2015).

Det å kunne utvise og signalisere en toleranse for avmakt vil være vesentlig i forebygging av en situasjon som kan eskalere (Isdal et al. 2003). En hjelper som viser at han evner å stå i en situasjon som er ubehagelig der pasienten tydelig viser avmakt og aggresjon, kan være med på å trygge pasienten.

### **9.3. Terapeutisk lytting**

I forlengelsen av å se på hvilke kvaliteter i hjelperen som er viktige for å redusere bruken av tvang, mener jeg man bør se noe på hvorvidt det å klare å lytte ordentlig til pasientene er forsket på. For å kunne forstå en pasient må man jo først og fremst klare å lytte til det pasienten forsøker å formidle. Schibbye (1996) skriver at terapeutisk lytting innebærer å være åpen i stedet for å være forutinntatt når man lytter til en annen, og at man må være mottakelig og villig til å la seg bevege av det klienten sier. Det å gå inn i en samtale med et åpent sinn vil trolig kunne føre til at man blir i bedre stand til å tolke den andres budskap. *”Ansatte bør oppmuntres til å forsøke å være ydmyke og lytte til hva pasientene sier på en humanistisk måte”* (Norvoll et al. 2008).

Dersom man ikke er åpen risikerer man å bare høre sine egne indre objekter i stedet for å høre på klienten. Man må rette fokus mot klientens opplevelse samtidig som man er emosjonelt tilgjengelig. På denne måten kan terapeuten evne å registrere og ta hensyn til forvirring, angst eller usikkerhet som klienten kan oppleve i situasjonen (Schibbye, 1996), noe som trolig vil virke beroligende på pasienten slik at man kan unngå en eskalering som fordrer bruk av tvang.

#### **9.4. Følelsen av å bli sett og forstått**

Det å forbli sint på en person som gir inntrykk av å forstå deg, er nok noe de fleste synes er vanskelig. Steffensen et al. (2014) eksemplifiserer pasienters behov for å bli forstått der de skriver om en pasient som etter å ha knust et glass i veggen ble reimlagt. Hun knuste glasset fordi hun hadde vært svært redd. Pasienten sier at hun så inderlig skulle ha ønsket at personalet i stedet for hadde kommet til henne og snakket med henne, for å forstå hvorfor hun var så redd. Pasienten synes at det var svært unødvendig å måtte bli liggende i reimseng i flere timer. Man ser her viktigheten av å vise pasienten at man ser at pasienten er redd eller sint, og at man anerkjenner disse følelsene.

Steffensen et al. (2014) siterer en annen pasient: *"Bare det å sette seg ned og prate med meg, og høre hva det er for noe. Man klikker jo ikke helt, bare for å gjøre det. Det er en grunn til det. Det som skjedde på en måte, etterhvert som tiden gikk, så ble de mer og mer utålmodige for hver episode som kom. Man kan si at de ble lei av det på et vis. Så da var det liksom bare "ok, nå får vi gjøre det her".."*

For henne så var det helt avgjørende at ansatte hadde evnen til å opptre rolig, være empatiske og ta seg god tid når de snakket med henne. Det var flere ansatte som etterlyste samtaler omkring hva det var som utløste en urolighet i dem og hva som kunne gjøres for å roe dem ned (Steffensen et al. 2014).

#### **9.5. Samspillet mellom ansatt og pasient**

For å kunne forstå hvordan en pasient opplever en situasjon, eller hvorfor en pasient oppfører seg som han eller hun gjør, bør man i tillegg til å lytte til pasienten også vurdere konteksten hendelsen befinner seg i samt ha et fokus på hvordan man oppfører seg mot pasienten. Lillevik & Øyen (2010) har sett på en litteraturstudie fra 2007 hvor vold forklares med egenskaper som finnes i klientene, hvor det særlig legges vekt på psykiske lidelser, tidligere bruk av vold, misbruk av rusmidler, nedsatt impuls kontroll og nedsatt evne til å utvise empati. Dette gir lite rom for å tenke bredere for å forstå seg på hva som kan være årsaken til at pasienter utagerer i behandlingssituasjoner, og man kan se for seg at forhold tilknyttet de ansatte, relasjonene mellom pasient og ansatt samt rent bygningsmessige forhold blir oversett.



*”Ved en slik ensidig fokusering på egenskaper i den enkelte klient er faren for å ikke oppdage relasjonelle årsaker til stede” (Lillevik & Øyen, 2010).*

En oppsummering gjort av NOU i 2010 for å se på hvordan man risikovurderte pasienter med alvorlige psykiske lidelser, viste at det ble fokusert kun på egenskaper ved pasientene. Med bakgrunn i blant annet dette, er arbeidet til BAT- gruppen (Brukerorientert alternativ til vold) et kjærkomment element i arbeidet med å få ansatte til å forstå at samspillet mellom pasienter og ansatte er et viktig ledd i arbeidet for å redusere tvang.

Det var viktig å se på hvordan språket i posten kunne virke krenkende og ydmykende på pasientene. BAT- gruppen jobbet med å få personalet til å bli observante på sin egen måte å snakke på når de var i posten, og legge vekt på en anerkjennende måte å snakke til pasientene på til fordel for en stemplende eller hard måte (Norvoll et al. 2008).

## **9.6. Tidlig intervensjon**

Berring & Buus (2018) viser i sin studie at beltelegging og akutt beroligende medisiner mot pasientens vilje ble brukt til å håndtere aggressiv atferd på akuttavdelinger i situasjoner som var i ferd med å bli ukontrollerbare. Dette kan krenke pasientenes integritet og ødelegge de betydningsfulle interpersonlige relasjonene mellom pasient og personale, i tillegg til at det kan fremprovosere ytterligere vold. Gjennom denne negative spiralen sier Berring & Buus (2018) at risikoen for skader på både pasienter og personale øker. Man får assosiasjoner til ordtaket ”vold avler vold”.

Med dette i bakhodet kan det være nyttig å se på hvordan man på et så tidlig tidspunkt som mulig kan søke å avverge en konflikt.

*”Helst før eskaleringsfasen, hvor det fortsatt er mulig å skape en dialog med pasienten, og hvor personalet hjelper pasienten med å gjenvinne sin selvkontroll” (Berring & Buus, 2018).*

I motsetning til episoder hvor man forsøkte å intervensjonere ved bruk av ulike teknikker når pasienten allerede har startet med å utvise aggressiv atferd, har Martin Veland gjennom sitt prosjekt på Lovisenberg Sykehus innsett verdien av å snakke med pasienten på et så tidlig tidspunkt som mulig, helst rett etter at pasienten har ankommet avdelingen. Veland sine tanker kommer til syne når han sier: *”Når er det skadene oppstår tenkte vi litt på. Jo, skadene oppstår som oftest ved fysisk konfrontasjon. Så dersom vi ser det gjennom en tidsakse, hvor starten er der pasienten kommer til oss på tvang og helt i den andre enden så har vi*

*beltelegging. Det vi gjorde her da er at vi utvidet horisonten og tenkte at vi måtte begynne å snakke med pasienten”.*

Dette underbygges av Berring & Buus (2018) som skriver at et riktig fokus på å forebygge konflikter på et så tidlig tidspunkt som mulig, kan forebygge at konflikter eskalerer til vold.

Prosjektet ved Lovisenberg sykehus er også omtalt av Fonn (2017), hvor det påpekes at de fleste tvangstilfellene skjer innen de seks første timene. På akuttmottakene er det derfor svært viktig med ansatte som forstår verdien av det å intervensere tidlig eller å sette inn tiltak tidlig for å forebygge utagering og aggressiv atferd. *”Man tok pasienten til side nesten rett etter inntak og snakket med ham eller hun om potensielle situasjoner som kunne resultere i konflikt”* (Fonn, 2017).

