

«DEN VANSKELIGE PASIENTEN»

Hva er frivillig tvang, og kan dette rettferdiggjøres ved medisinerer av psykisk syke pasienter som motsetter seg behandling?»

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 1076

11SYKHEL

Diakonhjemmet Høyskole

Dato: 13.03.14

Antall ord: 10.496



Foto hentet fra: <https://psyknyheter.wordpress.com/2010/09/14/tidlig-behandling-kan-reducere-tvang/>. Hentet: 02.03.14

SAMMENDRAG

Tittel: «Den vanskelige pasienten.»

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse begrepet og praksisen «frivillig tvang».

Problemstilling: «Hva er frivillig tvang, og kan dette rettferdiggjøres ved medisinerings av psykisk syke pasienter som motsetter seg behandling?»

Metode: Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i en pasientsituasjon. Det er benyttet litteratur og forskning for å belyse temaene som er valgt ut: Lovverk, etikk, makt/avmakt, holdninger og relasjon.

Konklusjon: «Frivillig tvang» er en handling som foregår i praksis, men som ikke nødvendigvis blir satt ord på. Dette gjenspeiles av lite resultat ved litteratursøk. «Frivillig tvang» kan defineres som en handling der en, utover juridisk forsvarlighet, overtaler en pasient til en handling. Om frivillig tvang kan rettferdiggjøres er tvetydig i forhold til etikk, men støttes ikke opp av lovverk som en vedvarende handling. Samtidig som sykepleier skal bruke yrkesetiske retningslinjer som grunnverdier kan sykepleiers egne holdninger og verdier medvirke i refleksjonen angående «frivillig tvang».

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Førforståelse	1
1.2 Valg av problemstilling	1
1.3 Formålet med oppgaven	2
1.4 Oppgavens oppbygning	2
1.5 Avgrensning.....	2
1.6 Pasientsituasjon.....	3
1.6.1 Bakgrunnshistorie	3
1.6.2 Pasientsituasjonen	4
2.0 Metode.....	6
3.0 Teori	8
3.1 Frivillighet og tvang	8
3.2 Psykisk helsevernlov	9
3.3 Pasientrettighetsloven.....	9
3.4 Yrkesetiske retningslinjer	11
3.5 Makt/avmakt.....	12
3.6 Moral, etikk, holdninger og verdier.....	12
3.7 Autonomi og andre etiske prinsipper.....	13
3.8 Paternalisme.....	15
3.9 Sykepleier og pasient-felleskapet.....	16
4.0 Funn fra pasientsituasjonen	17
5.0 Drøfting	18
5.1. Etikk.....	18
5.2 Yrkesetiske retningslinjer	19
5.3 Lovverk.....	21
5.4 Relasjon og medvirkning i behandling.....	23

5.5 Erfaringer og holdninger til tvang	24
5.6 Paternalisme.....	26
5.7 Makt/avmakt.....	28
Konklusjon	29
Litteraturliste	31

1.0 INNLEDNING

Dette kapitlet tar for seg førforståelse, valg av problemstilling, formål med oppgaven, avgrensning, samt pasientsituasjonen til slutt.

1.1 Førforståelse

Tvang og etiske dilemmaer har vært et sentralt tema i løpet av de tre årene i utdanning. Men samtidig skal det sies at løsningen på etiske spørsmål ofte har vært tilsynelatende enkel da dilemmaenes løsning ble funnet i lovverk. Jeg har en sterk interesse for det etiske i sykepleien og synes dette er veldig relevant i arbeid med pasienter. Min førforståelse av «frivillig tvang» begrenser seg til at dette er et fenomen og en praksis som benyttes, men som få av de jeg har snakket med reflekterer over. I løpet av mine praksisperioder har jeg også hørt begrepet «en vanskelig pasient», både i somatikken og i psykiatrien. Typisk blir begrepet brukt om pasienter som ringer mye i klokkene, som stiller spørsmålstejn ved behandlingen, eller maser/sier imot sykepleierne på en eller annen måte.

1.2 Valg av problemstilling

Jeg har valgt en etisk problemstilling på bakgrunn av at det fremstår som et interessant og komplekst tema, samt at det er relevant for sykepleiere å ha bred etisk forståelse. I løpet av de tre årene på sykepleien har jeg sett flere situasjoner hvor det blir brukt «frivillig tvang», men det har da ikke nødvendigvis blitt satt ord på. Det var ikke før jeg var i psykiatripraksis at det endelig ble satt ord på fenomenet. Begrepet «frivillig tvang» består av to motsigende ord, som gjør dette fenomenet desto mer interessant å se nærmere på. Jeg synes fenomenet «frivillig tvang», og da spesielt hvordan sykepleierne brukte begrepet og hvordan de argumenterte for å rettferdiggjøre sine handlinger, var meget interessant. Av den grunn ville jeg utforske tema nærmere. Samtidig har jeg sett at dette er en praksis som ofte ikke blir reflektert over. På bakgrunn av det forannevnte har jeg valgt problemstillingen:

«Hva er frivillig tvang, og kan dette rettferdiggjøres ved medisinerings av psykisk syke pasienter som motsetter seg behandling?»

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å belyse et komplekst tema som til tider har vært tilstede i løpet av mine praksisperioder. Sykepleiere møter stadig pasienter som ikke ønsker behandling, uavhengig om det dreier seg om psykiatri eller i somatikken, og ofte havner disse pasientene under betegnelsen «en vanskelig pasient». «Frivillig tvang» blir brukt i sykepleie uten at problematikken blir spesielt belyst og diskutert. Således ser jeg, som snart ferdigutdannet sykepleier, viktigheten av kunnskap om lovverket, etikk og retningslinjene som danner kompetansegrunnlaget i møte med pasienter.

Pasienters individualitet krever at sykepleier reflekterer over egne handlinger og refleksjonen blir desto viktigere i etisk vanskelige situasjoner. Derfor vil et videre formål med oppgaven være å formidle viktigheten av refleksjon rundt frivillighet og tvang, spesielt grunnet de individuelle, kulturelle, fysiske og psykiske forskjellene pasientene innehar.

1.4 Oppgavens oppbygning

Jeg har valgt å basere oppgaven på et case for å skape et helhetlig inntrykk av en situasjon, og for å kunne fordype meg i lovverk og etikk med et spesifikt utgangspunkt. Oppgaven vil først presentere den aktuelle pasientsituasjonen. Deretter blir det skrevet om metoden som er brukt. Videre vil jeg skrive om teorien rundt de ulike temaene: lovverk, etikk, paternalisme, makt/avmakt, holdninger og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Så vil jeg drøfte caset med utgangspunkt i relevant litteratur, sykepleiefaglige retningslinjer og lovverk, samt drøfte kaset oppimot sykepleiers holdninger, makt/avmakt samt relasjonen mellom pasient og sykepleier.

1.5 Avgrensning

Dette er et komplekst case hvor det er mange områder som kan tekkes inn i en diskusjon. Ulike typer medikamenter, samtykkekompetanse og om pasienten skulle vært pålagt tvunget psykisk helsevern er aktuelle temaer som ble tatt opp i løpet av den aktuelle praksisperioden. For å begrense oppgaven vil jeg imidlertid fokusere på dagens situasjon hvor pasienten er samtykkekompetent. Oppgaven er videre avgrenset mot diskusjon av mulige endringer i medikamenter, da dette ikke er en overveielse sykepleier står alene om. Temaet om alternative behandlingsmetoder er også utelatt av denne oppgaven, da det ikke belyser problemstillingen.

Samtidig er det viktig at disse avgrensede områdene skal bli glemt, da dette er viktig tematikk som bør bli diskutert i praksis. Jeg har valgt å fokusere på sykepleiers handlinger ovenfor pasienten. I praksis er det derimot et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten med psykiater, sykepleiere, helsefag arbeidere og andre.

I forhold til sykepleieteoretikere har jeg valgt å ikke begrense meg til en, men heller trekke inn ulike teoretikere som er relevant i de ulike temaene. Jeg har valgt å gjøre dette for å ikke sette begrensinger for ulike perspektiv om kan være relevant for å belyse problemstillingen.

1.6 Pasientsituasjon

Pasientsituasjonen i denne oppgaven er anonymisert. Det er foretatt endringer av pasientens personlige opplysninger for å ivareta både pasientens og personalets anonymitet.

1.6.1 BAKGRUNNSHISTORIE

Pasienten er en 25 år gammel kvinne med diagnosen schizoaffektiv lidelse og har omfattende rusmisbruk. Schizoaffektiv lidelse kjennetegnes ved at pasienten har symptomer på både schizofreni og bipolar lidelse. For at man skal kunne stille diagnosen schizofreni når det er en stemningslidelse tilstede må man kunne se de schizofrene symptomene først. Det er viktig at man behandler både schizofrenisymptomene og stemningslidelsen samtidig, og ikke undergraver den delen av diagnosen som er minst fremtredende. Her kan det være aktuelt med både antipsykotika kombinert med antidepressiva eller antiepileptika (Statens helsetilsyn 2000). Schizofrenisymptomene sees hos denne pasienten ved grandiose vrangforestillinger og hallusinasjoner. Den bipolare lidelsen sees ved at pasienten ofte har maniske episoder hvor symptomene kommer i uttrykk av irritabilitet, tale press og storhetsforestillinger.

Pasienten har vært inn og ut av forskjellige psykiatriske avdelinger store deler av livet sitt. Hun bodde tidligere i kommunal bolig, men grunnet manglene evne til å ta vare på seg selv og leiligheten fikk hun tilbud om bolig i institusjon. Hun har nå bodd i en institusjonsbolig i to år. Fordi pasienten ofte kan være verbalt utagerende mot andre pasienter bor hun alene i boligen med en-til-en benamning. Pasienten er per dags dato vurdert som samtykke kompetent og har ingen tvangsvedtak.

