



Å forebygge bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

Kandidatnummer: 1117

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK 2016

Antall ord: 9327

21/3-2019 klokken 14:00

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag/abstract

Bakgrunn: Det er et uttalt mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.

Metode: Denne oppgaven er en litterær oppgave med kvalitativt orientert metode. Det er blitt benyttet lærebøker, fagbøker, lovparagrafer og forskningsartikler i forbindelse med oppgaven. Forskningen blir vurdert i lys av Travelbees teoretiske perspektiver.

Resultat: Forskningen fremhever kommunikasjon og relasjonsarbeid, deeskalering og debriefing som virkemidler sykepleier kan benytte seg av for å forebygge bruk av tvangsmidler.

Konklusjon: Å se hele mennesket, likeverdig kommunikasjon og deeskalering er tiltak som sykepleier bør trene opp og ta initiativ til å benytte for å styrke relasjon og forebygge bruk av tvangsmidler. Debriefing kan benyttes i etterkant av situasjoner for å reparere relasjonen og forebygge videre bruk av tvangsmidler.

Background: It is a stated goal to reduce the use of coercion in mental health care.

Objectives: The purpose of this thesis is to find out how nurses can prevent the use of coercive measures in mental health care.

Methods: This thesis is a literature review with a qualitatively oriented method. Textbooks, provisions of laws and research articles have been used in the creating of this thesis. The research is assessed in light of Travelbee's theoretical perspectives.

Results: The research emphasizes improved communication and relationships, de-escalation and debriefing as means nurses can focus on to prevent the use of coercive measures.

Conclusion: Seeing the entire human being, equal communication and de-escalation are measures that nurses should practice and take initiative using to strengthen relationships and prevent the use of coercive measures. Debrief can be used after situations to repair the relationship and prevent further use of coercive measures.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	1
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	1
1.4	Avgrensning og begrepsavklaring.....	2
1.5	Oppbygging av oppgaven.....	2
2	Metode.....	4
2.1	Hva er metode.....	4
2.2	Valgt metode.....	4
2.3	Litteratursøk.....	5
2.3.1	Teori og forskning.....	5
2.3.2	Databaser.....	5
2.3.3	Søkelogg.....	6
2.3.4	Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	7
2.3.5	Refleksjon rundt valg av metode.....	8
2.3.6	Presentasjon av forskningsartikler.....	8
2.4	Kildekritikk.....	13
2.5	Etiske overveielser.....	13
3	Litteraturgjennomgang.....	15
3.1	Teoretisk forankring.....	15
3.1.1	Sykepleierrollen.....	15
3.1.2	Menneske-til-menneske-forhold.....	16
3.1.3	Travelbee og kommunikasjon.....	16
3.2	Psykatri og tvang.....	17
3.2.1	Hva er psykisk lidelse?.....	17
3.2.2	Hva er psykiatrisk sykepleie?.....	17
3.2.3	Tvang.....	18
3.2.4	Tvangsmidler.....	19
3.2.5	Opplevelsen av tvang.....	19
3.2.6	Makt og avmakt.....	21
3.3	Kommunikasjon.....	21

3.3.1	Definisjon	21
3.3.2	Verbal og nonverbal kommunikasjon	22
3.3.3	Når kommunikasjonen svikter.....	22
3.3.4	Å oppnå kommunikasjonsferdigheter	24
3.3.5	Deeskalering.....	25
3.3.6	Debriefing	25
4	Drøfting	27
4.1	Kommunikasjon og relasjon.....	27
4.2	Deeskalering.....	30
4.3	Debriefing	32
5	Konklusjon	34
	Litteraturliste	35
	Vedlegg	39
	Søkelogger.....	39
	Søk i Cinahl.....	39
	Søk I Cinahl 2.....	39
	Søk I PubMed.....	40
	Søk I PsycINFO	40

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Egen arbeidserfaring fra akuttpsykiatri og undervisning om temaet på skolen har fått meg til å fatte interesse for hvordan tvang og tvangsmidler blir benyttet i psykiatrien. I tillegg har bruken av tvang i psykisk helsevern vært mye omtalt i mediene de siste årene. I Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) står det beskrevet at et av formålene er å forebygge og begrense tvangsbruk (§ 1-1.). Bruk av tvang burde alltid være siste løsning, men kan i noen tilfeller være nødvendig i en akutt fase. Jeg har flere ganger vært i situasjoner hvor tvangsmidler er blitt benyttet, og ønsker å lære mer om hvordan man som sykepleier kan forebygge bruken av tvangsmidler.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å benytte teori og faglitteratur til å få økt kunnskap om forebygging av tvangsmiddelbruk. Jeg ønsker å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å støtte opp under pasienten og ivareta dennes behov og verdighet. I rammeplan for sykepleierutdanning står det under yrkesetisk holdning og handling at: ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.” (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 7). Å løse problemer i en tidlig fase kan bidra til at den aktuelle pasienten, men også andre pasienter og personale føler seg trygge og ivaretatt.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Med bakgrunn i valgt tema og hensikt med oppgaven har jeg valgt problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier forebygge bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