Veland eksemplifiserer ytterligere når han forteller at *”det er jo i det pasienten kommer til oss at vi må begynne å forebygge det som eventuelt kan skje her. Tvang kan jo være relatert til utagering. Det er jo egentlig en ganske naturlig respons på inngripende makt. Så her har vi gått så langt tilbake på tidslinjen som vi kan, hvor vi kan for eksempel snakke med pasienten om vold. Vi har utarbeidet et intervju, som er testet ut på pasienter hvor vi blant annet spør direkte om vold”.*

Helse Bergen (2017) peker også på at det er viktig at pasienten på et så tidlig tidspunkt som det lar seg gjøre, blir spurt om hva han selv mener er utløsende for angst, uro og sinne. De skriver videre at pasienten også bør spørres om hva han selv mener er til det beste for situasjoner hvor slikt fremkommer, og pasienten skal få anledning til å fortelle om sine egne erfaringer med aggresjon og vold i ulike situasjoner. Dette gjelder også selvskading. Det bør lages en behandlingsplan, helst i samråd med pasienten. Denne planen skal inneholde pasientens *”sårbarhetsområder, utløsende faktorer for vold og aggresjon, varselsignaler og egne mestringsstrategier”* (Helse Bergen, 2017).

Steffensen et al. (2014) eksemplifiserer viktigheten av å snakke med pasientene tidlig i forløpet når de skriver om en pasient som fortalte at psykiateren hans hadde sammen med pasienten evaluert oppholdet da han skulle skrives ut. Pasienten sa at han skulle ønsket at dette hadde blitt gjort mye tidligere i behandlingsforløpet. På den måten kunne det ha blitt foretatt justeringer underveis i forhold til hva pasienten uttrykte av behov og erfaringer. Pasienten sa videre at han i løpet av oppholdet hadde hatt perioder hvor han var bedre enn

andre perioder, og at dersom noen hadde tatt ham til seg og snakket med ham i disse periodene så ville han kunne ha kommet med adekvate refleksjoner omkring egen tilstand og situasjon, sammen med innspill og tilbakemeldinger til behandlerne (Steffensen et al. 2014).

## 9.7. Trygghet versus sikkerhet

Stangeland forteller at et begrep eller en modell de bruker mye i deres arbeidshverdag er forskjellen på trygghet og sikkerhet.

Det som kalles fysiske sikringstiltak etter Stangeland sin modell er alt som foreldre og andre hjelpere gjør for å verne barna fra fysisk fare: *”Alle har i seg det at når man ser små barn så ønsker man å hjelpe dem. Vi gjør det vi kan for å holde dem unna farer som kniver og veps og alt som er farlig. Vi prøver å holde dem i live, noe som er ganske naturlig ”*. Slike sikringstiltak kan man tenke seg er noe som voksne mennesker gjør mye på impuls eller uten å tenke så mye over at de gjør det. Rent instinktivt vil det antakelig være naturlig for foreldre å gjøre en del tiltak for å forsøke å forhindre at barna deres skader seg, da de selv er for små til å kunne gjøre dette selv.

*”Når barna etterhvert blir store, vil også problemene deres blir mye mer alvorlige. De voksne har fortsatt de samme instinktene, som når barnet står der med en kniv og sier at hun vil ta livet sitt, så er det eneste som står i hodet på oss at vi skal få dem vekk ifra den faren”* sier Stangeland og eksemplifiserer ytterligere: *”Når det ikke lenger er nødvendig å sette opp barnegrinder foran trapper eller lokk på elektriske støpsler i huset, vil det være naturlig å tenke seg at foreldrene tilpasser sine tiltak for å skjerme barnet sitt for nye farer”*.

I og med at slike sikringstiltak kanskje ofte er myntet på en reflekshandling eller at det skjer rent instinktivt i foreldrene, kan man se for seg at det ikke alltid er grundig nok gjennomtenkt. Evnen til mentalisering (Target & Fonagy, 1996) hos foreldrene kan kanskje være svekket på grunn av mye følelser i øyeblikket som hindrer en i å tenke rasjonelt. Da kan det være vanskelig å forstå at en person er mer enn sine handlinger, og at han eller hun også har et eget sinn og en egen måte å tenke og prosessere ting på.

I kontrast til sikringstiltak, har Stangeland innført begrepet tryggingstiltak. Han forteller at et trygt barn vet at det er noen som er glade i dem. Det er noen som vil at de skal leve, som er stolte av dem innimellom, har lyst til å være sammen med dem, de bryr seg om de har det bra. Sikringstiltak kan også, i følge Stangeland noen ganger oppleves som et tegn på at noen er glade i en, og eksemplifiserer: *”For eksempel en mor som sier at nå skal jeg sove inne på rommet ditt hver natt fordi jeg vet at du har det så vanskelig. Hun sier hun skal være der fordi barnet ikke skal skade seg eller hoppe ut av et vindu og stikke av og rømme. Det er et sikringstiltak, for å forhindre en krisesituasjon. Så kan barnet oppfatte det som at så glad er mamma i meg, hun er villig til å ofre nattesøvnen sin for å være sammen med meg når jeg har det aller mest vanskelig. Hun kan synge og trøste sånn som hun alltid har gjort. Om hun ikke kan ta vekk det vanskelige så slipper barnet i alle fall å være fullstendig alene. Det er et trygt tiltak”*.

På denne måten ser man at det lar seg kombinere å utføre sikringstiltak såfremt den som utfører det innehar evnen til mentalisering og kan sette seg inn i hvordan barnet opplever det som skjer. I likhet med det vi har sett på som effektivt for å roe ned situasjoner blant pasienter i behandlingssituasjoner, vil moren i dette tilfellet gjennom sin rolige og empatiske væremåte, sammen med evnen til å forklare hvorfor ting blir gjort, få barnet til å akseptere det som skjer og føle at hun blir ivaretatt og forstått.

Stangeland snakker om mentalisering når han sier at man alltid må sjekke ut med den det gjelder, fordi det er lett å se om noe er et sikringstiltak eller ikke fordi det er en ytre handling. Han fortsetter i den forbindelse med å si at *”Men om det oppleves som trygt eller utrygt, det kan vi ikke vite. Vi trenger å spørre den det gjelder. Mamma har gått igjennom rommet ditt og funnet disse pillene og tatt dem i fra deg fordi hun ikke ønsker at du skal dø. Blir du forbannet og krenket, eller blir du lettet og trøstet. Det kan ikke vi vite”*.

## **9.8. Risikovurderinger; et forebyggende verktøy**

Tatt i betraktning de store konsekvensene for pasienter, ansatte og sett i fra et økonomisk perspektiv, bør forebygging av aggresjon i psykiatriske institusjoner ha høy prioritet.

*”Effektiv forebygging fordrer at klinikere og miljøpersonale har evnen til å forutse utagering hos pasienter på en så treffsikker måte som mulig”* (Nijman, et al., 2002).

Det å vurdere risikoen for aggressiv atferd hos en pasient, vil kunne være et viktig virkemiddel all den tid man søker å sette inn forebyggende tiltak så tidlig som mulig. Dersom man klarer å danne seg et bilde av hva sannsynligheten er for utagering, vil det bli lettere å vite hvordan man skal gå frem med den spesifikke pasienten for å forsøke å forhindre at det kommer til situasjoner som kan kreve bruk av tvang.

Nijman et al. (2002) viser i den forbindelse til at det har vært debattert noe rundt hvorvidt klinisk skjønn eller statistisk vurdering er det mest nøyaktige når det kommer til en risikovurdering av pasienter. Deres studie påpeker blant annet at klinisk vurdering innebærer at informasjon om muligheten og risikoen for voldsutøvelse blir prosessert i hodet på den som vurderer, mens i statistiske metoder er den menneskelige vurderingen ikke like fremtredende. Her kan man trekke paralleller fra det som kom frem i avsnittet om ”involvering av pasienten”, hvor pasienters egne vurderinger ble ansatte som verdifulle for å utarbeide en risikoanalyse. En klinisk vurdering vil kunne bli styrket av informasjon som kommer fra pasienten selv.