Pasienten hadde et velfungerende liv frem til hun var 14 år. Da hun begynte og prøve ut forskjellige rusmidler som hasj og alkohol, og etter hvert bruk av tyngre stoffer som heroin, amfetamin og kokain. Hun er med i et LAR program (legemiddelassistert rehabilitering), men er fritatt for mange av oppfølgingskriteriene på grunn av sin alvorlige psykiske lidelse. Hun blir kun oppfulgt av fastlege i form av ved blodprøver o.l. Hun får Suboxone som har god effekt på hennes tidligere heroinmisbruk, men ruser seg fremdeles på andre rusmidler som amfetamin, kokain og cannabis. Hun uttrykker selv at hun ønsker å være rusfri, særlig etter en periode med mye rus.

Pasienten har en generell mistillit til både personalet, helsevesenet og samfunnet. Dette forverrer seg etter perioder med mye rus. Hun blir da preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger primært i form av religiøse vrangforestillinger men kan til tider også høre stemmer. Hennes religiøse vrangforestilling er ganske omfattende, men basen av hva hun forklarer er hun er sendt ned på jorden av Gud for å bistå i hans arbeid med å drepe djevelen. Grunnleggende i hennes tanker er videre at alle innen helsevesenet og de som har gjort henne vondt skal få sin straff av Gud.

1.6.2 PASIENTSITUASJONEN

Lege har ordinert Zypadhera injeksjon hver 14. dag. Zypadhera er et antipsykotikum som brukes i vedlikeholdsbehandling av schizofrene pasienter. Etter injeksjonen skal pasienten observeres av kvalifisert personale i minst 3 timer for tegn og symptomer som kan tyde på overdosering. Enkelte bivirkninger kan være sedasjon, særlig kombinert med andre beroligende midler, ortostatisk hypertensjon og somnolens (syklig søvnighet) (Felleskatalogen).

Injeksjonen settes av en sykepleier som ikke jobber med pasienten til daglig og en psykolog, hvilket er personell som pasienten kjenner til og som jobber i samme institusjon. Argumentet for å hente inn en annen sykepleier er for å skåne personalet som er i daglig kontakt med pasienten. I samtale med pasienten opplyser de om hvorfor hun får injeksjonen og spør om de kan få lov til å sette den. Pasienten svarer klart og tydelig «nei» og forlater boligen. Når pasienten kommer tilbake til boligen returnerer det eksterne personalet igjen for å forsøke og sette injeksjonen.

Denne gangen forsøker de å argumentere med konsekvensene av hva som skjer hvis hun ikke tar injeksjonen. De bruker faren for en tvangsinnleggelse på en akutt avdeling i deres argumentasjon. Dette er noe de vet at pasienten er redd for med tanke på hennes mistillit ovenfor helsevesenet. Situasjonen fortsetter på denne måten frem til pasienten lar seg medisineres. I samtale med pasienten i ettertid forteller hun at hun ikke vil medisineres fordi hun ikke liker bivirkningene hun får av medikamentet. Hun føler seg uvel og sløv. Etter at hun har fått injeksjonen drar hun ut å skaffe seg andre narkotiske stoffer for å kompensere for denne sløvheten.

I en samtale med sykepleier angående situasjonen som oppstår forklarer sykepleier at de ikke trenger tvangsvedtak fordi pasienten lar seg medisineres frivillig. Hvis det skulle settes vedtak om tvangsmedisinering måtte pasienten fraktes til en akutt psykiatrisk avdeling, noe sykepleier anså som lite gjennomførbart. Sykepleierne følte de ikke hadde noe valg med tanke på pasientens sykdom og viktigheten av medikamentene, men følte på en annen side at de trakk over en strek med tanke på overtalelse og tvang. I denne diskusjonen ble jeg introdusert for begrepet «frivillig tvang». Det var et ord de brukte for å belyse situasjonen de følte at de sto i. Personalet ønsket at pasienten skulle ta medikamentene fordi hun fort ble psykotisk når hun ikke tok de. Dette hadde de opplevd da det engang tok forlang tid å overtale pasienten til medisineres. Samtidig opplevde sykepleierne det som høyst nødvendig at hun tok medikamentene da pasienten var utfordrerne å jobbe med, og mange ville ikke jobbe med henne hvis hun ble mer psykotisk eller manisk. Hun ble karakterisert som en «vanskelig pasient», og flere av personalet sa at de ville nekte å jobbe med henne hvis hun ikke ble medisineres.

2.0 METODE

I motsetning til kvantitativ metode, som innebærer statistisk modellering, tar kvalitativ forskning for seg bestemte måter å analysere erfaringsbaserte informasjon og presentere disse resultatene på (Robbins et al. 2011). Det kan omhandle bestemte forskningsmetoder slik som observasjon, eller det kan omhandle en induktiv arbeidsmåte hvor en tolker og forsøker å forstå istedenfor å få en direkte oppklaring (Meeuwisse et al. 2010).

Kvalitative forskningsmetoder kan utnytte dybdeintervjuer, fokusgrupper og casestudier (Robbins et al. 2011). I følge Meeuwisse et al. (2010) mener flere forskere at casestudier kan brukes for å undersøke samtidfenomener der en kun tar for seg et mindre antall tilfeller, men der hvor informasjonen som innhentes går dybden og derfor blir rikholdig. Selv om mange casestudier kan se tilsynelatende forskjellig ut er det visse kjennetegn som går igjen:

- Studiet omhandler et tidsavgrenset tilfelle
- Fenomenet er i en virkelig kontekst
- Objektene studeres i sitt vanlige miljø og hverdagssituasjoner
- Det brukes forskjellige metoder og datakilder for å oppnå et detaljert og sammensatt bilde
- Tilfeller settes inn i større sammenheng
- Målet er en helhetlig beskrivelse og opplevelse av situasjonen, ikke nødvendigvis å avklare situasjonen i sin helhet

Det enkelte tilfelle velges fordi det inneholder spesielt interessante teoretiske områder eller tilfellet i seg selv er av betydning. Flyvberg 2004 mener (i følge i Meeuwisse et al. 2010:47) at et case velges fordi det på en eller annen måte er et ekstremt tilfelle og at et en derfor kan studere et konkret fenomen tydeligere. På en annen side fokuserer casestudier kun på en konkret hendelse kan en ikke generalisere resultatene. Selv om en finner en konklusjon i den ene settingen er det ikke gitt at en kan anvende nøyaktig samme metode til andre – casestudier forsøker å belyse hvorfor eller hvordan en spesifikk hendelse skjer i en gitt situasjon (Winther 2012:193).

Praksisfortellinger som utgangspunkt for et casestudie baseres på praktisk forskning som innebærer undersøkelse andres eller egen praksis. Her blir forskeren en subjektiv part i prosessen og prosessen blir derfor en mer reflekterende enn en objektiv forskning hvor en selv ikke opplever situasjonen.

Som student i praksis over 8 uker vil det være begrenset hvor dypt en får gått, i motsetning til en forsker som muligens er i samme miljøet i flere år. Det er derfor viktig at en er kritisk til det innhentede materialet. Samtidig vil en fortelling åpne opp for mange temaer og problemområder som kan stilles til refleksjon og det er her viktig å bearbeide situasjonen ved å reflektere, analysere og fortolke fortellingen (Winther 2012:193-200).

Jeg har i denne oppgaven brukt observasjon og samtale for å innhente data til pasientsituasjonen. Jeg observerte selve situasjonen og hadde samtaler med både sykepleiere og pasient i ettertid av hendelsen. Observasjon og samtale henger nært sammen som metoder (Dalland 2011:181). I observasjon må en skjerpe alle sansene for å få en god innsamling av data. Når en observerer vil en også fort finne spørsmål en vil stille, på samme måte som det også brukes observasjon i samtale. I observasjon vil en derfor kunne se personers handlinger og menneskers reaksjoner (Dalland 2011: 181). Jeg var ikke klar over hvilke fenomen som ville bli observert forkant av praksis og tilnærmingen var således en ustrukturert observasjon, hvilket er en god måte å bli kjent med stedet og utforske miljøet (Dalland 2011:190-191). Videre når det er funnet et fenomen en vil se nærmere på benytter man strukturert observasjon. Her ser men mer målrettet på et fenomen eller en hendelse og stiller spørsmålstegn med hvordan dette blir gjort (Dalland 2011:191-193)

Jeg har forsøkt å innhente forskning som omhandler temaet, men da «frivillig tvang» ikke er et allment akseptert fenomen er det ingen anerkjent forskning direkte knyttet til denne problemstillingen. Det jeg derimot fant var ulik forskning som belyser ulike elementer innenfor oppgavens temaer som av den grunn var nyttig. Avgrensede søk for å finne forskning på «frivillig tvang» ble initiert gjennom et google søk for å se om begrepet lå ute på nett. Deretter gjorde jeg et grundigere søk i databasen Cinahl med søkeordene: Coercion, coherence, restraint, autonomy, nursing ethics, psychiatric nursing og refuse medication. Videre ble det søkt på mulige kombinasjoner av disse søkeordene som: psychiatric ethics AND nursing AND medication error, coercion AND psychiatric care, psychiatric nursing AND medication AND coherence.

Videre har jeg søkt i ulike tidsskrift som «sykepleien», hvor en artikkel ble funnet som omhandlet tvang og frivillighet, dog i alderspsykiatrien – og på tvangsnett.no, idunn.no og helsebiblioteket.no.

3.0 TEORI

I dette kapitlet vil ta for seg teori som er relevant for belyse problemstillingen. Det blir først en gjennomgang av frivillighet og tvang, og videre en gjennomgang av temaene lovverk, etikk, paternalisme, holdninger og verdier. Jeg har valgt å benytte meg av Kari Martinsen som sykepleieteoretiker i avsnittet som omhandler paternalisme. Videre har jeg valgt å benytte Jan Kåre Hummelvoll som teoretiker angående sykepleier og pasients relasjon.

3.1 Frivillighet og tvang

Begrepet «frivillig tvang» er i seg selv et motstridende begrep. Det inneholder to enkeltord som har motsatt betydning; frivillig og tvang.