I oppgaven vil jeg ha fokus på sykepleiers påvirkningsmuligheter i kontakt med pasienten. Jeg tar ikke for meg forebygging av tvang på et overordnet nivå. Hvordan helsehjelpen organiseres, hvordan økt bemanning kan påvirke eller hvordan utforming av enheter er lagt opp vil derfor ikke bli belyst i oppgaven. Fokus vil ligge på hva en sykepleier kan gjøre for å påvirke ved hjelp av initiativ, kunnskap og fokus i arbeidshverdagen. I oppgaven vil jeg gå ut fra at pasienten befinner seg i spesialisthelsetjenesten.

I kontakt med pasienten vil jeg ha fokus på relasjon og kommunikasjon. Jeg vil ta for meg pasienter generelt. Hvordan faktorer hos den enkelte pasient som for eksempel diagnose, kulturell bakgrunn og rusmisbruk påvirker, vil ikke bli drøftet.

Forebygge, tvangsmidler og psykisk helsevern er begreper i problemstillingen. *Forebygging* beskrives i Lillevik og Øien (2014) som reduksjon av noe som er uønsket eller stimulering for å fremme noe ønsket (s. 48). At sykepleier arbeider for å forebygge bruk av tvangsmidler vil altså si arbeid med å redusere bruken av tvangsmidler eller å fremme noe annet som alternativ til tvangsmidler.

Tvangsmidler som brukes i psykisk helsevern er definert i lovverket og innebærer mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak lukket dør, enkeltstående bruk av kortvarig legemidler og kortvarig fastholding (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Dette vil i større grad bli gjort rede for i litteraturgjennomgangen.

Psykisk helsevern blir definert i lovverket som undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, i spesialisthelsetjenesten (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-2).

1.5 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 1 vil jeg gjøre rede for valg av tema og hensikt med oppgaven. Videre vil jeg presentere problemstilling, avgrensning i forhold til problemstillingen og begreper som blir brukt i problemstillingen. I kapittel 2 vil metode bli forklart og valgt metode bli utdypet. Jeg vil forklare valg av litteratur, gjøre rede for søkeprosessen min og presentere søkelogg. Jeg har etter beskrivelsen av søkene valgt å presentere forskningsartiklene i metodekapittelet.

Grunnen er at jeg vil vurdere relevansen av disse, noe jeg synes passer bedre i dette kapitlet. Deretter vil jeg reflektere rundt valgt metode før jeg i slutten av kapitlet gjør rede for kildekritikk og etiske overveielser. Kapittel 3 vil starte med teoretisk forankring før jeg definerer og forklarer teori som er blitt brukt i oppgaven. I kapittel 4 drøftes problemstillingen i lys av teorien i oppgaven, teoretisk forankring og egne erfaringer fra praksis og arbeidsliv. Til slutt i oppgaven presenterer jeg konklusjonen i kapittel 5.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for begrepet metode og beskrive metoden som er valgt i denne oppgaven. Deretter gjør jeg rede for litteratursøk. Etter beskrivelse av søkene presenteres artiklene jeg bruker i oppgaven, og hvorfor de er relevante. Til slutt i kapittelet går jeg gjennom kildekritikk og etiske overveielser i forbindelse med oppgaven.

2.1 Hva er metode

Metode er fremgangsmåten man benytter for å samle inn data om noe som skal undersøkes. Data som samles inn er forskjellige typer informasjon som for eksempel tall, meninger eller opplevelser. Metoder kan deles inn i to typer, kvalitative og kvantitative. Kvantitativt orienterte metoder gir målbare resultater i form av tall og statistikk, mens kvalitative metoder utforsker ikke-målbare opplevelser og mening som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 52).

2.2 Valgt metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave med kvalitativt orientert metode. En litterær oppgave vil si at data blir hentet fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori. Oppgaven går ut på å forebygge bruk av tvangsmidler. Sykepleiers forebygging skjer i kontakten med pasienten og derfor vil litteraturen i oppgaven i stor grad ta utgangspunkt i pasientens opplevelse. Forskningslitteraturen benyttet vil derfor i stor grad være fenomenologisk litteratur. Det betyr at oppmerksomheten blir rettet mot opplevelser og erfaringer i et subjektperspektiv, for eksempel pasienters og ansattes opplevelser og erfaringer med tvangssituasjoner (Thomassen, 2006, s. 83). Thomassen (2006) vektlegger at i fenomenologiske studier må variasjonsbredden fenomenet oppleves i bli utforsket mest mulig utfyllende. Målet er å nå frem til det som er konstant, på tvers av forskjellige variasjoner og perspektiver (s. 84).