*”Tatt som et utgangspunkt at funnene i undersøkelsen kan generaliseres til å ha validitet utenfor testkonteksten, så kan dette medvirke til et skifte fra rent klinisk skjønn til en gjennomførbar metode hva gjelder risikoanalyse som er bygget på et samarbeid med pasienten”* (Skeem, et al. 2013).

Hvorvidt statistisk eller klinisk vurdering er det beste med tanke på å forutse fremtidig voldsrisiko, er det uenighet om:

Studier viser i følge Nijman et al. (2002) at statistiske metoder er mer nøyaktige i det å forutse risiko enn bruken av klinisk skjønn. I statistiske vurderinger blir en historie med tidligere voldsbruk ansett som en av de beste prediktorene for aggresjon. Bortsett fra tidligere bruk av vold, så var dårlig sosial tilpasning, substansmisbruk, antisosial PF og psykopati nært knyttet til en forhøyet risiko for bruk av vold (Nijman et al. 2002). Men er det slik at statistiske metoder alltid vil være å foretrekke fremfor klinisk skjønn?

Nijman et al. (2002) har videre funnet at statistiske vurderinger kan ha redusert nøyaktighet når det gjelder akutt innlagte pasienter, og at kortsiktige kliniske vurderinger på sin side er mer nøyaktige. *”Studier har vist at ansatte er over snittet kapable til å forutse aggressiv atferd hos pasienter i psykiatriske klinikker”* (Nijman, et al. 2002). Dette betyr altså at man ikke bør låse seg til kun én metode for å vurdere pasienters risiko for voldsutøvelse, men

heller vurdere hvilken metode som er den beste ut i fra hva man har av informasjon fra før av og hvor tilgjengelig og troverdig pasienten er dersom man ønsker å involvere ham eller henne i vurderingen.

### **9.9. Fjerning av beltesengen**

I intervjuet sier Veland at *”vi tenker på en ny måte: Ikke hvordan vi skal håndtere pasienten med tvang, men hvordan vi kan forebygge ved å være oppmerksom på elementer som kan trigge ubehag i pasienten. Vi forbereder pasienten på ubehagelig informasjon i stedet for å la maktmidler stå fremme som et virkemiddel i seg selv”*.

Psykologspesialist Kolseth ved Ullevål Sykehus har også god erfaring med å gjøre fysiske endringer i miljøet der pasientene ferdes. Han forklarte at de ved å fysisk fjerne beltesengene også innstilte seg på å fjerne bruk av belter fra sinnene til de ansatte.

Kolseth opplyser at *”man forsøker også å fjerne belter fra sinnet ved å ta bort beltesenger som stod ferdig oppstilt rundt om kring. Dette er en merkbar fysisk endring, og man har nok tenkt at det var lettere å bruke disse beltesengene da de stod sånn ferdig klare. Det antas at det beste er å ha transportbelter”*.

Dersom en person begynner å utagere, så bør man forsøke å få kontroll på pasienten og om mulig klare å stå noe lenger i holdesituasjonen før man bestemmer seg for å legge pasienten i belter. Kolseth sier *”dersom man må beltelegge i seng, tar man på pasienten beltene samtidig som man forsøker å roe ham ned. Deretter blir han ført bort til sengen og spent fast i sin egen seng”*.

Et spørsmål man kan stille seg er hvorvidt dette medfører mindre tvangsbruk, men på Ullevål sykehus merket man seg at det ble en mindre anspent stemning på avdelingene når de synlige beltesengene ble borte. Man kan anta at dette førte til en roligere atmosfære blant pasientene ved at de ikke gikk rundt og følte seg indirekte truet av slike senger der de stod ferdig til bruk. Kolseth er også nyansert når han snakker om dette; *”Så kan man spørre seg om det der er noe mindre tvang da, men det er jo noe med det at pasientene tidligere gikk forbi disse sengene hele tiden. Mange pasienter synes at det var veldig ubehagelig å vite at det var slike senger utplassert”*.

## 9.10 Endring av holdninger hos personalet

Det er ikke så vanskelig å tenke seg at et sted hvor det forekommer mye tvang, trenger en relativt stor ending i holdning blant de ansatte for at man i det hele tatt skal kunne forøke å ta i bruk midler som kan ha en positiv innvirkning på minimering av tvangsbruk.

”Riktige” holdninger hos de ansatte og evnen til å endre fastlåste tanke- og handlingsmønstre, viser seg å være en medvirkende faktor i nedgang i tvangsbruk. Gjennom å endre holdninger, klarte Lovisenberg sykehus å minimere beltebruken med mer enn 80 prosent. Det resulterte i akuttpsykiatriprisen i 2017 (Fonn, 2017).

I forbindelse med utdelingen av denne prisen, uttalte juryen at prosjektet (til Veland og hans medarbeidere) viser at det umulige er mulig gjennom forholdsvis enkle, men klart tydelige grep. Prisen kom med ros for sykehusets systematiske arbeid på inntaksposten for å endre eksisterende holdninger blant ansatte. Viktigheten av at endringsarbeidet har vært forankret i ledelsen ble fremhevet, og det ble ansett som unikt at både miljøet og ledere sammen har jobbet for å nå målet (Fonn, 2017).

BAT- gruppen (Brukerorientert Alternativ til Tvang) arbeidet våren 2007 blant annet med å forsøke å endre holdningene til ansatte i psykisk helsevern (Norvoll et al. 2008).

Man ønsket gjennom arbeidet til BAT- gruppen å se om det lot seg gjøre å få de ansatte med på å involvere pasientene i større grad, og om dette kunne føre til en reduksjon i bruken av tvang. Det ble sett på som viktig å ta for seg holdningene til personalet samt å se hva slags kunnskap de hadde om psykiske lidelser.

BAT- gruppa ble i følge Norvoll et al. (2008) møtt med kritikk fra flere da de påpekte viktigheten av å få ansatte til å begynne å reflektere rundt egen evne til å kommunisere med pasienter og hvordan de opparbeidet seg relasjoner til pasientene. De ansatte så på dette som kritikk mot hvordan de utførte jobben sin enkelte steder og som om det de gjorde ikke var bra nok (Norvoll et al 2008).

Kritikk mot endringer på et arbeidssted er ikke ukjent. Også på Ullevål sykehus ble endringer som medførte fjerning av beltesenger tatt i mot med skepsis blant de ansatte, som Kolseth viser: *”Man må ha ny opplæring på hvordan man gjør det dersom man tar bort ferdige beltesenger. Dette medførte litt krangel til å begynne med. Det var folk på gulvet som synes at*

*det var tungvint og farlig. Det ble allikevel pålagt, og så gikk det seg til etterhvert som de ansatte fikk et bedre innblikk i hva dette medførte og man fikk en mulighet til å tenke nytt”.*

BAT- gruppa registrerte at mange av personalet de jobbet med ikke var like engasjerte som dem selv når det kom til det å endre på kulturen på posten. Flere ansatte mente at det ikke ville la seg gjøre å finne andre måter å håndtere deres pasientgrupper på. Det ble blant annet uttrykt bekymring for sikkerheten til de ansatte på postene da det hersket en oppfatning av at BAT- gruppen mente det ikke kunne tas i bruk noen tvangsmidler i det hele tatt (Norvoll, et al., 2008).