Ordet frivillig kan omtales: av egen vilje, selvvalgt, godvillig, valgfri. (Bokmålsordboka 2010a). Ordet frivillig er ikke et entydig begrep, men dreier seg om personers frie vilje og muligheten til å handle autonomt (Høyser og Dalgard 2002: 191-192).

I ordboka omtales ordet tvang slik «Tvang: det å tvinge; makt, press, undertrykking, ufrihet bruke t- mot noen / handle under t-.» (Bokmålsordboka 2010b). Videre kan en se på grader av tvang. Tvang kan deles inn i konkret tvang, mindre konkret tvang og skjult tvang/disiplinering. Konkret tvang vil i psykiatrien dreie seg om tvangsinnleggelse, skjerming, nektet utgang og tvangsmedisinering; mindre konkret tvang kan være ordensregler og tvungen deltagelse i aktiviteter; mens skjult tvang vil dreie seg om holdninger, kommunikasjon, og maktulikheter (Høyser og Dalgard 2002: 190). Samtidig viser en offentlig utredning av NOU (2011:9) at tvang kan skyldes både indre og ytre forhold. Den ytre tvangen kan igjen deles opp i fysisk og psykisk tvang. Eller man kan dele tvang i formell tvang, hvor det er fattet vedtak, opplev tvang og faktisk tvang. Formene for tvang kan være mer eller mindre sammensatte og overlappende, samt det kan være ulike grader av press og maktbruk innenfor de like typene tvang (NOU 2011:9).

Tvang, her formell tvang, er et begrep som ofte brukes innen psykiatrien, og allment akseptert handling. Samtidig blir tvang i psykiatri debattert, men da gjerne i et teoretisk lys. I somatikken er det betydelig mindre bruk av tvang, med unntatt av enkelte situasjoner som smittesykdommer og akutte medisinske situasjoner (Høyser og Dalgard 2002:188-189).

Selv om fenomenet «frivillig tvang» ikke nødvendigvis er et allment akseptert fenomen er det en handling som foregår i praksis.

Forholdet mellom frivillighet og tvang er et tema som diskuteres innenfor demens behandling og det indikeres at grensen mellom de to forholdene ofte er uklare (Hem. et al. 2010). Media omtaler også bruken av tvang i psykiatrien. Det blir for eksempel diskutert rundt «frivillig tvang» som en løsning innenfor rusomsorgen, men er da ment som en løsning hvor pasientene selv lar seg «frivillig tvinge» til innleggelse. Dette for å skape trygge rammer hvor pasientene selv velger å bli innlagt på tvang (Hansen og Reinås 2012).

3.2 Psykisk helsevernlov

Lov 02.07-1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, helsevernloven, er den viktigste sivile tvangsloven i norsk helsevern. Den regulerer både etablering og gjennomføring av tvungen og frivillig vern innen det psykiske helsevesenet både i og utenfor sykehus. Det er kun pasienter som har et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten som er underlagt psykisk helsevernlov og da ikke pasienter som mottar et kommunalt tilbud (Syse 2004:19)

Kapittel 3 omhandler tvunget psykisk helsevern og er delt i tvunget psykisk helsevern med og uten døgnopphold på institusjon. Tvunget psykisk helsevern med døgnopphold kan kun gis på institusjoner som er godkjent for dette. Pasienten kan da holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved hjelp av offentlig myndighet slik som av politiet. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer behandling, tilsyn og omsorg i, eller i nærheten av, pasientens eget bosted. Dette vil si at pasienten kan bli pålagt å møte ved en poliklinikk/institusjon for behandling slik som tvangsmedisinering og eventuelt terapi. Det gir ikke en mulighet for tvang i pasientens bopel (Syse 2004:49-71).

3.3 Pasientrettighetsloven

Lov 02.02.1999 nr 63, Pasientrettighetsloven, er en generell lov som tar for seg alle pasientenes rettigheter. Pasientrettighetslovens § 4 retter seg mot pasientens samtykke til helsehjelp.

Da pasientrettighetsloven forutsetter frivillighet blir denne ufullstendig for pasienter underlagt tvunget helsevern. Pasientrettighetsloven skal gjelde så langt det passer, selv for pasienter i psykisk spesialisthelsetjenester.

Men da pasientrettighetsloven ikke dekker tvunget psykisk helsevern får psykisk helsevernlov forrang i kraft av å være spesial lov. Selv om pasienten er underlagt psykisk helsevernlov gjelder bestemmelser fra pasientrettighetslovens kapittel 3, 5 og 6 (Syse 2009).

Pasientrettighetsloven kapittel, 1 alminnelige bestemmelser tar for seg lovenes virkeområde og formål, samt definisjoner på enkelte begreper:

«§ 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»

Lovens formål er å sikre pasienters rettigheter uavhengig bakgrunn, samt fremme tillitt, trygget og respekt for brukers liv, integritet og menneskeverd. Helsehjelpen skal være av kvalitet og sikre at pasientene får den hjelpen de trenger. Videre tar kapittel 2 for seg både retten til helsehjelp og transport (Syse 2009)

Pasientrettighetslovens kapittel 3 omtaler pasientens rett til medvirkning og informasjon. § 3-1 omtaler pasientens rett til å medvirke i valg av tilgjengelige undersøkelser og behandlingsformer. Samtykkekompetansen er igjen underlagt kapittel 4 og omtales ved § 4-3. Pasientrettighetslovens § 3-2 omhandler pasientens rett til å få tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand, samt om mulige bivirkninger og risiko forbundet med behandling. Informasjon skal ikke gis mot pasientens vilje, og kan unnlates i tilfeller der det er særdeles fare for pasienter liv og helse. Videre i kapittel 3 omtales informasjon til pårørende, mindreårige pasienter, informasjonens form og vern mot spredning av opplysninger (Syse 2009:263-283).

Kapittel 4 omhandler pasientens samtykke til helsehjelp. Dette må sees i lys av lovens kapittel 4A som omtaler helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp (Syse 2009:285-340). Kapittel 4 tar for seg samtykkets form, samt hvem som har samtykkekompetanse.

Videre tar kapitlet for seg hvordan en skal handle i møte med de som ikke har samtykkekompetanse. Tilslutt tar kapitlet for seg pasienter som nekter helsehjelp i særstilte situasjoner slik som blodoverføring (Syse 2009:324-341).

Kapittel 4A er relativt nytt kapittel i pasientrettighetsloven og trådte i kraft i 2009. Kapitlet tar for seg pasienter som ikke er samtykkekompetente og som motsetter seg helsehjelp. I henhold til § 4A-3 kan fattes vedtak når pasienter motsetter seg behandling, dog etter at tillitsskapende tiltak er forsøkt og pasienten fremdeles nekter hjelp. Samtidig må helsehjelpen ansees som høyst nødvendig eller at pasienten er i fare for betydelig helseskade uten behandling. Videre tar kapitlet for seg hvordan gjennomføringen av helsehjelpen skal foregå og hvordan og hvem som kan fatte slike tvangsvedtak. Siste del av kapitlet omhandler underretting av pasienten og pårørende, samt mulig klage og domstolsprøving (Syse 2009:343-384).

De resterende kapitlene i pasientrettighetsloven omhandler rett til innsyn i journal, barns rettigheter, klage, og pasient- og brukerombud (Syse 2009).

3.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere består av regler og retningslinjer som beskriver hva som er etisk akseptabelt innenfor det sykepleiefaglige yrket. Disse ble utviklet for å skape interne retningslinjer alle autoriserte sykepleiere skal forholde seg til, og for at mennesker skal få et innblikk i hva som skal forventes av en sykepleier. Retningslinjene utgjør en rettesnor for hva sykepleiere skal vektlegge i vanskelige situasjoner, samt en garanti for pasienter på hjelpen som blir utført (Slettebø 2013:16-17).

I de yrkesetiske retningslinjene står det:

«Sykepleien baseres på respekt for menneskerettighetene, omsorg og barmhjertighet. Grunnlaget for sykepleie er respekt for den enkeltes liv og verdighet. Sykepleieren plikter å vise omsorg for alle som lider, uansett årsak. Videre skal sykepleier ivareta pasientens integritet og verdighet med utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon» (Norsk sykepleierforbund 2011).

3.5 Makt/avmakt

«Ved makt vil vi her allment forstå et eller flere menneskers sjanse til å sette sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Max Weber sitert i makt og byråkrati 2000: 53)

Makten ligger hos den personen som har størst mulighet til å få gjennom sin vilje i en situasjon der andre ikke ønsker det.

Makt finnes også selv om den ikke er utøvende, men ligger da hos den som har den største muligheten for gjennomslag. Det kan misbrukes og kan brukes til å krenke og undertrykke andre. Men makt kan benyttes i positiv forstand som evnen til å utrette noe, eller til å gjennomføre noe. I helsevesenet vil en derfor etterstrebe en positiv makt hvor en styrker personens indre makt slik som i for eksempel empowerment. Samtidig må en i helsevesenet være kritiske og evaluerende til maktbruk med negative konsekvenser (Brodtkorb og Rugkåsa 2009:67-70).

Avmakt på sin side kan beskrives ved mennesker som ikke får gjennomslag i ulike situasjoner. Avmakt er sterkt knyttet til følelser og kan oppleves som veldig nedverdiggende. Følelsene aggresjon og frykt kan fremkomme. Å være i en avmektig situasjon kan skyldes at en har lite makt i det sosiale samfunnet eller være bunnet i svake personlige resurser. I pasientrollen besitter individer en svakere maktposisjon enn pleiepersonell da denne rollen er underordnet ved at helsepersonellet legger føringer for hva som skal skje. Følelsen av avmakt kan videre forsterkes ved sykdom eller økonomisk avhengighet (Brodtkorb og Rugkåsa 2009:81-84).