2.3 Litteratursøk

2.3.1 Teori og forskning

For å skrive denne oppgaven er det blitt benyttet lærebøker, fagbøker, lover og forskningsartikler. Noe er hentet fra studiets pensum, resten er funnet ved hjelp av skolens bibliotek og søk i ORIA. En hovedregel for valgt litteratur er at den bør være fra de siste ti årene. Et av kriteriene for søk har derfor vært at litteraturen er fra 2009 eller nyere. Det eneste unntaket er boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Joyce Travelbee, som ble utgitt i 1999. Den brukes til å gjøre rede for det teoretiske grunnlaget og er relevant til tross for at den er eldre enn ti år.

2.3.2 Databaser

Gjennom høgsolen har studentene tilgang til flere databaser med aktuelle forskningsartikler. For å finne forskning benyttet i denne oppgaven ble det gjort søk i Cinahl, PubMed og PsychINFO.

I starten av søkeprosessen hadde jeg en idé om at jeg ville skrive om tvang. Med det som utgangspunkt hadde jeg ganske vide søk for å finne inspirasjon. Ved å undersøke litt hva som lå ute fant jeg ut at jeg ville skrive om forebygging og deeskalering. Jeg benyttet et PICO-skjema for å finne søkeord som var relevante å bruke. Ved å søke på enkeltord kom det alt fra hundrevis til tusenvis av treff. Derfor måtte jeg bruke kombinasjoner av ord for å søke etter relevante artikler. I tillegg fant jeg blant annet flere mulig relevante artikler på tysk, og innså at jeg måtte styrke søket mitt ved bruk av noen eksklusjonskriterier disse blir beskrevet i punkt 2.3.4.

Det var noe variasjon i mengden treff på søkeord-kombinasjoner i de forskjellige databasene. Det ble derfor nødvendig å variere kombinasjonene i de forskjellige databasene for å finne relevante artikler. For å finne forskningsartikler har jeg brukt søkeordene: *psychiatric patients, mental disorders, coercion, involuntary treatment, commitment of mentally ill, restraints, respect, communication, deescalat*, de-escalat*, aggression, violence, og training*. Forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene er brukt for å avgrense søket ved hjelp av AND og OR. Søkene blir dokumentert i punktet under.

2.3.3 Søkelogg

Jeg benyttet databasene Cinahl, PubMed og PsycINFO. I tillegg fant jeg en relevant artikkel ved et søk i ORIA, som er søkemotoren som benyttes på skolens bibliotek. Jeg legger en mer oversiktlig illustrasjon som vedlegg. Under beskrives søkene kort.

Søk i Cinahl

Det første søket i Cinahl inneholdt søkeordene psychiatry, de-escalation, deescalation, coercion, og restraints. Jeg brukte OR på de-escalation og deescalation, og også OR på coercion og restraints. Deretter slo jeg disse sammen ved å benytte AND på de to resultatene, i tillegg til psychiatry. Resultatet ga fire artikler, hvor jeg fant en av dem relevante for min oppgave.

Jeg forsøkte å forandre på søkeordene og gjorde et søk til i Cinahl. I det andre søket benyttet jeg søkeordene psychiatry, aggression og training. Jeg kombinerte søkeordene psychiatry og aggression med OR. Deretter kombinerte disse og training med et AND-søk. Dette søket ga 21 treff. Ved å se gjennom disse treffene plukket jeg ut to artikler jeg fant relevante for min oppgave.

Søk i PubMed

I PubMed søkte jeg på patient OR psychiatric patient, coercion OR involuntary treatment OR commitment of mentally ill OR restraint, communication OR respect og psychiatry. Deretter kombinerte jeg disse med et AND-søk. Av resultatene som kom opp fant jeg én relevant artikkel.

Søk i PsycINFO

Søkene som ble kombinert med OR i denne databasen var først psychiatry og psychiatric patients. Deretter kombinerte jeg de-escalating, deescalating, deescalation og de-escalation med et OR-søk. Til slutt kombinerte jeg coercion og restraints med OR. Deretter kombinerte jeg disse med et AND-søk. Jeg vurderte en av de elleve artiklene som kom opp som relevant for min oppgave.

Søk i ORIA

I forbindelse med søk etter annen litteratur i ORIA fant jeg en forskningsartikkel som var relevant for oppgaven. Søkeordet som ble brukt i ORIA var deeskalering.

Annet

Tre av forskningsartiklene jeg benytter har jeg ikke klart å finne igjen søkehistorikk på. Alle tre finnes i både Cinahl, PubMed og PsycINFO. Jeg vil anta at jeg har benyttet de samme søkeordene i kombinasjon med AND og OR, men har ikke klart å gjenskape disse søkene.