Norvoll et al. (2008) så blant annet at husreglene på avdelingene ofte var en årsak til diskusjoner og kranter mellom pasienter og ansatte. BAT-gruppen fant at en del av husreglene på posten med fordel kunne endres og redigeres. Man ønsket seg en mindre regelstyrt post, slik at reglene ikke var til bare for reglenes skyld (Norvoll, et al. 2008) Veland fremhevet det samme, da han snakket om det å fjerne kilder til konfrontasjon: *”Husregler er jo en trigger i forbindelse med eskalering ikke sant. For eksempel det at man ikke får lov til å gå inn på røykerommet klokken 03 på natten, eller ikke får lov ti å gå med caps og lignende. Altså egentlig regler som ikke har noen andre formål enn for personalet. Så der ønsket vi å ha så få regler som mulig og så fornuftige som mulig. Reglene måtte tjene begge formål både for pasienter og ansatte”.*

For å få en slutt på konfrontasjoner i forbindelse med husregler, ble pasientene involvert i prosessen med å endre på reglene. I forbindelse med at tv`en skulle slås av kl 23.00 på posten, opplevde man ofte tøffe situasjoner hvor pasientene mente at tv`en skulle være på lengre. Dette førte til flere utageringer og bruk av tvang. I de redigerte husreglene ble tidspunktet for å skru av tv`en utsatt med en til to timer. Som en følge av dette har det blitt rapportert en merkbar endring med mye mindre uro i forbindelse med dette (Norvoll et al. 2008).

### **9.11 Tydelig bruk av lovverket**

På Ullevål sykehus bestemte man seg for å være enda mere opptatt av å tyde lovverket slik det står enn man kanskje hadde vært tidligere. Enkelte ganger kan det i følge Kolseth ha vært slik at personer ble innlagt på tvang selv om man ikke var helt sikker på om hovedkriteriet var



til stede, men man ønsket dem innlagt av andre årsaker blant annet fordi man mente de var i behov for behandling.

Kolseth sier i intervjuet at *”man har i såkalt gråsonetvangstilfeller tenkt noen ganger at man kunne legge pasienter inn på tvang ved tvungen observasjon, Og det godtok ikke vi og sa at her er ikke kriteriene til stede. Og så ble de overført på frivillig i stedet for. Og da reduserte vi tvang med ganske mye. Vi var kanskje nede i 30 % reduksjon, hvorpå det gikk littegrann oppover igjen senere, men ikke mye”*. Slik Kolseth forteller, så kan man altså få en nedgang i registrert bruk av tvang ved å stramme inn hvordan man forholder seg til lovverket på. I denne sammenhengen kan man se for seg at det ville være riktig å forsøke å bruke mer tid på å få pasienten til selv å innse at det er nødvendig med behandling, slik at pasienten kan samtykke til at dette blir iverksatt.

Kolseth utdyper nettopp dette når han fortsetter med at *”dette var med bakgrunn i loven om at frivillighet skal forsøkes og at man skal ha hovedkriteriet skal være oppfylt. Da fikk vi bort en del sånn gråsonetvang. I tillegg man har tatt loven på alvor hvor lempeligere midler skal være forsøkt. Så da satte vi et større fokus på vurdering av voldsrisiko på forhånd, tidlig involvere pasienten, snakke med pasienten om hva han selv sier om hva man bør passe på dersom han begynner å bli sint og lignende”*. Dette er også trolig en tankegang som kunne la seg videreføre inn i postene, hvor de ansatte har et regelverk å forholde seg til når de skal ta i bruk de ulike tvangsmidlene.

### **9.12 Fysisk versus verbal intervensjon**

Som en forlengelse av Kolseths poengtering av å følge lovverket tydeligere og bruke bedre tid med pasientene for å søke å unngå at det blir tatt i bruk tvang, er det viktig å se på hvordan man skal kunne gå frem for å klare nettopp dette. Deeskaleringsteknikker er i følge Price et al. (2018) den internasjonalt anbefalte intervensjonen i førstelinje behandlingstilstander innen psykisk helsevern, for å håndtere aggressiv atferd. Forskning viser imidlertid at det blir tatt i bruk andre typer intervensjoner som innebærer fysisk kontakt mellom pasienter og ansatte. *”Man ser at mer risikofylte restriksjoner og fysisk intervensjon er det som blir oftest tatt i bruk. Dette gir indikasjoner på at deeskaleringsteknikker ikke blir tatt i bruk like ofte som man optimalt skulle ha sett, eller at det er viktige faktorer som forhindrer effekten/ bruken av slike teknikker”* (Price et al. 2018).

Det kan hende at man må se til hvordan de ansatte trener og hva de trener på, for å finne en av forklaringene på hvorfor det er slik at fysisk intervensjon blir benyttet så ofte. Stubbs et al. (2009) skriver i den forbindelse at det fortsatt er en bekymring for at fysisk intervensjon tidvis oppfattes som det eneste verktøyet man har for å forebygge aggresjon og vold fra pasienter (Stubbs et al. 2009). Som beskrevet i avsnittet "Opplæring/ trening" ser man at trening i deeskaleringsteknikker gir de ansatte en forbedret evne til å håndtere situasjoner uten bruk av fysisk makt.

## **10. TILTAK SOM HAR GÅTT PÅ BEKOSTNING AV NOE ANNET**

Kolseth forteller at de på Ullevål Sykehus hadde et fokus på å forsøke å stå lenger i situasjonen der de måtte holde pasienten før de bestemte seg for å ta i bruk beltesengen: *"Holdesitasjonen ble da noe lengre dersom man forsøker å roe ned pasienten i holdingen og så slipper man pasienten når han har roet seg. Da får man en beltelegging mindre, men timesbruken for holding kan hende går noe opp"*.

Kolseth opplyser videre at de har forsøkt å gjøre det samme med isolasjon for å bruke mindre belter, og at dersom en pasient slår seg helt vrang på rommet og de ansatte klarer å komme seg unna, så kan man låse rommet og se om det roer seg. Som Kolseth sier så har man da sett at *"det har medført en del bivirkninger hvor pasienten har knust inventar da de får lov til å holde på alene. Det er jo egentlig noe man ønsker lite av ved isolasjon fordi pasientene trenger folk når de er veldig sinte eller redde. Noen blir jo veldig redde når de er alene og innestengt, så det må avveies i forhold til om man kan kalle det en nødrettssituasjon, og så må man se om pasienten roer seg eller om man må ta i bruk ytterligere tiltak"*.

Veland har forsøkt å se med lupe etter markante forskjeller ved sykefravær, skader eller utrygghet på avdelingene etter innføringen av nye rutiner for å redusere bruken av tvang, men opplyser at *"I den perioden hvor vi gjennomførte dette ved inntaksposten så vi ikke noen endring på dette"*.

Det man derimot skal være observant på er at et pålegg fra myndighetene om å redusere tvang, uten at det følges opp med alternativer til allerede etablert praksis, kan gi uønskede resultater.

Som Veland poengterer i intervjuet så viser forskning at *”dersom lovgivningen blir gitt bare for å begrense bruk av tvang, så har ikke det noe effekt. Så om det bare kommer en lov som sier det uten å bringe med seg et verktøy for hvordan det skal kunne effektueres, så har det egentlig en motsatt effekt. Tvangen bare flytter på seg, og det kan føre til mere skader og vold mot de ansatte dersom man blir bundet uten noen gode alternativer ”*.

En pålegg om å redusere tvang fra sentralt hold, vil virke meningsløst med mindre det også følger en strategi på hvordan dette skal utføres. Det må foreligge en klar plan på hva man ønsker redusert og hvordan dette på beste måte skal kunne la seg gjennomføre.

## **11. ELEMENTER SOM FORSTYRRER GODE TILTAK**

Dersom man har en plan på hva man skal gjøre for å redusere en eller flere typer tvang på et behandlingssted, kan det være at man møter motstand underveis på grunn av ulike føringer som ikke har tatt høyde for at det som pålegges kan ha en negativ påvirkning på tiltak mot reduksjon i tvangsbruk.