3.6 Moral, etikk, holdninger og verdier.

Begrepene moral og etikk hadde tidligere samme betydning hvor ordene refererer til skikker og sedvaner. Per dags dato skilles det mellom de to begrepene. Moral kan sees på som uskrevne normer og verdier, mens moral er menneskers adferd, karakter og oppførsel som blir lært gjennom oppdragelse og sosialisering. Etikk, slik ordet brukes i dag, er en betegnelse på en fag-teoretisk refleksjon over moralfenomenene (Johannessen 2007:105). Etikken vil også omfatte hva som er nedskrevet som rett eller galt, godt eller vondt, og refleksjon rundt de gode og onde egenskapene hos mennesker (Johannessen 2007:104-108).

I løpet av vår oppvekst lærer vi å forstå verden på ulike måter. Dette skjer via foreldre, venner og ulike sosiale faktorer, hvilket er med på å forme våre meninger, verdier og holdninger (Håkonsen 2009:205). Verdiene våre har en overordnet funksjon i vår daglige liv. Verdiene kan omtales som referansepunkter for våre vurderinger og tanker, og er også grunnlaget for mange av våre holdninger (Håkonsen 2009:205-209). Samtidig kan det være vanskelig å skille verdier fra moralbegrepet. Verdier er i likhet med moralen en rettesnor mot hva som mer viktigst.

Der en i moralsk sammenheng bruker ordene bør, kan, skal, vil en i verdi sammenheng se etter hva som er viktigst eller veier tyngst (Johannessen 2007:133). Mennesker holdninger er evaluerende, dømmende eller vurderende, i enten positiv eller negativ forstand. Våre holdninger er relativt varige, og kan være vanskelig å endre. Våre holdninger gjør oss predisponert til å reagere på en bestemt måte, både positivt og negativt, til ulike situasjoner (Håkonsen 2009:205-209).

3.7 Autonomi og andre etiske prinsipper

Ordet autonomi stammer fra greske «autos» og «normos» som står for ordene «selv» og «lov/styring» (Slettebø 2013: 88).

Autonomi kan sees ut ifra tre ulike perspektiver; som en rettighet, en egenskap eller som et prinsipp (Slettebø 2013:89). Autonomi som rettighet vil si at en skal respektere pasienters krav til å velge selv, hvilket er både en etisk og rettslig rettighet. Ved å se på autonomi som en egenskap ser en på individets evne til å handle ut ifra egne ønsker og mål. Individets autonomi vil alltid være i endring og vil bevege seg fra å ha full autonomi hvor en tar egne valg, til å være ikke autonom hvor en ikke er i stand til å ta egne valg. Dette kan f.eks. variere ved sykdom. Ved å se på autonomi som en egenskap, vil en enkelte ganger kunne se at å frata pasientens autonomi på kort sikt vil kunne bidra til å hjelpe pasientens autonomi på lang sikt (Slettebø 2013: 89). Førde 1995 argumenterer (ifølge Slettebø 2013:90) midlertidig med at en slik tankegang, hvor en midlertidig fratrar pasienten autonomi, er en argumentasjon som er lik paternalistisk argumentasjon der legen/sykepleier handler ut ifra hva en selv synes er til pasientens beste.

Autonomi som prinsipp vil si at pasienters valg og ønsker bør respekteres i situasjoner der det foreligger en medisinsk avgjørelse (Slettebø 2013:89).

Seed-house 1991 mener (ifølge Brinchmann 2012:89) at dette innebærer at pasienten skal få den informasjonen en trenger for å selv velge behandling. I situasjoner der pasienter nekter behandling må en ta stilling til om pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon for å ta et valg. Videre om pasienten er mentalt kompetent eller om pasienten blir utsatt for ytre press, slik som fra familie, samt at pasienten er konsistent i sine handlinger.

3.7.1 FIRE PRINSIPPS ETIKK

Fire prinsipp-etikken utgjør et etisk rammeverk innen medisinsk etikk og ble sammensatt i USA på slutten av 70-tallet. Prinsippene er ikke hierarkisk ordnet, men likeverdige og må derfor sidestilles. Prinsippene er prima facie-prinsipper hvilket vil si at de ikke er absolutte og må derfor sees ut fra den enkelte situasjon (Brinchmann 2012:81- 96).

I tillegg til autonomiprinsippet som nevnt i forrige avsnitt, består fire prinsipp etikken av: ikke-skade prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet.

3.7.1.1 Velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet

Både ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet omhandler menneskers positive forpliktelse til å gjøre godt ovenfor andre. Dette innebærer å søke etter mulige handlinger som nytter/hjelper den andre parten (Hummelvoll 2012:102).

Beauchamp og Childress 2009 beskriver (ifølge Slettebø 2013: 103) velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet på følgende måte:

«Ikke-skade prinsippet vil si at en ikke bør påføre noen et onde eller en skade.
Velgjørenhet vil si at man bør forebygge et onde eller skade, en bør fjerne et onde, og en bør gjøre og fremme det gode»

Det vil si at ikke-skade prinsippet er en passiv handling hvor en ikke skal påføre skade, mens velgjørenhetsprinsippet er en aktiv handling for å forebygge og fjerne det vonde, og fremme det gode (Slettebø 2013: 103).

3.7.1.2 Rettferdighets prinsippet.

Prinsippet om rettferdighet omhandler retten til helsehjelp og god behandling. Videre omhandler prinsippet også om rettferdig fordeling av goder og byrder. (Hummelvoll 2012:102)

Et hvert menneske har rett på god behandling og skal behandles likt, uavhengig av bakgrunn eller sykdom. Det vil si at pasienten skal ha en lik mulighet som alle andre til å motta behandling, samt personalet som behandler pasienten skal gi best mulig behandling uten å stille seg partisk i situasjonen (Slettebø 2013:133-137).

3.8 Paternalisme

I tradisjonell klinisk lege-pasient forhold var legen suveren og visste hva som var best for pasienten og med dette var det legen som bestemte behandlingen for pasienten. De siste 40 årene har det blitt et større krav til at pasientene skal få være med på å bestemme behandling (brukermedvirkning). Dette har gjort at det fremkommer vanskelige etiske dilemmaer mellom velgjørenhet og pasientens autonomi (Slettebø 2013: 104-111).

Ordet paternalisme kommer fra det latinske ordet «pader» som betyr far, og benyttes her som «far bestemmer» (Slettebø 2013: 105). En kan dele paternalisme i to: sterk og svak. Svak paternalisme kan sees når en tar avgjørelser som ser ut til å være det beste for pasienten i situasjoner hvor pasienten ikke er kompetent til å se hva som er til det beste for en selv. Sterk paternalisme kan sees som det motsatte av autonomi hvor sykepleier overstyrer hva pasienten mener i tro om at det er for pasientens beste, selv om pasienten er kompetent til å ta egne valg (Hoffmann 2002 og Slettebø 2013: 104-111).

Om en skal benytte seg av en paternalistisk tankegang er en vurderingssak hvor en må se på pasientens forståelse av konsekvenser, samt pasientens mental kompetanse til å ta avgjørelser for seg selv. Samtidig må sykepleier ta en faglig vurdering av pasienters ønsker; sykepleier kan ikke utøve uforsvarlige handlinger kun fordi pasienten ønsker dette. Uansett om sykepleier anser paternalistiske handlinger som nødvendig ligger det klare regler og lover for å kunne gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg det. Og det er ikke opp til hver enkelt å bestemme om en kan bruke tvang mot en pasient – det skal fattes vedtak. Men selv om det foreligger et vedtak skal en redusere bruken av tvang til det absolutte minimum og sykepleier må utvise skjønn.

Selv om en pasient har tvangsvedtak gir ikke dette rom for å slutte og prøve andre hjelpemidler, samt gi mangelfull sykepleie for å gjøre situasjonen enklere for sykepleier (Slettebø 2013: 104-111).

Kari Martinsen beskriver sykepleiers balanse mellom sentimental og paternalistisk omsorg, hvor en svak paternalistisk omsorg er å foretrekke. Hvis sykepleier har en sentimental omsorg ovenfor pasienten vil en miste oversikt over situasjonen i sin helhet og bli begrenset av sine egne følelser. På den andre siden vil en paternalistisk omsorg hindre pasienten i deltagelse i sitt eget liv og blir dermed gjøre pasienten maktesløs.

Samtidig besitter sykepleier fagkunnskap pasienten ikke har og bør bruke denne kunnskapen for å fremme pasientens beste. Dersom det er for pasientens beste å være med i beslutningsprosesser skal en gjøre dette. Men sykepleier skal se an pasientens forutsetning for brukermedvirkning og eventuelt spare pasienten for å ta beslutninger de ikke har forutsetning til (Kristoffersen 2011:153-254 og Martinsen 2005:145-166). Videre snakker Martinsen om relasjon og tillit som fundamentalt i menneskers liv og i arbeid som sykepleier. For å yte omsorg ovenfor pasienter er det en forutsetning at det knyttes bånd og tillit mellom pasient og sykepleier. Tillit er elementært i samtale og våre holdninger. Mennesker møter normalt hverandre med tillit hvor en har tro på at den andre ikke lyver. Det er først når det oppstår mistillit at en stetter spørsmålsteget ved den andres handlinger. Martinsen mener at en svak paternalistisk holdning vil fremme tillit i yrkessammenheng da dette viser at en har fagkunnskap og kompetanse (2005:145-166).

3.9 Sykepleier og pasient-felleskapet

Hummelvoll bruker i sin relasjonsteori begrepet fellesskap for å beskrive relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dette for å legge vekt på at møte mellom pasient og sykepleier er et møte mellom to mennesker og hvor hele mennesket skal bli møtt. Relasjonen mellom sykepleier og pasient, slik Hummelvoll beskriver, baserer seg på et eksistensiell- humanistisk tanke som baserer seg på en forståelse om menneskets livssituasjon, og deres måte å se verden på, samt de utfordringer dette måtte medføre. Hovedtrekkene i denne relasjonsteorien er å se hele mennesket en møter, samt se virkeligheten og livet til denne personen. Videre er det viktig å gi tid og rom for å skape relasjonen, dette for at begge parter skal få tid til å vurdere den andre. Samtale er et viktig punkt innen den humanistiske samarbeidet, og er grunnsteinen for å bygge tillit i relasjonen.