2.3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I utgangspunktet forsøkte jeg å bare søke med søkeord. Utover i søkeprosessen innså jeg viktigheten av å ha noen kriterier for søkene. Jeg fant blant annet to artikler som ved første øyekast virket interessante når jeg leste abstraktet, til jeg fant ut at begge var på tysk.

Inklusjonskriteriene jeg til slutt valgte for forskningsartiklene var:

- Artikler fra de siste ti år. Altså fra 2009 frem til dags dato.
- Språk på enten norsk, dansk, svensk eller engelsk.
- Artikler som er peer-reviewed. Altså fagfelleverderte artikler.
- Artikler som får treff med kombinasjonen av søkeord jeg har brukt.

Forskning har blitt ekskludert på bakgrunn av følgende kriterier:

- Tvangsbruk i andre type avdelinger enn psykisk helsevern. For eksempel sykehjem.
- Artikler om tvangsbruk i ikke-vestlige land.

2.3.5 Refleksjon rundt valg av metode

Underveis i arbeidet med denne oppgaven har jeg innsett viktigheten av god metodebruk. Det å justere søkeordene i de forskjellige databasene kan ha påvirket hvilke forskningsartikler jeg har brukt. Ved å planlegge bedre i forkant av søkene, både med tanke på søkeord og kombinasjoner og med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriterier, ville oppgaven blitt mindre påvirket av min førforståelse. Ved at jeg har hatt uklar fremgangsmåte har artiklene jeg har valgt blitt mer vilkårlige enn om kriteriene var bedre planlagt på forhånd.

Jeg har også lært i dette arbeidet at jeg ikke har vært grundig nok i å ta vare på søkehistorikk. Totalt i oppgaven har jeg benyttet meg av ni forskjellige forskningsartikler. Tre av disse har jeg ikke klart å finne søkehistorikken for. Ved å søke på disse tre artiklene sine titler har jeg funnet alle tre i både Cinahl, PsycINFO og PubMed, derfor vet jeg heller ikke i hvilke databaser jeg i utgangspunktet fant dem i.

2.3.6 Presentasjon av forskningsartikler

Tittel	<i>De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: Concept analysis</i>
Forfatter	Hallet, N & Dickens, G.L.
Årstall	2017
Hensikt	Å definere hva deeskalering er.
Funn	Ved å sette seg inn i flere studier om deeskalering har de definert hva deeskalering er, og hvilke faktorer det innebærer. I tillegg tar de opp behovet for jevnlig trening på deeskalerende teknikker.
Relevans	Artikkelen definerer deeskalering og hvordan fokus på deeskalering kan bidra til å redusere bruk av tvangsmidler.

Tittel	<i>Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices</i>
Forfatter	Berring, L.L., Pedersen, L. & Buus, N.
Årstall	2016
Hensikt	Å beskrive hvordan sykepleiere og pasienter opplever bruk av deeskalering i konfliktsituasjoner.
Funn	Beskriver deeskalering fra flere perspektiver. Tar for seg både sykepleieres perspektiv og pasienters perspektiv på opplevelsene rundt bruk av deeskalering.
Relevans	Tar opp bruken av deeskalering og pasienters opplevelse av deeskalering og tvangsbruk. Nevner også debriefing.

Tittel	<i>"Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perception of the situations associated with the process of coercion</i>
Forfatter	Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L.
Årstall	2017
Hensikt	Å undersøke eksisterende litteratur for å utforske pasienters opplevelse av forskjellige typer tvangstiltak.
Funn	Artikkelen omtaler viktigheten av kommunikasjon i forbindelse med tvangsmiddelbruk for å ivareta pasienten og deres opplevelse av tvangssituasjonen.
Relevans	Tar opp viktigheten av kunnskap om pasientens opplevelse for å arbeide med deeskalerende teknikker. Tar opp viktigheten av empati, kommunikasjon og trening på deeskalering for å forebygge tvangsbruk.

Tittel	<i>Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review</i>
Forfatter	Aguilera-Serrano, C. Guzman-Parra, J. Garcia-Sanchez. J.A., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F.
Årstall	2018
Hensikt	Tar for seg hva som kan påvirke pasienters opplevelse av tvang.
Funn	Artikkelen tar opp viktigheten av debrifing. Går inn på hva slags kommunikasjon som bidrar til at opplevelsen av tvangsbruk kan oppleves mindre belastende.
Relevans	Tar opp viktigheten av debrifing, både for pasientens opplevelse i etterkant av en tvangssituasjon, med tanke på relasjonen videre og for å forebygge senere tvangssituasjoner.