Stangeland trekker frem retningslinjer ved arbeidsplassen hans, hvor det ved alvorlig selvmordsrisiko står at man skal vurdere risiko hver dag. Fornuftige tiltak som aktivisering av en person med suicidal tanker for å normalisere en ellers vond hverdag, kan blir forstyrret av formaliserte og globale sjekklister. Stangeland sier videre: *”Hvor gøy er det da, når folk kommer inn til deg hver eneste dag og spør deg om hvordan du har det, om du har stemmer i hodet som sier du skal dø. Det gir ingen mening. Og klinikere flest finner måter å veie dette opp mot hverandre på, men det er et økende press som særlig har kommet nå i løpet av de siste par årene synes jeg, med alle føringene fra helsetilsynet som mener at sykehuset ikke hører på dem ”*.

Stangeland eksemplifiserer dette ved å henvise til Sanderudsaken i fra vinteren 2017. En tenåringsjente døde da hun var innlagt på en døgnavdeling, hvor helsetilsynet gikk inn med en full bredside til institusjonen etterpå og mente at de ikke hadde gjort jobben sin. De påpekte blant annet at institusjonen hadde hengende pyntegjenstander på veggene som pasientene der kunne bruke til å skade seg selv med. Stangeland eksemplifiserer dette når han sier at *”Du kan jo prøve å oversette det i et tryggingsspråk og sikringspråk, så kan du se hvor du kommer. Ta bort alt som kan gjøre det til et levelig sted. Tar bort alt og gjør det til et isolat. Dette var jo også en jente med lav risiko. Hva gjør de jo da med de som har høy risiko? Dette mener vi ikke er riktig måte å jobbe på ”*.

Veland snakker i denne forbindelsen om styringsbrevene de får, og at de blir målt på aktivitet og produktivitet uten at det er forankret i virksomhetene. Veland tror at dette kan føre til at man leverer en leveranse som ikke nødvendigvis er den riktige, og sier at: *”Siden myndighetene mener det egentlig er byråkratiet som bestemmer for sykehusene isteden for at det er sykehusene som definerer hva vi skal gjøre. Så det har blitt en sånn byråkratisering av hvem det er som driver sykehus. Og der vil jo en new public management være en sånn verkebyll for mange som mener at det ødelegger faget. Som at man drukner litt i forventningen om dokumentasjonen og det å oppnå tallene og slikt. Og dersom det blir sånn at man bruker mesteparten av tiden på å dokumentere i stedet for å behandle, så er jo ikke det noe bra”*.

Det kommer ganske tydelig frem her at ønsket om å være til stede for pasientene og bruke tid med dem for å blant annet oppnå en god relasjon og holde fokus på behandlingen, raskt kan komme i skyggen av pålegg og krav fra sentralt hold.

## **12. DISKUSJON**

For å få en større forståelse av fenomenet tvang og hvilke faktorer som medvirker til en reduksjon i tvangsbruk har jeg gjennomgått teori og evidens på området, inkludert utdypende eksempler fra nøkkelpersoner på området. Jeg vil nå drøfte hva som fremstår sentralt, om ulike faktorer er relatert til hverandre på noe vis, hvilke utfordringer som peker seg ut og hva som kan være viktige fokusområder i fremtiden, både for praksis og forskning.

Forskjeller i bruken av tvang mellom land og mellom behandlingssteder i Norge forteller oss at enkelte steder har lyktes, mens andre fortsatt har høye forekomster av tvangsbruk. Som Kolseth sa, så er dette viktig informasjon all den tid man kan lære av de som har minimert tvangsbruken. Ved å se til de som har implementert effektive tiltak for tvangsreduisering og videreføre deres handlingsplaner i egne institusjoner og avdelinger, unngår man selv å begynne helt i startgropen.

For å kunne definere eksakt hva fenomenet tvang innebærer, er man avhengig av at det foreligger tilstrekkelig med forskning på dette. Duxbury & Paterson (2005) har funnet at det foreligger for lite forskning på hva fysisk tilbakeholding av pasienter i psykisk helsevern

eksakt innebærer, og at det dermed foreligger store rom for ulike definisjoner på dette. En mangel på slik eksakt definering, skaper også utfordringer når det kommer til utarbeidelse av gode opplæringsmodeller og retningslinjer for trening på ”trygg” bruk av tvang. Studier i hvordan pasienter selv oppfatter tvang når de er til behandling i psykisk helsevern, vil kunne gi verdifull førstehåndsinformasjon i så måte.

I Norge har vi, som jeg har vist, relativt gode definisjoner på hva tvang i psykisk helsevern er. Man ser i midlertid at det også her til lands er rom for å kunne tolke retningslinjene ulikt for når tvang kan brukes og hva de ulike tvangsmidlene faktisk innebærer, slik Kolseth viste til da han snakket om ”gråsonetvang”. Kolseth eksemplifiserte dette da han nevnte at man tidligere kunne legge pasienter inn til tvungen observasjon, selv om hensikten egentlig ikke var at man ønsket å bruke tiden på å vurdere hvorvidt kriteriene for tvungen behandling var til stede, men at man ønsket pasienten inn for en kortere reell behandlingsperiode. I samme forbindelse var det interessant å få et innblikk i Kolseth sine betraktninger rundt hvordan en innstramming i tolkningen av lovverket medførte en synlig reduksjon i bruken av tvangsparagrafer. Dette gjaldt jo særlig bruken av tvangsinnleggelse, slik at man heller brukte mer tid og kompetanse på å få innleggelsene til å bli frivillige.

En tilsvarende restriktiv bruk av lovverket inne i avdelingene kan gi lignende resultater på bruken av de ulike tvangsmidlene. Som vi har sett, sier Sosial- og Helsedepartementet (2006) at tvangsmidler kan brukes i nødrettsliknende tilfeller. En strengere tolkning av dette kan føre til at man får færre situasjoner som klassifiseres som nødrettsfordrende. Hva som er å anse som nødrett, vil antakeligvis være noe ulik alt ettersom hvem det er som står ovenfor situasjonen. Igjen mener jeg at en målrettet og grundig opplæring av de ansatte, i blant annet det å håndtere nødrettsituasjoner, kan føre til at ansatte blir tryggere på hva nødrett innebærer, hva lovverket sier om dette og hvordan man kan gjenkjenne en situasjon som fordrer bruk av nødrett.

Verbal intervensjon, som det mildeste alternativet for å nedskalere en situasjon, er å foretrekke når man søker å unngå bruken av tvangsmidler. Price et al. (2018) skriver i den forbindelse at den internasjonalt anbefalte intervensjonen for å søke å roe ned en aggressiv pasient ved bruk av deeskaleringsteknikker, altså en tilnærming som blant annet fordrer gode kommunikative evner. Dette er i samsvar med Veland sine anbefalinger, hvor de ansatte på hans avdeling så det som en gevinst å klare å roe ned en pasient ved bruk av dialog slik at

man unngikk å ty til fysiske tiltak. Kolseth trakk også frem dette som et godt tiltak for å unngå at en situasjon eskaleres:

*”Da forsøker vi å høre med pasienten om han vil ha en kaffekopp, en matbit eller om det er noen han vil snakke med”*. Min forståelse av dette er at en verbal og empatisk tilnærming til en pasient som er i ferd med å utagere ansees fra flere hold å være en potent metode for å unngå at det går mot bruk av tvang mot pasienten. En slik tilnærming vil også kunne medføre at pasienten opplever å bli sett og forstått, slik Steffensen et al. (2014) viser. En pasient som føler at personalet tar ham på alvor og som opplever at hans stemme blir hørt, kan antakeligvis, i større grad enn andre pasienter som opplever det motsatte, evne å kontrollere seg selv bedre i situasjoner som kan ha potensiale for utagering.

Verbal kommunikasjon faller nok enklere for noen å ta i bruk enn for andre. Personlige egenskaper i den ansatte er viktig både isolert sett og som et nødvendig element i interaksjonen og samspillet mellom pasient og ansatt. At den ansatte har evnen til å holde seg rolig i opphetede situasjoner og utstråler en trygghet, kan være en viktig faktor for å roe ned en situasjon. Empati og evnen til å utvise anerkjennelse er i følge Steffensen et al. (2014) viktige egenskaper hos en ansatt for å forhindre at en pasient begynner å utagere.