4.0 FUNN FRA PASIENTSITUASJONEN

Etiske og legale spørsmål ble synlig gjennom pasientens handlinger ved at hun verbalt sa nei til behandlingen og ble synlig opprørt. Deretter forlater hun også leiligheten for å slippe å ta injeksjonen. I etterkant av situasjonen forteller pasienten tydelig hvorfor hun ikke vil ha injeksjonen, og forklarer at hun ikke liker virkningen det har på henne og at hun føler seg sløv. Pasienten har per dags dato samtykkekompetanse og har således rett til å nekte behandlingen. Kombinasjonen av at pasienten nekter behandling samt at pasienten blir sykere når hun ikke tar medikamentene setter sykepleierne i et etisk dilemma. Dette forsterker seg ytterligere av at pasienten muligens er i fare for seg selv og andre når hun er psykotisk.

Sykepleierne var klar over at de gikk over grensen fra overtalelse til tvang, men følte seg låst i forhold til andre alternativer. Både sykepleierne og pasienten følte seg maktesløse i situasjonen. Sykepleierne så ingen alternative løsninger, og pasienten følte hun ikke hadde noe annet alternativ enn å tilslutt ta injeksjonen. Ved dette ser man igjen legale og etiske vanskeligheter, samt at begge parter føler en avmakt i situasjonen.

Resultatet av situasjonen var at pasienten, etter at injeksjonen var satt, dro ut for og ruse seg for å fjerne den sløvende effekten av medikamentet. Når hun kom tilbake var hun velig sint på personalet, noe som vedvarte i noen grad frem til neste injeksjon skulle settes. Det ble en mistillit mellom pasienten og personalet og pasienten følte at hun ikke ble hørt. Medisinerings situasjonen fører til en mistillit og et relasjonsbrudd som gjør det vanskelig for personalet og pasienten i videre behandling.

Sykepleierne på avdelingen definerte frivillig tvang som en utvidet overtalelse, der en trækker over hva som er lovlig, men som ble ansett nødvendig for å hjelpe pasienten. Denne måten å behandle pasienten på kan minne om en paternalistisk tankegang hvor en overstyrer pasienten ønsker, til det beste for pasienten. Igjen tegner situasjonen seg problematiske legalt og etisk, samtidig som sykepleiers holdninger til tvang også er relevant.

Jeg har ut ifra funnene valgt ut lovverk, etikk og yrkesetikk, makt/avmakt, sykepleier og pasient relasjon, samt sykepleiers holdninger som tematikk i drøftingsdelen.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg drøfte temaene etikk og yrkesetikk, lovverk, holdninger og erfaringer ved tvang, samt makt/avmakt. Jeg har valgt ut disse punktene fordi dette er sentrale temaer i en diskusjon om frivillig tvang kan rettferdiggjøres.

5.1. Etikk

Når sykepleier står i en situasjon der en pasient som nekter behandling, står sykepleieren ovenfor et etisk dilemma. Etiske prinsipper som ikke-skade, velgjørenhet- og autonomi-prinsippet vil her spille inn. I følge ikke-skade prinsippet er det sykepleiers plikt at pasienten ikke blir skadet av behandlingen som gis (Slettebø 2013:103). I dette caset kan en tolke ikke-skadeprinsippet dithen at å «frivillig tvinge» pasienten til behandling påfører skade, til tross for at sykepleier antageligvis prøver å forebygge dette. Både ut ifra pasientens opplevelse av bivirkningene, pasientens krenkelse i situasjonen, samt fordi pasienten umiddelbart drar ut for å ruse seg.

Edwards 1996 skriver (ifølge Slettebø 2013:104) om det moralske aspektet vedrørende ikke-skade prinsippet. Han mener det er mindre moralsk kritikkverdig og ikke utføre en handling, enn det er kritikkverdig å utføre en aktiv handling, selv om konsekvensene av begge er like negative. Det kan her da diskuteres om det vil være mindre moralsk kritikkverdig og ikke medisinere pasienten, enn å utføre den «frivillige tvangen» de bruker per dags dato.

Samtidig står sykepleier ovenfor velgjørenhetsprinsippet. Her plikter sykepleier både til å forebygge og fjerne onde, samt fremme gode hos pasienten. Dette prinsippet er et aktivt prinsipp som krever handling, i motsetning til ikke-skade prinsippet (Slettebø 2013:103). I følge dette prinsippet plikter sykepleier i dette case å forebygge onde. Hvis pasienten ikke mediseres viser tidligere hendelser at pasienten blir psykotisk og da er i fare for seg selv og andre. Her er det derfor sykepleiers plikt å medisinere for å forebygge dette. På den andre siden kan en, som tidligere nevnt, tolke det dithen at sykepleier påfører onde ved å medisinere. Dette fordi pasienten føler seg krenket i handlingen, og som pasienten uttrykker, hun opplever bivirkninger av medikamentet.

Det fjerde prinsippet, autonomi, vil også spille inn under sykepleiers etiske refleksjon rundt situasjonen. Pasientens autonomi og velgjørenhetsprinsippet vil stilles opp imot hverandre.

Autonomi som prinsipp går ut på at sykepleier skal respektere pasientens ønsker og avgjørelser (Slettebø 2013: 89). Hvis en går ut ifra autonomi prinsippet vil det det ikke være aktuelt å medisinerer pasienten. Men hvis en ser dette oppimot velgjørhetsprinsippet hvor man skal forebygge og fjerne onde, fremme gode, vil det bli mer komplisert. Sykepleier vil her, som tidligere nevnt, stå i en posisjon hvor en forebygger under ved å medisinerer samtidig som sykepleier må ta stilling til pasientens autonomi. I tillegg til å se på autonomi som prinsipp kan også sykepleier vurdere pasientens autonomi som rettighet. Autonomi som rettighet tilsier at pasienten har krav på å få sine valg og beslutninger respektert (Slettebø 2013: 89).

Selv om en bruker fireprinsipp-etikken som en grunnlag i diskusjonen vil disse prinsippene fremdeles gi rom for den enkelte til å vektlegge hva en synes er viktig i situasjonen. Dette vil føre til forskjellige meninger om hva som bør gjøres og handlingsstrategiene vil med dette også kunne se forskjellige ut. Samtidig er etikken et godt redskap hvor en får satt ulike perspektiver opp mot hverandre (Slettebø 2013:87). I denne situasjonen hvor de etiske prinsippene står imot hverandre vil det dermed kunne føre til at den enkelte sykepleiers subjektive oppfatninger spiller inn, hvilket vil gjøre at samme spørsmål kan få ulike resultater. Dette kan bidra til både en refleksjon rundt problemstillingen, men også en praksis hvor sykepleiers subjektive vektlegning av etikken vil føre til ulik praksis.

5.2 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier skal basere sine handlinger på respekt for menneskerettighetene, barmhjertighet og omsorg. Sykepleieren skal vise omsorg for alle mennesker som lider, uansett årsak. Sykepleiers grunnlag er respekt for den enkeltes liv og verdighet, samt at sykepleierne forplikter å vise omsorg for alle mennesker som lider, uansett årsak (NSF 2011).

Som hovedpunkt i kapittel 2 i yrkesetiske retningslinjer står det: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (NSF 2011). Ordet integritet kan det definere på denne måten: «Uttrykket integritet betegner noe som er uskadd og bevart i sin helhet, og brukes gjerne også om en stat eller persons uavhengighet og ukrenkelighet» (Store norske leksikon).

Hvis en ser på ordet integritet opp mot denne pasientsituasjonen ser en at en ved å medisinere pasienten, ikke ivaretar pasientens integritet. At pasienten ikke blir hørt og at sykepleier overtaler pasienten til å utføre en handling mot sin vilje vil være krenkende og derav lite integritetsbevarende.

Dette støttes opp av en undersøkelse som viser til at tvangsmedisinering er sterkt integritetskrenkende for pasienter mange pasienter (Haglund, Von Knorring og Von Essen 2003). Hvis sykepleierne følger dette hovedpunktet i de yrkesetiske retningslinjene vil det være feil og ikke ta hensyn til pasienten integritet og verdighet, og således feil å bruke «frivillig tvang» om et hjelpemiddel. På den andre siden kan det også diskuteres om pasientens integritet blir ivaretatt når pasienten ikke får antipsykotiske medikamenter og blir syk. Hun blir da utagerende og gjør handlinger som kan svekke hennes integritet.

Punkt 2.7 i retningslinjene fokuserer videre på krenkelse og unødvendig bruk av tvang: «Sykepleier beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (Norsk sykepleieforbund 2011). Det kan ut ifra dette tolkes at «frivillig tvang», som sykepleierne bruker for å omtale en sterk form for overtalelse, ikke støttes opp av de yrkesetiske retningslinjene i og med at det medfører en bruk av unødvendig rettighetsbegrensning og tvang som ikke er vedtatt på korrekt måte.

Siden pasienten uttrykker klart at hun ikke vil ha behandlingen er de relevant å trekke inn punkt 2.5 i retningslinjene: «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.» (Norsk sykepleieforbund 2011). Pasienten uttrykker at hun ikke vil ha behandlingen, at hun føler seg maktesløs og blir tvunget til noe hun selv ikke vil. Hvis sykepleier her tar utgangspunkt i pasientens situasjon oppimot hva som står i yrkesetiske retningslinjer, må sykepleier sørge for at behandlingen skjer på en alternativ metode enn den behandlingsformen som skjer per dags dato, da dagens situasjon ikke respekterer pasientens eget valg.