Tittel	<i>Training in de-escalation: an effective alternative to restrictive interventions in a secure service for women</i>
Forfatter	Long, C.G., Afford, M., Harris, R. & Dolley, O.
Årstall	2016
Hensikt	Å undersøke hvordan trening i deeskalerende teknikker påvirker holdninger og tvangsbruk.
Funn	Mer trening i deeskalering førte til en reduksjon i tvangsbruk, utageringssituasjoner og skader på ansatte. Artikkelen tar også opp hvordan ansatt-pasient relasjonen ble påvirket.
Relevans	Fremhever viktigheten av jevnlig trening på deeskalering.

Tittel	<i>Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature</i>
Forfatter	Scanlan, J.N.
Årstall	2010
Hensikt	Litteraturgjennomgang for å undersøke hvordan man kan redusere bruk av tvangsmidler.
Funn	Artikkelen lanserer syv strategier for å redusere bruk av tvang.
Relevans	Tar opp flere av punktene jeg fokuserer på i oppgaven. Blant annet debrifing og trening på deeskalering.

Tittel	<i>Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients</i>
Forfatter	Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N.
Årstall	2012
Hensikt	Undersøker pasienter og personale i sine holdninger til aggresjon, vold og tvang.
Funn	Artikkelen drar frem at det er enighet mellom ansatte og pasienter i at det er mulig å forebygge vold og aggresjon. Tar opp flere punkter som er viktige for å forebygge aggresjon, vold og tvang.
Relevans	Vektlegger blant annet viktigheten av relasjonen mellom pasient og ansatt.

Tittel	<i>Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey</i>
Forfatter	Jalil, R., Huber, J.W., Sixsmith, J. & Dickens, G.L.
Årstall	2017
Hensikt	Å undersøke sammenhengen mellom sykepleiers holdninger og følelser, og bruken av tvang.
Funn	Artikkelen påpeker en sammenheng mellom sykepleiers følelser, holdninger og tvangsbruk.
Relevans	Foreslår at sykepleiere får oppfølging og hjelp til å regulere følelsene sine for å bidra til å redusere tvangsbruk.

Tittel	<i>Deeskaleringsprosesser</i>
Forfatter	Berring, L.L. & Buus, N.
Årstall	2018
Hensikt	Å identifisere og informere om deeskaleringsprosesser og å øke fokus på deeskalering i Norden.
Funn	Artikkelen deler opp innholdet i deeskalering i fire temaer. Definerer deeskalering.
Relevans	Tar opp trening på deeskalering og viktigheten av å involvere pasienten selv i deeskaleringsprosessen. Retter også fokus mot pasientens opplevelse av situasjonen.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å gjøre rede for kildegrunnlaget benyttet i oppgaven. Det bør komme tydelig frem hvordan og hvorfor litteraturen er plukket ut, for å støtte opp under oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017, s. 152).

Kildene jeg har brukt er lærebøker, fagbøker, lover og forskningsartikler. Bøkene jeg har brukt er enten fra pensum eller bøker som biblioteket på skolen har inne. Pensumlitteraturen er plukket ut på grunn av sin relevans, og de fagbøkene som er brukt er skrevet av anerkjente forfattere. Dalland (2017) fremhever forfatterens navn som et viktig punkt i kildekritikken. Å benytte anerkjente forfattere styrker troverdigheten til oppgaven (s. 160). Lovparagrafene jeg har hatt med er hentet fra lovdata, som inneholder lover og sentrale forskninger (Dalland, 2017, s. 155). Alle artiklene jeg har funnet er forskningsartikler. Alle er nyere enn ti år og fagfelleurdert. Dette for å unngå at informasjonen er utdatert og for å sikre at innholdet holder god, vitenskapelig standard (Dalland, 2017, s. 154-157). For å sikre at artiklene er relevante for min problemstilling har jeg utelukket tvangsbruk utenfor psykiatriske avdelinger. Jeg har også utelukket artikler som omtaler tvangsbruk i ikke-vestlige land, ettersom kulturforskjeller kan ha stor innvirkning på både holdninger, tvangsbruk og opplevelsen av det.

Ettersom engelsk ikke er mitt morsmål er det en mulighet for misoppfatte enkelte detaljer i artiklene. Fagterminologi på et annet språk kan misforstås, og dersom det har skjedd kan bruken av dem påvirke oppgaven min.

2.5 Ethiske overveielser

Forskningsetikk beskrives av Dalland (2017) som vurdering av alle forskningens faser i forhold til holdninger og verdier i samfunnet. Det innebærer blant annet å ikke påføre skade eller belastninger, ivareta personvern og ikke gå på bekostning av enkeltpersoner (s.236).