Kolseth viste til at de så en endring i fysiske konfrontasjoner etter at de sluttet å ansette ”dørvaktsgutter”, og at man etterhvert så verdien i å ha ansatte som klarte å forholde seg rolige i intense situasjoner.

Personlig ser jeg klare paralleller til dette i mitt yrke som politimann, hvor det er svært viktig å fremstå trygg og rolig i møte med mennesker som av ulike grunner virker ustabile, redde, paranoide eller mistenksomme. Kommunikative evner kan nok trenes opp, men det er nærliggende å anta at den ansatte i tillegg bør ha personlige egenskaper som for eksempel et rolig gemytt eller anlegg for å kunne utvise tilstrekkelig med empati ved bruk av verbal intervensjon.

Det å ta i bruk slike kommunikative evner, og benytte dem til å skape en god relasjon så tidlig som mulig er i følge Veland viktig som et ledd i det å involvere pasienten så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Det å snakke med pasienten på et tidlig tidspunkt i behandlingsforløpet og finne ut av hva det er som trigger en mulig utageringssituasjon hos pasienten, kan være et viktig verktøy til bruk i minimering av tvang. Dersom man kan kartlegge risikofaktorer og triggere i pasienten, kan man aktivt jobbe for å hindre at det kommer til en situasjon hvor

pasienten er i ferd med å miste kontrollen over seg selv. Berring & Buus (2018) støtter dette når de skriver at man bør sette seg ned og prate med pasienten, helst før eskaleringsfasen, hvor det fortsatt er mulig å skape en dialog med pasienten, og hvor personalet hjelper pasienten med å gjenvinne sin selvkontroll.

Da jeg snakket med Martin Veland, fikk jeg en følelse av at det han sa egentlig burde være selvsagte ting; at man skal ta en pasient til side rett etter innkomst og snakke med ham for å fortelle pasienten hvor han er og hva de driver med der pasienten er innlagt, samt hvordan man i fellesskap kan søke å unngå at noe eskalerer slik at man må bruke tvang mot pasienten. Men litteraturen jeg har innhentet peker på at mye av opplæringen og rutinene på psykiatriske behandlingssteder fokuserer på hva som skal gjøres når en hendelse først er i gang, altså teknikker for påføring av belter og lignende. Tidlige tiltak FØR en hendelse eventuelt skulle oppstå er slik jeg ser det, kanskje noe av det viktigste man kan gjøre for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Dette er i tråd med Berring & Buus (2018) sine funn. Det beste må jo være å forebygge at noe skjer i det hele tatt, til fordel for å gjøre noe for å hindre eskalering etter at det først har begynt å ta form. Det kan være at ansatte på en avdeling, etter å ha jobbet lenge nok med akuttinnleggelser, glemmer hvordan det kan oppleves for en pasient å komme til et nytt sted med nye rutiner i tillegg til å skulle forsøke å ta innover seg det faktum at man er i behov for behandling for noe man kanskje ikke selv ser.

Veland fokuserte på at de jo ikke kunne forvente at den enkelte pasient kom og visste hvem de ansatte var, hva deres intensjon var og hvor lenge de skulle oppholdes der. Så man prøvde å gjøre det litt komprimert og forutsigbart for pasienten og begynne å forklare hva slags sted de har kommet til, og hvordan ting kom til å se ut fremover.

Det å invitere til slike samtaler med pasienten og å involvere ham i risikoanalyser og behandlingsforløpet forøvrig, kan i følge Bendiksen (2017) forebygge tvang ved at pasienten blir myndiggjort. Pasienten kan blant annet inkluderes i utforming av regelverk på avdelingen, såkalte "husregler". Dette støttes av Stangeland når han sier han har opplevd at pasienter føler de blir fritatt for alt av eget ansvar når de er inne på en avdeling mot sin vilje, og at dette kan føre til at pasientene får en opplevelse at de kan gjøre som de vil.

Pasientene bør altså bli oppfordret til og hjulpet i gang med å øke sin egen myndighet og autonomi, slik vi har sett at Hummelvoll (2012) påpeker.

Slik jeg ser det kan en myndiggjøring av pasienter enklere finne sted om man har ansatte på jobb med de ”rette” egenskapene. Med det så mener jeg ansatte som har gjennomgått en grundig opplæring i deeskalering, verbal kommunikasjon, og hva de ulike psykiske lidelsene kan innebære slik at de kan forstå pasienten bedre. De ansatte bør også inneha personlige kvaliteter som består av empati, evnen til å lytte ordentlig til pasienten, samt en type autoritet som skaper trygghet i stedet for usikkerhet. En pasient som føler seg sett og forstått, og som opplever at rammene på avdelingen er fornuftige og enkle å forstå, vil med stor sannsynlighet ha en høyere terskel for å utagere.

Kommunikasjon med en pasient før noe rekker å eskalere, kan som jeg har drøftet være avgjørende for å forhindre bruk av tvang. Det er i midlertid også viktig å tenke på kommunikasjon som et potent verktøy når tvang først har blitt benyttet. I enkelte tilfeller vil det komme akutte situasjoner der bruk av tvang ikke er til å unngå. Jeg tror det vil være urealistisk å se for seg at man aldri, uansett hvor mange forebyggende tiltak man setter inn, noensinne må bli nødt til å gå fysisk inn for å få kontroll på en pasient.

O'Brien & Golding (2003) skriver blant annet at hver gang tvang blir benyttet, så bør det gjøres på den mest skånsomme måten som mulig, samt at hele hendelsesforløpet bør føre til en mulighet til å se på hvordan man kan minimere bruken av tvang neste gang en lignende situasjon oppstår. Stangelands innspill om viktigheten av at man prater ordentlig med pasienten i etterkant av tvangsbruken, forsterker tanken om at tvang, når det først må benyttes, også kan brukes til noe positivt. Pasienten kan få en opplevelse av at han eller hun blir tatt på alvor og man kan sammen se hva som kan gjøres for at en lignende situasjon skal skje igjen. Oppsummert kan man altså si at det ikke nødvendigvis er katastrofalt dersom tvang en gang i blant må tas i bruk, men at det fordrer at det gjøres med henblikk i å skåne pasienten i størst mulig grad, samt at det ligger en viktig jobb også i etterkant av tvangsbruken, hvor man må snakke med pasienten.

Stangeland setter et fokus på viktigheten av den primære omsorgsinstitusjonen, altså hjemmet. Ved å legge til rette for og hjelpe til med en konstruktiv kommunikasjon mellom foreldre og barn, kan evnen til mentalisering bedres. Ved å fungere som en slags tolk mellom barn og foreldre, kan man altså bidra til at omsorgssituasjonen i hjemmet styrkes. Dette kan forhindre innleggelse og tvangsbruk ved at familier lærer seg å mestre det vanskelige i livet sammen, heller enn at situasjoner topper seg og må håndteres av akuttapparatet. Denne tilnærmingen kan videreføres til avdelingene på institusjoner. I tilfeller der ansatte har vært



redde, bekymret eller sågar sinte, kan dette settes ord på slik at pasienten kan forstå at enkelte hendelser skaper frykt og usikkerhet blant de rundt en og vica verca. Dette kan føre til at pasientene får et mer helhetlig syn på situasjonen de befinner seg i, at de ansatte også er mennesker med følelser og behov og at det er et samarbeidsprosjekt å skape en behandlingssituasjon som hjelper pasienten på lang sikt.