Videre er punkt 4.4 også relevant i drøftingen av «frivillig tvang» «sykepleieren beskytter pasienten mot handlinger eller behandlingsopplegg som er faglig og etisk uforsvarlige.» (Norsk sykepleieforbund 2011). Dette gjelder i forhold til egne handlinger, så vel om i forhold til medarbeidere, andre enkeltpersoner eller instanser som handler i strid med pasientens beste».

Med kravet om at en sykepleies handlinger skal være forsvarlig menes det at handlingen skal utføres ut ifra forskning og kunnskap som er basert på dokumentert effekt, og som er allment akseptert innenfor sykepleie feltet (Brinchmann 2012). Da det foreligger en diskusjon vedrørende lovverk og etikk i denne situasjonen kan det antydes at pasienten foreløpig ikke blir beskyttet for faglige og etiske vanskelig behandlingsopplegg.

5.3 Lovverk

Når loven gir klare føringer for hva som er svaret på et etisk dilemma kan ikke etiske refleksjoner brukes som grunnlag for å komme frem til andre løsninger. Klare føringer ses her på som ordene «skal/skal ikke» og synonymmer. Her må da de etiske refleksjonene vike for lovverket og setter derfor en begrensning på hvilken hjelp som kan ytes. Dette gjelder også yrkesetiske retningslinjer som ikke har rettslig gjennomslagskraft (Johannessen et al. 2007: 243).

I pasientrettighetsloven § 4-1 er helsehjelp forutsatt pasientens samtykke, men mindre annet rettsgrunnlag foreligger. For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Syse 2009:307). Krav til samtykke kan også begrunnes ut ifra etisk og helsefaglig grunnlag. Kravet til pasientens samtykke understreker verdier som respekt for pasientens menneskeverd, selvbestemmelse og integritet. Samtykke bidrar også til økt brukermedvirkning, noe som kan være en forutsetning for et vellykket behandlingsopplegg (Syse 2009:296). Handlinger som ikke er basert på pasientens gyldige samtykke kan innebære brudd på profesjonsnormer, helsepersonell-loven og yrkesetiske retningslinjer. Ved å gjøre dette står behandler i fare for reaksjoner fra tilsynsmyndigheten, samt mulig tilbaketrekning av autorisasjon. I tillegg står behandler i fare for å rammes av straffelovens bestemmelser om legemskrenkende handlinger og angrep på personlig frihet (Syse 2009:296).

Denne pasienten har kun et kommunalt tilbud og psykisk helsevernlov gjelder derfor ikke før en eventuell innleggelse. Samtidig skal det nevnes at enkelte pasienter behandles primært av kommunalhelsetjenesten, men samtidig er i kontakt med spesialisthelsetjenesten slik som DPS. Dette blir da en gråsoner hvor det kan diskuteres om pasienten underligges både pasientrettighetsloven og psykisk helsevernlov, eller om det kun er pasientrettighetsloven som er gjeldene.

Pasienten er per dags dato samtykkekompetent, men det kan stilles spørsmålstegn ved gyldigheten av denne pasientens samtykke. På folkemunne kan en si at «den som tier, samtykker», og når en person ikke protesterer blir det ofte godtatt som et samtykke. I pasientrettighetslovens § 4-2 står det at samtykke kan gis både uttrykkelig og stilltiende. Stilltiende samtykke sees da ut ifra pasientens handlemåter (Syse 2009:325). Pasienten uttrykker klart at hun ikke vil medisineres før hun drar fra boligen. Hun sier klart «nei» både i forkant av injeksjonen og i etterkant da hun forklarer hvorfor hun ikke vil medisineres. Samtidig kommer brukeren tilbake til boligen. Vil det si at pasientens retur til boligen er et stilltiende samtykke? Pasienten vet at personalet kommer med medikamentene med en gang hun returnerer, men velger fremdeles å komme tilbake. Samtidig er dette pasientens hjem, og at hun kun returnerer på grunnlag av manglende alternativer.

Selv om, hvis man går ut ifra at pasientens handlinger er et gyldig samtykke, vil ikke dette si at pasientens samtykke står gjeldene til neste injeksjon. § 4-1 i pasientrettighetsloven viser til at pasienten kan trekke tilbake sitt samtykke til enhver tid, hvilket medfører at pasientens samtykke må vurderes ved hver injeksjon.

I løpet av praksisperioden ble det hyppig diskutert pasientens forutsetninger for samtykke. Enkelte av personalet mente at pasienten ikke var samtykkekompetent på grunn av sin alvorlige psykiske diagnose. De argumenterte med at pasienten ikke hadde innsikt, og at det var pasientens psykiske lidelse som bidro til at hun ikke tok injeksjonen, og således argumenterte for at pasientens reelle frykt for bivirkningene ikke bidro til samtykkenekt. Hvis pasienten ikke har innsikt i egen situasjon, kan en da handle ut ifra hva en tenker er til det beste for pasienten? Her kan § 48 og § 49 omhandlende nødrett i straffeloven, og § 7 øyeblikkelig hjelp i helsepersonell loven trekkes inn (Syse 2009:322-323). Nødrettsbestemmelsen gir helsepersonell muligheten til å utføre handlinger som ellers ville vært ulovlig til nød fordi det er fare for liv og helse. Dette gir sykepleieren rom for å handle i krisesituasjonen som for eksempel hvis pasienten blir psykotisk. Det gir derimot ikke anledning til å benytte paragrafen ved repeterende handling (Molven 2012:125). Sykepleierne vil derfor ikke kunne støtte seg opp mot dette argumentet for lovliggjøring av den «frivillige tvangen» i denne pasientsituasjonen da det er en gjentakende situasjon.

Helsepersonell loven § 7 åpner for at helsepersonell kan gi helsehjelp uten samtykke, men kun i visse situasjoner. Hjelpen som ytes skal være høyst nødvendig, samt at det skal være fare for liv eller for å hindre betydelig helseskade (Molven 2012: 174-175). Denne paragrafen åpner opp for videre diskusjon i denne pasientsituasjonen. Hvis pasienten selv får bestemme, og dermed ikke tar medikamentet, vil dette mulig påføre henne betydelig helseskade. Er det nok hold i denne paragrafen til å rettferdiggjøre sykepleiernes handlinger mot denne pasienten? Hvis en tar utgangspunkt i et «ja» på dette spørsmålet, og situasjonen fortsetter slik som den er per dags dato, vil det da være en gunstig løsning med tanke på pasientens videre behandling?

Lovverket regulerer kun generelle svar som skal omfatte alle. Det lovverket derimot ikke gir rom for er individuelle løsninger tilpasset pasientens individuelle problem. Noen av lovens paragrafer åpner for skjønn, men dette vil også åpne for en risiko for misbruk ovenfor pasientene (NOU 2011:9).

5.4 Relasjon og medvirkning i behandling

En oppsummeringsartikkel om tvangsmedisinering viser at opplevelsene rundt dette varierer fra pasient til pasient, hvor sinne, redsel og hjelpeløshet var vanlige følelser rundt tvangsmedisineringen. Studien fant også ut at pasienter ofte har flere grunner til å ikke ta medikamentene, hvor en av årsakene til dette var bivirkninger. Andre årsaker var at pasientene følte seg friske og derfor ikke trengte medikamentene, noen trodde medikamentene var giftige og muligheten for at medikamentene var avhengighetsskapende (Jarrett, M, Bowers, L og Simpson 2008). Dette støttes også opp av en rapport som viser til pasientenes negative opplevelse av medikamentenes virkning. Disse negative virkningene eller opplevelsene ved medisinering bidro til at pasientene følte seg krenket, og at en mistet tillit til helsevesenet som igjen førte til at en helst ville unngå psykisk helsevern i fremtiden (NOU 2011:9). Pasienten i denne situasjonen har en sterk mistillit til helsepersonell generelt, som også gjelder personalet ved institusjonen. Hun mener at personalet vil henne vondt, og det kan da diskuteres om en handling hun blir presset til bidrar til å øke denne mistilliten og forverre relasjonen.

Hummelvold bruker ordet sykepleier-pasient fellesskap i sin betegnelse av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dette for å belyse at relasjonen bygger på en felles allianse gjennom opplevelser og arbeid (2012:38). En forutsetning for behandling og mestring av hverdagslivet vil være at sykepleier og pasient bygger opp en relasjon. Denne relasjonen bygges via samtale hvor sykepleier lytter til pasienten og får et helhetlig blick over pasientens situasjon. For å oppnå det helhetlige overblikket og relasjonen er samtale grunnleggende. Det er først i samtale en kan tilegne seg informasjon og gjennom samtale vil en også oppnå en tillitsfull relasjon (Hummelvoll 2012: 437) Hvis en i denne situasjonen fortsetter med den «frivillige tvangen», og dermed ikke lytter til pasientens opplevelser kan det ut ifra Hummelvolls teori svekke relasjonen og fellesskapet. En svekket tillitt og relasjon vil igjen føre til at den videre behandlingen av pasienten heller ikke blir optimal.

En studie støtter også opp viktigheten av å lytte til pasientene og viser til lytting som et sentralt punkt for å få pasienter til å ta medikamenter. Først ble lyttingen brukt for å bli kjent med pasienten hvor pasienten fikk rom for å fortelle sin historie. Videre ble lyttingen brukt til å finne ut hvorfor pasienten ikke ville ta medikamentene (Vuckovich 2009:184). Pasienten i denne situasjonen uttrykker at hun ikke vil ta medikamentene fordi hun ikke liker bivirkningene av medikament. Hvis en bruker Hummelvolls teori om sykepleier og pasient-fellesskapet og samtidig lytter til pasientens opplevelser av situasjonen kan det tyde på at sykepleier kan bygge opp en relasjon med pasienten som kan være gunstig for fremtidig behandling, og muligens finne alternative løsninger for å håndtere medisineren.