Ettersom denne oppgaven er et litteraturstudie vil mye av de etiske overveielser dreie seg om hvordan jeg benytter og gjengir litteraturen jeg bruker. Det innebærer å være etterrettelig, å gjøre rede for det når jeg benytter meg av hva andre har skrevet og å vise til hvor det er hentet fra. Andre punkter som omhandler etiske overveielser kan for eksempel være

taushetsplikt, anonymitet og samtykke (Dalland, 2017, s. 239-241). Disse vil ikke være så relevante for meg, men man kan lese i forskningsartiklene hvilke etiske overveielser forfatterne har gjort. Som jeg nevner i kapittel 1 har jeg både arbeidserfaring og praksiserfaring fra psykiatrien. Der jeg bruker egne erfaringer som eksempler vil jeg måtte ta hensyn til anonymitet og taushetsplikt. På grunn av min førforståelse må jeg ved utvelgelse av forskningslitteratur være oppmerksom på at ikke min førforståelse påvirker hva jeg velger, at jeg ikke utelukker synspunkter som går mot min førforståelse.

3 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for sykepleieteoretisk forankring med presentasjon av, og begrunnelse for valgt teoretiker. Deretter presenteres teorigrunnet som er brukt i oppgaven.

3.1 Teoretisk forankring

Sykepleieteori gir oversikt og perspektiver på fagområdet, og tydeliggjør sykepleierens funksjonsområde ved å identifisere og beskrive sentrale sykepleiefenomener (Kristoffersen, 2016, s. 21).

Joyce Travelbee (1999) var en engelsk sykepleier som er kjent for å ha fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess og sier at ”Å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkssom måte er en sykepleieaktivitet.” (s. 30).

Å forebygge bruk av tvang i psykiatrien gjøres i stor grad i møtet mellom sykepleier og pasient. Travelbee sine teorier og perspektiver er derfor svært relevante for denne oppgaven.

3.1.1 Sykepleierrollen

Sykepleiere er mennesker som alle andre. Den største forskjellen er at sykepleiere besitter og anvender spesialiserte kunnskaper, og bruker disse for å hjelpe andre med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand (Travelbee, J. 1999. s. 72).

Travelbee (1999) sier at sykepleierrollen må overskrides og at det er i et menneske-til-menneske-forhold at et genuint forhold blir etablert. Det som må overskrides er barrierene som ligger i begrepene sykepleier og pasient. Roller, titler, status og posisjon er ifølge Travelbee barrierer i forholdet som må bort for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold (s. 77-80).

3.1.2 Menneske-til-menneske-forhold

I følge Travelbee (1999) er det sykepleierens oppgave å planlegge og tilrettelegge kommunikasjonen med pasienter for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, og dermed sykepleiens mål og hensikt som er forebygging og mestring av sykdom og lidelse (s. 135).

Et menneske-til-menneske-forhold blir beskrevet som ”en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt.” (Travelbee, 1999. s. 41).

3.1.3 Travelbee og kommunikasjon

Kommunikasjon blir beskrevet som en kontinuerlig prosess med overføring av budskap og meninger, både verbalt og non-verbalt, mellom personer (Travelbee, 1999, s. 137-138).

Travelbee sier at kommunikasjon kan være en kreativ prosess, der sykepleieren bevisst snakker og handler på en måte som kan føre til forandring. ”Kommunikasjon er det virkemiddelet som brukes til å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner.” (Travelbee, 199, s. 137-138).

Hun beskriver videre kommunikasjon som en dynamisk kraft med innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjonen, en kraft som kan bidra til et tettere forhold tilrettelagt for å gi hjelp, men som også kan såre og støte personen bort (Travelbee, 1999, s. 137).

For sykepleier er det viktig å lære den syke å kjenne. Travelbee (1999) sier at det bare er mennesker, og ikke pasienter man kan bli kjent med, og legger med det vekt på viktigheten av å se hele mennesket. Dersom sykepleier har som utgangspunkt at alle med en viss type sykdom eller diagnose er like og ønsker samme behandling, vil ikke sykepleier være i stand til å bli kjent med den enkelte pasient og kunne dekke deres behov (s. 140).

Videre legger Travelbee (1999) vekt på at ved å kjenne den syke som individ vil sykepleieren lettere kunne utvikle en følelse for timing, altså når pasienten er mottakelig for kommunikasjon, og når sykepleier bør tie (s. 141).

3.2 Psykiatri og tvang

3.2.1 Hva er psykisk lidelse?

Snoek og Engedal (2017) definerer psykiatri som ”læren om avvikende følelser, tanker og handlinger betraktet som sykdommer” (s. 19).

Der medisin handler om kroppslige sykdommer tar psykologi og psykiatri for seg menneskesinnet og sjelslivet. Psykiske lidelser er en samlebetegnelse på diverse tilstander som kjennetegnes ved blant annet avvikende atferd, tankegang, følelsesuttrykk eller uforståelig taleevne. Disse tilstandene kan være av varierende varighet, og kan melde seg brått eller utvikle seg gradvis over tid (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2010, s. 16).

3.2.2 Hva er psykiatrisk sykepleie?

Under følger en definisjon av psykiatrisk sykepleie:

Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll, 2012, s. 43).