Det foreligger forskning på risikofaktorer i pasienter (humør, sykdom osv), som kan benyttes i opplæringsøyemed for ansatte. En opplæring og regelmessig trening for ansatte hvor de øves i gjenkjenning av eget og andres reaksjonsmønster sammen med kunnskap om de ulike lidelsene og hva de medfører av risikofaktorer, i tillegg til en grundig innføring i deeskaleringsteknikker kan skape en svært potent og trygg ansattgruppe. Lillevik & Øyen (2010) skriver at et for stort fokus på risikoelementer i pasientene kan føre til at man unnlater å se en pasients reaksjon i aktuell kontekst. Det er et viktig poeng at man bør være observant på hvordan andre elementer også kan virke inn på en pasients handlingsmåte.

Norvoll et al. (2008) har funnet at språket de ansatte benytter kan medvirke til at pasienter blir urolige, og at dette er noe de ansatte må være klar over når de kommuniserer med pasientene og seg i mellom.

I søken etter variabler som har effekt på minimering av tvangsbruk, kan det være nyttig å også se etter elementer som ikke bare handler om menneskelige egenskaper, for eksempel innredning på avdelingene. Fjerning av synlige tvangsmidler, som beltesengene, har vist seg å ha en god effekt på miljøet i avdelingene. Dette har i følge Kolseth ført til færre episoder hvor pasienter har gitt uttrykk for at de blir nervøse og aggressive av å oppholde seg i miljøet. I forlengelsen av dette viser Stangeland til at det vil være uheldig å strippe en avdeling for alt som kan minne om et normalt liv. En forestilling om at gripbare gjenstander synlig liggende i avdelingene, som bilder, instrumenter o.l., kan være til fare for pasienter, kan medføre at slikt blir fjernet. En avdeling som bare uttrykker sterilitet og har et påtatt institusjonspreg, kan virke uheldig inn på pasienters tilfriskning fordi de hele tiden blir minnet på at de er et sted for ikke- friske mennesker og at de vurderes som så farlige at de ikke engang kan ha normale gjenstander rundt seg. For mennesker som selv er redde for sitt indre, kan dette være med på å øke frykten og opplevelsen av å være annerledes. Jeg mener ikke at man bør skjule og tildekke det faktum at pasienter er på et sykehus og er til behandling for en sykdom, men det kan kanskje være en god idé å forsøke å gjøre det til et levelig sted med en følelse av normalitet oppi det hele.

Hva angår synlige gjenstander og informasjon til pasientene i miljøet i postene, fant BAT-gruppen at det blant annet kan være hensiktsmessig med en mindre rigid holdning til husregler i postene. Ved å lytte til pasientene og signalisere at man ønsker å samarbeide med dem om regelverket, vil det være enklere å forholde seg til reglene, all den tid de ikke oppfattes å være til bare for å innskrenke pasientenes frihet. Poenget jeg skal frem til her er at en synlig plakat i postene med husregler som pasientene har vært med på å utforme, vil trolig være en mindre kime til konfrontasjoner enn en lignende plakat med regler som oppfattes å være til bare for reglenes skyld. Veland påpekte det samme, da han sa at regler på postene må fungere som retningslinjer til det beste for alle parter, både ansatte og pasienter.

Når man innfører tiltak på et arbeidssted, vil det være nærliggende å se for seg at dette også kan ha en påvirkning på andre ting enn bare det man søker å fjerne/ redusere. Et fokus på at man skal unngå beltelegging så langt det lar seg gjøre, kan i følge Kolseth medføre at det blir mer fastholding av pasienter, eller at holdesituasjonene blir lengre. Det samme kan man se der man forsøker å la pasienten få lov til å være alene noe lenger inne på et avlåst rom, for å få avreagert en stund før man eventuelt må gripe inn dersom pasienten ikke roer seg ned. Som Kolseth snakket om, kan dette medføre at det blir noe mer ødeleggelse på inventar i avdelingene. Veland poengterer at henstillinger om reduisering av tvang uten at det medfølger instruksjoner/ informasjon om dette skal gjøres, kan føre til at tvangen bare flytter på seg og i verste fall blir mere skadelig. Dette viser at føringer om det å redusere tvangsbruk må komme sammen med et gjennomtenkt og rasjonelt opplegg for hvordan slik reduisering skal kunne finne sted.

Gode tiltak kan bli forstyrret av ulike elementer. Stangeland viser blant annet til at retningslinjer ved deres arbeidssted tilsier at man skal vurdere en pasients fare for suicid hver dag. Enkelte behandlingssteder har, som tidligere beskrevet, fått kritikk for å ha for mye gjenstander tilgjengelige i miljøet. Gjenstander som pasienter kan få tak i og skade seg selv med. Ved fjerning av alt som minner om et "normalt liv" på en avdeling, og daglige spørsmål om en har tanker om å ta sitt liv, kan fungere som evige påminnelser om hvor "syk" pasienten. Som nevnt vil dette kunne virke uheldig inn på tiltak som gjøres opp i mot pasientens tilfriskning. Blant annet at pasienten skal ha det rolig, få muligheten til å tenke på andre ting enn hvorfor han eller hun ønsker å ta sitt liv, og å få anledning til å føle at de fungerer sammen med andre på avdelingen.

Et annet element som kan virke forstyrrende på tiltak mot tvang er krav fra helsemyndighetene om at alt som blir utført på en avdeling må dokumenteres. Et press om at dokumentering skal ha forrang for omtrent alt annet, kan føre til at det blir mindre anledning til å følge opp pasienter, og mindre tid til sårt tiltrengt én til én samtaler og andre aktiviteter. Man kan kanskje se for seg at slike føringer oppleves som så belastende og tidkrevende for ansatte at de i noen tilfeller velger å unnlate å dokumentere eller loggføre. Dette vil igjen kunne ha en påvirkning på statistikk som er viktig i blant annet forskning på tvang i psykisk helsevern samt i vurderingen om pålagte måltall er tilstrekkelig fulgt.

Steffensen et al. (2014) viser til hvor sårbar behandlingsalliansen mellom klient og behandler er, når han skriver at bruken av tvang er uheldig for relasjonen mellom pasienter og ansatte. Når forskning viser at en god relasjon mellom pasient og behandler, er en av de viktigste, om ikke den viktigste, faktoren for at tilfriskning skal kunne finne sted, er det ikke vanskelig å forstå at man er nødt til å gjøre noe med bruken av tvang for å få dette redusert. Pasienter som utsettes for tvang opplever dette, med noen få unntak, som meget negativt. Slike negative opplevelser vil kunne stå i veien for gode relasjoner med behandlere på institusjonene pasienter befinner seg.

Forskning viser at det finnes gode elementer som kan ha en direkte effekt på minimering av tvangsbruk i behandlingsinstitusjoner. Jeg har i løpet av denne diskusjonen vist at mye av den foreliggende forskningen understøttes av faktorer som mine intervjuobjekter anser å være effektive i reduseringen av tvangsbruk, og har således kommet kvalitativt nærmere hvilke faktorer som har reell effekt. Sett opp i mot det faktum at tvang kan medføre alvorlige negative konsekvenser for de som blir utsatt for det, sågar dødsfall, bør disse faktorene tas på alvor av helsevesenet og være tilgjengelige når man skal utarbeide retningslinjer for å minimere bruken av tvang i psykisk helsevern.

### **13. ANBEFALINGER TIL VIDERE FORSKNING**

Selv om det eksisterer mye og god forskning på området, er det fortsatt rom for ytterligere undersøkelser på mange områder innen bruken av tvang i psykisk helsevern.

Hvordan ansattes holdninger og væremåter påvirker pasientene, er slik jeg ser det et viktig område å utforske mer. Dette støttes av Lillevik & Øyen (2010) som har funnet at personalets væremåte ovenfor pasienter bør være i fokus for fremtidig forskning.

Kunnskap om hvordan profesjonsutøverne lærer deeskalering ser også ut til å være begrenset. Det er i følge Berring & Buus (2018) nødvendig med mer forskning innen dette området for å blant annet kunne utvikle effektive treningsprogrammer.