5.5 Erfaringer og holdninger til tvang

Terkelsen og Larsen (2012) skriver at pasienter ofte føler at de ikke har noe valg når det kommer til situasjoner som omhandler medisineren og tvang. Hvis legen har bestemt en behandling har pasienten to alternativer: nekte og da stå i fare for bruk tvang, eller samarbeide selv om de ikke ønsker. Studien viser videre at både pasienter og personell føler en form for avmakt ved tvangsmedisineren. Pasientene føler at de ikke har annet valg enn og medisineres da konsekvensene hvis de ikke samarbeider er større. Samtidig viser de til at også sykepleieren følte avmakten i tvangssituasjoner, men hos sykepleierne kjentes avmakten i form av empati. Sykepleieren følte handlingen var strengt nødvendig, men samtidig var empatien og omsorgen for pasientene sterk i handlingsøyeblikket (Terkelsen og Larsen 2012). Dette kan direkte knyttes til den aktuelle pasientsituasjonen.

Pasienten føler at hun ikke blir hørt samtidig som hun føler at hun ikke har noe valg, da hun vet at konsekvensene ved å ikke ta medikamentene er noe hun frykter mer enn bivirkningene av medikamentet. Samtidig sier sykepleierne at de føler seg hjelpeløse i situasjonen, men at de føler det er en nødvendighet da pasienten er i fare for seg selv ved å ikke medisineres. At sykepleierne føler seg maktesløse i situasjonen kan knyttes opp mot sykepleiers verdier og holdninger til situasjonen.

I en undersøkelse av sykepleiere i Finland kom det frem at 18 % av sykepleierne mente at tvang ved medisinerer var et etisk dilemma (Lind 2004:382-383). Undersøkelsen besto av totalt 126 sykepleiere hvorav kun 2 sykepleiere var helt enige i påstanden, mens 16 sykepleiere var enige i påstanden at tvangsmedisinerer var et etisk dilemma. Videre viste undersøkelsen at hele 82% av sykepleierne ikke synes det var noe etisk vanskelig å overtale pasienter til å medisineres (Lind 2004: 382-283). Tvang representerer en av de vanskeligste etiske utfordringene innen helsetjenesten. Tvang vil, uavhengig av lovverk, kunnskap og kompetanse, innebære en verdikonflikt som oppfordrer til høy etisk bevissthet hos de som utøver tvangen (NOU 2011:9). Men hvor mye vil sykepleiers individuelle holdninger og verdier påvirke den enkeltes refleksjon i situasjoner med «frivillig tvang»?

De sykepleiefaglige etiske retningslinjene viser til at sykepleiers holdninger og verdier i møte med pasienten skal være basert på integritet, verdighet og respekt for omsorg, menneskerettigheter og barmhjertighet. Dette er grunnverdier og skal utøves uavhengig av hvorfor pasienten lider (Norsk sykepleieforbund 2011). I etikken benyttes ikke-skade, velgjørighet og rettferdighet samt autonomi som sentrale prinsipper (Slettebø 1013: 85-86). Samtidig vil menneskers holdninger, som er formet fra barndommen, være individuelle. Det vil si at hvert enkelt menneske har en individuell tolkning og også mulige fordommer rettet mot en situasjon (Håkonsen 2009: 205). En kan da spørre seg om de yrkesetiske retningslinjene veier tyngre enn egne holdninger, og eventuelt om personlige holdninger vil styre sykepleiers beslutninger, til tross for de yrkesetiske retningslinjene og etiske prinsippene.

Videre kan det også diskuteres om sykepleiers holdninger ovenfor «vanskelige pasienter» har noen innvirkning på behandlingen av den enkelte pasient. Dette kan omhandle både stigmatiserte pasientgrupper, eller enkeltindivider slik som pasienten i dette caset. Hun nekter medikamenter, er verbalt utagerende og har en oppførsel som til tider kan være utfordrende.

Kvalifiserer hun da som en «vanskelig pasient»? Og til hvilken grad vil dette påvirke behandlingen hun mottar?

En undersøkelse viser til at sykepleierne etter lang tid med tvangsmedisinering overvurderte hvor mange av pasientene som aksepterte medisineren (Haglund, Von Knorring og Von Essen 2003). Det kan i denne situasjonen stilles spørsmålsteget ved om det er det som har skjedd i dette tilfelle. Samtidig viser undersøkelsen at sykepleierne ikke kunne se alternative løsninger til tvangsmedisinering (Haglund, Von Knorring og Von Essen 2003). Det kan da diskuteres om langtidsbehandling med «frivillig tvang» fører til at sykepleier godtar handlingene fordi en går ut ifra at pasienten aksepterer handlingen. Dette, i en kombinasjon med at en ikke ser alternativer til behandling, kan være en forklaring på det som har skjedd i denne situasjonen.

5.6 Paternalisme

Sykepleierne i caset forteller at «frivillig tvang» er en utvidet overtalelse hvor en går over grensen for hva som er lovlig, fordi det er for pasientens beste. Dette kan sees på som en paternalistisk tankegang. For å kunne utøve en svak paternalistisk tankegang bør sykepleier kunne påvise at pasienten ikke har innsikt i egen sykdom og derfor ikke klarer å ta gode avgjørelser på egne vegne. Ved en sterk paternalistisk tankegang bør pasienten være i fare for seg selv og andre, ved for eksempel utagerende adferd, før sykepleier vurderer et slikt tankesett (Slettebø 2013: 106). Hvis en her da tar utgangspunkt i at pasienten er utagerende verbalt, gir dette rom for å ha en sterk paternalistisk tankegang?

Ved sterk paternalisme gjør en handlinger for å beskytte og hjelpe den andre, selv om det går på bekostning av pasientens autonome vilje (Hoffmann 2002). Pasienten er per dags dato vurdert som samtykkekompetent. Sykepleiers handlinger som går på bekostning av pasientens autonomi kan derfor bli sett på som en sterk paternalistisk tankegang. Samtidig kan det trekkes inn i diskusjonen om pasienten virkelig har innsikt i egen situasjon. Enkelte av sykepleierne mente at dette ikke var tilfelle. Hvis en går ut ifra at pasienten ikke har sykdomsinnsikt kan sykepleiers handlinger karakteriseres som svak paternalisme. Ved en svak paternalistisk tankegang handler en ut ifra hva en mener er for pasientens beste, i situasjoner hvor pasienten ikke klarer å se dette selv (Slettebø 2013:104-111).

Samtidig beskriver Kari Martinsen (2005:145-166) i sin omsorgsteori at sykepleier skal bruke sin kunnskap til å fremme tillit hos pasienten. I dette tilfelle har pasienten en mistillit som gjør at hun stiller spørsmålsteget ved sykepleiers handlinger. Dette kommer til uttrykk ved at pasienten mener at alle i helsevesenet vil henne vondt og er ute etter å ta henne. Hun tviler på sykepleiers hensikt og sykepleiers faglige handlinger blir derfor også mistrodd. Det kan derfor tenkes at pasientens tillit ikke styrkes ved bruk av paternalisme.

Her kan det også trekkes inn et definisjonsspørsmål på kunnskap. Omhandler kunnskapen slik Kari Martinsen beskriver, kun fagkunnskap eller kan en også trekke inn kunnskap om pasienten i sitt arbeid for å fremme pasientens beste? Hvis en tolker det dithen at sykepleier benytter seg av kunnskap omhandler pasienten i en overtalelsessituasjon, hvor går da grensen for manipulasjon? Et eksempel på dette er at personalet i den aktuelle pasientsituasjonen benytter seg av akutt innleggelse som en konsekvens hvis pasienten ikke vil ta medikamentene. De har fra før kunnskap om at dette er noe pasienten frykter og dermed kan en tolke en slik handling som en trussel eller manipulering. På den andre siden så kan en se dette som en handling for pasientens beste i og med at sykepleier forsøker å unngå at pasienten blir psykotisk og igjen da unngå en akuttinnleggelse.

Når det gjelder spørsmålet om en kan forsvare bruken av trusler ut ifra en paternalistisk tankegang så drøfter Eide og Eide Løgstrups tenkning om svak paternalisme og autonomi på følgende måte: Løgstrup viser til ansvaret den enkelte har for å ikke heve seg over den andre og forsøke å kontrollere den andres reaksjon, vilje eller individualitet. Dette kan heller ikke rettferdiggjøres i situasjoner hvor en tenker at det er for den andres beste. (Eide og Eide 2010: 106). En kan tolke Løgstrup dithen at sykepleierne ikke kan benytte svak paternalisme til å forsvare bruken av trusler eller makt i situasjonen.

Man kan påstå at sykepleier handler ut ifra en sterk paternalistisk tankegang i denne sammenhengen dersom sykepleier vurderer pasienten kompetent til å ta egne avgjørelser, samt at sykepleier vurderer pasientens handlinger slik at hun er til fare for seg selv og andre. En svak paternalistisk tankegang på sin side forutsetter at sykepleier vurderer pasienten som ikke kompetent til å ta egne avgjørelser. Uansett kan handlinger som begrunnes ut ifra en paternalistisk tankegang (sterk eller svak) føre til at pasienten får nedsatt deltagelse i sitt eget liv, og kan igjen få en følelse av maktesløshet.

Dette er i så fall ikke forenelig med ønsket og prinsippet om å styrke pasientens autonomi og heller ikke yrkesetiske retningslinjer om å ivareta pasientens integritet.