Selvbildet kan bli påvirket av det å bli pasient. I samfunnet er det en forventning at man løser og mestrer egne problemer. Det kan oppleves som en utfordring å gå inn i pasientrollen, og dette kan påvirke mestringsfølelsen (Hummelvoll, 2012, s. 33)

Å oppsøke hjelp for psykiske problemer kan oppleves som en markering av utilstrekkelighet og pasienten kan føle seg sårbar, med et skjørt selvbilde og redusert selvaktelse. Ofte vil slike

følelser hos et individ kunne forsterke seg selv, og ende i en ond sirkel. For sykepleieren vil utfordringen bestå i å hjelpe pasienten ut av denne syklusen (Hummelvoll, 2012, s. 141-142).

3.2.3 Tvang

Psykisk helsevern reguleres av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven), heretter omtalt som PHVL. Loven har som formål å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1.-1), og hovedregelen i loven er at helsehjelpen ytes på bakgrunn av samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-1).

Tvang som begrep brukes på forskjellige måter men innebærer og dekker flere former for frihetsberøvelse. Husum, Hem, Pedersen og Aarre (2017) deler inn tvang i tre ulike former: formell tvang, uformell tvang og opplevd tvang. Den formelle tvangen føres det statistikk for i Norge, og innebærer blant annet tvungent psykisk helsevern (TPH), bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling. Denne tvangen må det fattes juridisk vedtak om, som utløser prosedyrer for å styrke pasientens rettssikkerhet (s. 191-197).

Uformell tvang er tvang hvor det ikke blir fattet vedtak, hvor pasienten likevel ikke opplever å ha noe valg. Eksempler på dette kan være press fra helsepersonell, pårørende eller samfunnet, hvor pasienten ikke opplever valgfrihet eller blir truet med konsekvenser. Dette kan eksempelvis innebære forandring i behandlingstilbud eller trusler om å miste økonomiske goder vedkommende er avhengig av (Husum et al., 2017, s. 191-197).

Opplevd tvang innebærer begge typer tvang omtalt over, men fokuserer på pasientens opplevelse. Opplevelsen til pasienten trenger ikke å samsvare med bruken av tvang, og dette kan gi utslag i en opplevelse av både mer omfattende og mindre omfattende opplevd tvang (Husum et al., 2017, s. 191-197).

Som nevnt tidligere er hovedregelen at helsehjelp skal ytes på bakgrunn av samtykke. Unntaket fra denne hovedregelen forutsetter at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og i tillegg enten er til fare for seg selv eller andre, eller at pasienten trenger behandling for å bli vesentlig bedre, forhindre vesentlig forverring og samtidig mangler samtykkekompetanse (Husum et al., 2017, s. 191-197).

3.2.4 Tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler er regulert og definert i PHVL § 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Denne loven definerer fire forskjellige tvangsmidler som kan anvendes dersom det er nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre eller for å hindre betydelige materielle skader. De fire tvangsmidlene som kan benyttes er:

- Mekaniske tvangsmidler. Innebarer belter, remmer og klær som hindrer pasientens bevegelsesfrihet.
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør.
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler med beroligende eller bedøvende effekt.
- Kortvarig fastholding.

(Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8).

3.2.5 Opplevelsen av tvang

Bruk av tvang kan få alvorlige følger for den enkelte og er ifølge Hofmann (2017) et overgrep mot personens rettigheter og integritet. Det spesielle i PHVL er at det gis adgang til bruk av tvang til tross for at en person kan inneha samtykkekompetanse, dersom sykdomsrelaterte klassifikasjoner tilsier det. Dette kan for pasienten oppleves som en ekstra krenkelse (s. 138).

I kapittelet krenkelser i møte med de psykiske helsetjenestene viser forfatterne til nyere forskning når de sier at personer med psykiske lidelser ofte kan oppleve seg krenket i løpet av en innleggelse. Dette kan skyldes både formell og uformell tvang. De sier videre at helsepersonell har et særlig ansvar for å møte pasienten der vedkommende er, ettersom det å ikke føle seg sett er kjernen i det å føle seg krenket (Hem, Husum & Nortvedt, 2017, s. 210-211).

Videre deler de inn krenkelser i fire kategorier: psykiske og verbale krenkelser, fysiske krenkelser, seksuelle krenkelser og krenkelser som følge av kultur og struktur. Spesielt psykiske, verbale og fysiske krenkelser er relevante i forbindelse med bruk av tvangsmidler.

Kort oppsummert opplever pasienter ofte psykiske og verbale krenkelser i møtet og relasjonen med helsepersonell, noe som bunner i negativt ladede holdninger, kommunikasjon og maktasymmetri (Hem et al., 2017, s. 212).