”Det mangler en del forskning på deeskaleringsprosesser som er direkte anvendelig for helsepersonell. Selv på rettspsykiatriske avdelinger, hvor grensesetting og deeskalering anses for å være vanlig forekommende intervensjoner, anvendes det metoder basert på anekdotisk viten fra hverdagen” (Berring & Buus, 2018).

I mitt kapittel om hva tvang kan gjøre med alliansen mellom pasient og behandler, fremkommer det for meg at det ikke foreligger nok studier på dette. En grundigere gjennomgang av dette fenomenet bør foreligge, slik at man kan ta hensyn til dette når man skal vurdere om det blir tatt i bruk for mye tvang et sted, og om dette kan være direkte til hinder for en god allianse og dermed en god tilfriskning i pasienten. Steffensen et al., (2014) skriver at det per nå ikke finnes mye forskning som tar for seg hva tvang gjør med alliansebygging.

Til slutt vil jeg påpeke at mine funn vedrørende hva pasienter selv opplever er hensikten og motivet bak tvangsbruk er mangelfulle, da jeg ikke har funnet noe særlig med forskning på dette. Litteraturen vedrørende hvordan pasienter opplever ansattes hensikt med tvangsbruk er enda ikke dekkende. Foreløpige funn viser at pasienter ser ut til å ha svært ulik oppfatning av hensikten med fysiske interaksjoner (Duxbury & Paterson, 2005).

Dette temaet er meget viktig, da noe av litteraturen viser at pasienter kan oppleve at tvang blir brukt i mot dem som straff, eller at tvang tas i bruk med onde hensikter. En grundigere studie på dette området er viktig da det vil kunne avdekke elementer ved tvangen man ikke tidligere har vært tilstrekkelig oppmerksom på, nemlig at tvang kan gjøre pasienter enda mere paranoide eller enda mere kritiske til den behandlingen de blir utsatt for. Dette kan medføre økte vanskelige følelser som igjen øker bruken av destruktive mestringsmåter hvilket igjen kan medføre mer tvangsbruk. Denne sirkelen er det avgjørende å unngå i så stor grad som mulig.

## 14. LITTERATURLISTE

Andersen, A. J.W. & Karlsson, B. (1998). *Psykiatrici i endring- forståelse og perspektiv på klinisk arbeid* (utg. 1). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bendiksen, B. N. (2017). Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling? (Bacheloroppgave) Lovisenberg diakonale høgskole.

Berring, L.L. & Buus, N. (2018). Deeskaleringsprocesser: En gjennomgang af litteraturen om deeskalering af vold og trusler på psykiatriske afdelinger. *Klinisk Sygepleje*, 32(1). s. 16-33.

Bremnes, R. (2019). Tvang i psykisk helsevern, utvikling i perioden 2013- 2017. Oslo: Helsedirektoratet.

Duxbury, J. & Paterson, B. (2005). The use of physical restraint in mental health nursing: An examination of principles, practice and implications for training. *The Journal of Adult Protection*.

Engelsrud, G. (2006). *Hva er KROPP*. Oslo: Universitetsforlaget, 2006. - 1. utgave.

Fonn, M. (2017). Vi fjernet beltesengen Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/01/far-pris-redusert-tvangsbruk> .

Foucault, M. (1999). *Galskapens historie (i opplysningstidens tidsalder, histoire de la folie à l'âge classique)*. Gyldendal.

Harris, B. (2009). What Critical Psychologists Should Know About the History of Psychology. I Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin S (Red.), *Critical Psychology: An Introduction*. London: SAGE Publications (2. Utg.)

Høyersten, J. G. (2006). Frihet, tvang farlighet. Bergens Tidende. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/w3WXM/frihet-tvang-farlighet>.

Helse Bergen. (2017). Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mechaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997) Meld. St. 25 (1996–97), Åpenhet og helhet — Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/).

Helsedirektoratet. (2009). Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Hentet fra [https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09\\_behandlsvilkaar\\_psyk\\_helsevern.pdf](https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09_behandlsvilkaar_psyk_helsevern.pdf)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og del*. Oslo: Gyldendal Forlag.

Husum, L.T., 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*, vol 15.

Husum, T. L. (2018). Psykologer kan forebygge tvang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol. 56(9), s. 859- 860.

Isdal, P., Andreassen, S.M., & Thilesen, R. (2003) *Hva er vold? Vold i skolen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Jaeger, S., Pfiffner, C., Weiser, P., Lângle, G., Crossaint, D., Schepp, W., Kilian, R., Becker, T., Eschweiler, G., Steinert, T. (2013). Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 48. s. 1787- 1796.

Klein, J. (1983). The least restrictive alternative: More about less. *Psychiatric Quarterly*, vol. 55(2), s. 106- 114.

Lee, S., Wright, S., Sayer, J., Parr, A.M., Gray, R. & Gournay, K. (2001). Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health*, vol 10(2).

Lillevik, O.G., & Øyen, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, vol 6(2).

Lindseth, A. & Nordberg, A. A. (2004). Phenmenological hermeneutical method for researching. *Nordic College of Caring Sciences*. s.145-153.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo : Universitetsforlaget.

Molodynski, A., Callard, F., & Khazaal, Y. (2016). Coersion in mental healthcare: time for a change in direction. *Bjpsych International*, vol.13(1).

National Institute for Health and Care Excellence (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings NICE guideline. Hentet fra [www.nice.org.uk/guidance/ng10](http://www.nice.org.uk/guidance/ng10).

Nijman, H., Merckelbach, H., Evers, C., Palmstierna, T. & Campo, J. (2002). Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 105(5), s. 390-395.

Norvoll, R., Hatling, T., & og Hem, K.G. (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus”. Helsedirektoratet. Sintef Helse.

Norvoll, R., Husum, L.T., & Bjørgen, D. (2015). Hvordan forebygge tvang? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol. 52(12), s. 1076- 1079.

O'brien, A. J. & Golding, C. G. (2003). Coercion in mental health care: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. vol. 10, s. 167- 173.

Paksarian, D., Mojtabaj, R. & Kotov, R. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, vol. 65, s. 266- 269.

Pedersen, P.B., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2004). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003. SINTEF Helse. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/stf78\\_a045029---tvangsmidler.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/stf78_a045029---tvangsmidler.pdf)

Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L. & Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 74(3),s. 614- 625.

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de- escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 206, s. 477- 455.

Prinsen, E. J. D. & van Delden J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, vol. 35(1).

Schibbye, A. L. L. (1996). Annerkjennelse. En terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, vol. 33, s. 530- 537.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S, & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken, Sinn- Kropp- Samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, vol. 4(1).

Skeem, J. L., Manchak, S. M., Lidz, C.W. & Mulvey, E. P. (2013). The Utility of Patients' Self- Perceptions of Violence Risk: Consider Asking the Person Who May Know Best. *Psychiatric services*, vol. 64(3).

Sosial- og Helsedepartementet. (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan\\_for\\_reduisert\\_og\\_kvalitetssikret\\_bruk\\_av\\_tvang\\_i\\_psykisk\\_helsevern.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf)



Steffensen, F., Frafjord, J., Wang, C.E.A. & Lorem, G.F.(2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 11(2), s. 115-124.

Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C. & Davis, S. (2009). Physical intervention: a review of the literature on its use, staff an patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, s. 99- 105.

Swartz, M. S., Swanson, J. W. & Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 21, s. 459- 472.

Target, M. & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: I. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Pshyco- Analysis*, vol. 77, s. 459-479.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo : Universitetsforlaget.

## VEDLEGG

### INTERVJUGUIDE

1. Hvilke tiltak er gjort ved ditt arbeidssted for å redusere bruk av tvang i behandling?
2. Hvilke tiltak/ faktorer anser man som effektive i så måte? Lar det seg gjøre å utpeke noen faktorer som spesielt suksessfulle?
3. Har noen tiltak gått på bekostning av noe annet?
4. Har du oppdaget elementer som har virket forstyrrende på gode tiltak?