5.7 Makt/avmakt

En profesjonell omsorgsrelasjon er en relasjon hvor makten er ubalansert. Den profesjonelle legitimerer sine handlinger ut ifra vitenskapen, systemet og faglig ekspertise, og den profesjonelle kan ut ifra dette begrunne sine handlinger som rett. Dette skaper en asymmetri hvor pasienten, som ikke har den samme kunnskapen, kan føle avmakt (Johannessen et al. 2007: 56). Løgstrup 1956 mener (ifølge Eide og Eide 2010:105) at relasjonen mellom pasient og sykepleier alltid vil være asymmetrisk, fordi det ikke er en spontan og gjensidig relasjon, men en relasjon hvor den ene er utlevert til den andre. Dette vil igjen føre til at maktbalansen i relasjonen ikke er likestilt mellom partene. Den som trenger hjelpen kan føle seg avhengig av hjelperen, og her må hjelperen være varsom. Pasienten i dette caset forteller i etterkant av medisineringsen at hun føler at hun ikke har noe valg - et utsagn som kan tyde på en følelse av avmakt. Å føle avmakt i behandlingssituasjon er igjen knyttet til opplevelsen av å være sårbar samt en kan føle seg nedverdige. Avmakten kan hos enkelte pasienter komme i uttrykk gjennom aggresjon. Situasjoner som tvangsmedisinering kan føre til en avmaktsfølelse da pasienten ikke føler at en har noe valg, og frykter at konsekvensene ved å ikke ta medisineringsen. Avmaktsfølelsen vil da føre til at pasienten ikke lenger føler at en selv har kontroll over eget liv (Brodtkorb og Rugkåsa 2012:81-88)

Løgstrup hevder videre at enhver relasjon er en maktrelasjon. Dette fordi man må utlevere seg selv for å skape en relasjon og i denne utleveringen setter seg selv i en sårbar posisjon. Relasjonen mellom mennesker blir derfor en etisk fordring (Eide og Eide 2010:105). Samtidig hevder Løgstrup 1969 (siteret i Johannessen et al 2007: 330) at selv om hjelperen må være varsom, skal en ikke være så varsom at en ikke er klar for å gjøre handlinger på tvers av hva pasienten vil i situasjonen som er til pasientens beste. Her må sykepleier finne en gylden middelvei mellom det å frata pasienten hennes makt og selvbestemmelse, og det å ikke la pasienten overstyre. I denne settingen kan det diskuteres om sykepleierne er klar over sin maktposisjon og om de har funnet en gunstig balanse mellom makt og medvirkning.

Uansett er det viktig å huske at tvang alltid representerer en form for maktbruk og en drastisk form for fremmedbestemmelse. Jo større fremmedbestemmelsen er, jo mer synlig vil det bli at makten ligger hos den andre. Med dette blir også friheten og selvbestemmelsen mindre (Johannessen 2007: 316). At det alltid finnes en form for makt i ved bruk av tvang vil medføre at det også eksisterer makt i «frivillig tvang».

KONKLUSJON

«Frivillig tvang blir brukt både som begrep og som handling i praksis. «Frivillig tvang» kan defineres som en handling der en, utover hva som er juridisk forsvarlig, overtaler en pasient til en handling.

Om «frivillig tvang» kan rettferdiggjøres i en medisinerings situasjon er det ikke et entydig svar på. Lovverket vil i denne situasjonen være tosidig. På en side åpner loven opp for å medisinere pasienten som et engangstiltak fordi det er høys nødvendig for pasientens liv og helse, men det gir ikke sykepleierne en varig løsning. Her setter også lovverket stopper for den praksisen som foregår i dag fordi pasienten er samtykkekompetent og det kreves samtykke før en behandler. Tvetydigheten kan også sees i etikken og de yrkesetiske retningslinjene. Med fokus på fireprinsipp etikken vil sykepleier stå i et dilemma hvor både ikke-skade, velgjørhetsprinsippet og autonomi vil stå i konflikt. Det kan i denne situasjonen se ut til at sykepleier, uansett hvilket etisk prinsipp som veier tyngst, blir stående uten et konkret svar på hva en bør vektlegge tyngst i denne situasjonen. Etikken gir derfor ikke noe entydig svar på om «frivillig tvang» kan rettferdiggjøres. Det kan på en annen side antydes at sykepleiers personlige holdninger kan spille inn på hva en vektlegger tyngst av autonomi, velgjørhet og ikke-skadeprinsippet, og at en uten refleksjon omhandlende tema vil få en veldig ulik praksis fra ulike sykepleiere.

Sykepleierne i pasientsituasjonen handler i dag ut ifra en paternalistisk holdning hvor de forsøker å gjøre det som er til det beste for pasienten. Og en kan ut ifra en paternalistisk holdning rettferdiggjøre bruken av «frivillig tvang». Men samtidig sitter begge parter igjen med en følelse av maktesløshet når det blir benyttet «frivillig tvang». Og det kan i denne situasjonen stilles spørsmål ved om sykepleierne i denne settingen er klar over sin maktposisjon og om de har funnet en gunstig balanse mellom makt og medvirkning.

Samtidig skaper den «frivillige tvangen» en dårlig relasjon mellom pasient og sykepleier. At sykepleier og pasient ikke har en god relasjon vil svekke den videre behandlingen. Det kan se ut som buken av «frivillig tvang» dermed blir en ond sirkel som fører til at relasjonen blir svekket og en av den grunn igjen må ty til handlingsmetoder som «frivillig tvang».

Frivillig tvang er et komplekst tema med mange gråsoner og tolkningsmuligheter. Det er per dags dato ikke et allmenne kjent begrep og når jeg forsøkte å finne forskning omhandlende temaet var det ingenting som tok for seg begrepet i helhet. Allikevel var det noe forskning som tar for seg ulik tematikk og problemområder som er knyttet til begrepet og derav mulig å drøfte begrepet til en viss grad. Men da det ikke finnes noe forskning eller litteratur som spesifikt omhandler denne type problematikk er det utfordrende å gi et konkluderende svar utover det som tidligere er skrevet. Den en derimot kan konkludere med er at det trenges mer forskning angående temaet «frivillig tvang» og rund problematikk som kyttes opp imot gråsonene innen tvang og psykiatri.

LITTERATURLISTE

Bokmålsordboka (2010a). *Frivillig*. Url: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=frivillig&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>. Lest: 21.01.13

Bokmålsordboka (2010b). *Tvang*. Url: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=tvang&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>. Lest 21.01.14

Brinchmann, B.S. (2012). *Etikk i sykepleien*. 3. utgave. Gyldendal akademiske, Oslo

Brodtkorb, E og Rugkåsa, M. (2009). *Mellom mennesker og samfunn*. 2. utgave. Gyldendal akademiske. Oslo

Dalland, O. (2011). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. opplag. Gyldendal akademisk, Oslo

Eide, H og Eide, T (2010) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Gyldendal akademisk, Oslo.

Felleskatalogen. *Zypadhera*. URL: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/zypadhera-lilly-565731>. Lest: 20.02.14

Haglund, K., Von Knorring, L. og Von Essen, L. (2003) *Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions*. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, Vol 10 (1), s. 65 – 72. Hentet fra Cinahl. Lest: 25.01.14

Hansen, H og Reinås, T. K.(2012) *Sats mer på frivillig tvang*.
Url: http://www.aftenbladet.no/meninger/Sats-mer-pa-frivillig-tvang-2977906.html#.UwN_vRuPLIU. Funnet i Aftenbladet. Lest: 20.01.14

Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. og Førde, R. (2010). *Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell*. Forskning. Nr 4, 2010;5: 294-301 Hentet fra sykepleien.no. Lest 14.02.14

Hoffmann. B. *Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang.*

Url: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121242. Hentet fra sykepleien.no. Lest 14.02.14.

Hummelvoll, J, K (2012) *Helt- ikke stykkevis og delt*. 7. utgave. Gyldendal akademisk. Oslo

Høyer, G. og Dalgard, O.S (2002). Lærebok i rettspsykiatri. Gyldendal akademisk, Oslo

Håkonsen. K. M. *Innføring i psykologi*(2009). 4 utgave. Gyldendal akademiske, Oslo

Jarrett M, Bowers L. og Simpson A (2008). *Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review*. Journal of Advanced Nursing 64(6), 538–548. Hentet fra Cinahl. Lest: 25.01.14

Johannessen, K.I., Moelv, O og Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett og rettferdig, etikk for sykepleiere*. Akribe forlag, Oslo

Kristoffersen, N. J. *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F og Skaug, E-A (red). (2011). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. 2. utgave. Gyldendal akademisk. Oslo.

Lind. M, Kaltiala-heino. R, Suominen. T, Leino-kilpi. H. og Valimaki. M. (2004). *Nurses' ethical perceptions about coercion*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11, s: 379–385. Hentet fr Cinahl. Lest 25.01.14

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven) av 02.02-1999. nr. 63. Url: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*. Lest: 15.01.14

Martinsen, K (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe. Oslo

Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R., Jacobsson, K (red). (2010) *Forskningsmetodikk for sosialvitere*. Gyldendal akademisk. Oslo.

Molven, O (2012). *Sykepleie og jus*. 4. Utgave. Gyldendal juridisk. Oslo.

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Url: <https://www.nsf.no/fag/etikk>. Lest: 10.01.14

NOU (2011: 9). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011.

Robbins, S.P., Judge, T.A., Millett, B og Boyle, M. *Organisational behaviour*. Pearson, Australia.

Slettebø, Å (2013). *Sykepleie og etikk*. 6. utgave. Gyldendal akademisk, Oslo.

Statens helsetilsyn (2000). *Schizofreni, kliniske retningslinjer for utredning og behandling*.

Url:

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/schizofreni_kliniske_retningslinjer_ik-2726.pdf. Lest 01.02.2014.

Store norske leksikon. *Integritet*. Url: <http://snl.no/integritet>. Lest 23.01.14

Syse, A (2004). *Psykisk helsevernlov med kommentarer*. Gyldendal akademisk, Oslo

Syse, A (2009). *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Gyldendal akademisk, Oslo

Terkelsen, T.B og Larsen, I.B (2012). *Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. S 123-132. Vol 9. Nr.2. Universitetsforlaget. Hentet fra tvangsnett.no. Lest 25.01.14

Vuckovich, P. K (2009) *Strategies nurses use to overcome medication refusal by involuntary psychiatric patients*. *Mental Health Nursing*, 30:181–187, 2009. DOI: 10.1080/01612840802694478. Hentet fra Cinahl. Lest 25.01.14

Weber. M. (2000). *Makt og byråkrati*. 3 utgave. Gyldendal norske forlag, Oslo.

Winther, A. H. *Praksisfortellinger I: Glasdam, S.(2012) Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige området*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS, København.