Noen kan oppleve forskjellige former for fysisk kontakt som krenkende og invaderende til tross for at dette ikke er intensjonen fra helsepersonell sin side. Terskelen for og opplevelsen av kroppskontakt er ulik. I flere former for bruk av tvangsmidler må helsepersonell fysisk ta tak i personen. Pasienter kan i disse situasjonene oppleve at de blir utsatt for unødvendig bruk av makt, at helsepersonell er unødvendig hardhendte i situasjonen eller oppleve at de blir utsatt for vold og overgrep (Hem et al., 2017, s. 215-216).

Forskningsartikkelen "Treat me with respect" skiller mellom positive og negative pasientopplevelser ved bruk av tvang. De positive pasientopplevelsene settes i sammenheng med følelsen av trygghet, ro og å ha kontroll i situasjonen. De negative pasientopplevelsene beskriver spesielt maktesløshet og sinne, men også sterke følelser som angst, tristhet, sårbarhet, frykt, ydmykelse og ensomhet (Tingleff, Bradly, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017, s. 685).

Videre i samme forskningsartikkel blir det lagt stor vekt på kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter. Pasienter i forskningen vektlegger helsepersonells evne og vilje til respektfull kommunikasjon både før, under og etter tvangssituasjonen, for om de har en positiv eller negativ opplevelse. Det blir påpekt at å inkludere pasientene i debrifing i etterkant av tvangssituasjoner, og økt fokus på deeskalering kan påvirke den psykologiske påvirkningen av tvang, samt forebygge fremtidige tvangssituasjoner (Tingleff et al., 2017, s. 693-695).

Aguilera-Serrano et al. (2017) fremhever informasjon, samhandling med helsepersonell, respekt og støtte som viktige faktorer i hvordan tvangsbruk oppleves. Denne artikkelen fremhever også debrifing som en viktig teknikk for å redusere de følelsesmessige innvirkningene tvang medfører (s. 129).

3.2.6 Makt og avmakt

Lillevik og Øien (2014) nevner assosiasjoner til maktbegrepet, som kontroll, tvang, ufrihet og umyndiggjøring. De skiller mellom god og ond makt, der den gode makten kan være myndiggjørende og gi handlekraft, mens den onde makten kan medføre misbruk, krenke og begrense (s. 14- 15). I boken sin gjengir de Weber, som mente at makt er et eller flere menneskers mulighet til å få gjennomført sin egen vilje i en sosial relasjon, med eller uten motstand (Weber, gjengitt i Lillevik & Øien, 2014, s. 15).

Videre beskriver de motsvaret til makt som avmakt. Avmakt oppstår dersom indre eller ytre betingelser forhindrer tilfredsstillende av fysiologiske eller psykologiske behov, slik at individet ikke ser noen muligheter for å endre sin situasjon eller motstå andres maktutøvelse (Lillevik og Øien, 2014, s. 27). Mangel på behov som forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, påvirkningsmulighet, beskyttelse, trygghet, kontakt og anerkjennelse kan føre til en avmaktsfølelse (Isdal gjengitt av Lillevik og Øien, 2014, s. 27). Opplevelsen av avmakt kan gi ulike reaksjoner. Lillevik og Øien (2014) skiller mellom innovervendt og utovervendt aggresjon som kommer til uttrykk gjennom henholdsvis apati og resignasjon på den ene siden og utadvent aggresjon som kan resultere i vold på den andre siden (s. 30-31)

3.3 Kommunikasjon

I underkapittelet om teoretisk forankring er det nevnt litt om Travelbee sitt syn på kommunikasjon. Etersom kommunikasjon vil være en sentral del av denne oppgaven belyses kommunikasjon i større grad her.

3.3.1 Definisjon

Kommunikasjon er i sin enkleste form i følge Eide og Eide (2017) kombinasjonen av initiativ, respons, tegn og signaler mellom flere enn en person. Dette innebærer både verbale og nonverbale måter å uttrykke seg på (s. 31).

3.3.2 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Den verbale kommunikasjonen er det som sies, men kommunikasjon er helheten satt sammen av både det verbale og det nonverbale. Nonverbal kommunikasjon kan blant annet bestå av kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blick, stemmeleie berøring og stillhet (Eide & Eide, 2017, s. 140).

I samspill med den verbale kommunikasjonen kan nonverbal kommunikasjon være enten kongruent eller inkongruent. Disse uttrykkene beskriver overensstemmelsen mellom det som sies og det som uttrykkes. I kommunikasjon med kongruens vil det nonverbale samsvare med det som blir sagt, eksempelvis gis et smil og et vennlig blick samtidig som det verbalt blir kommunisert at det var hyggelig å møtes. Kongruens bidrar til at det man sier fremstår ekte, pålitelig og tillitsvekkende. I motsatt fall, der verbal og nonverbal kommunikasjon ikke samsvarer er det inkongruens. Dette kan for eksempel fremstå som mangel på interesse og kan undergrave relasjonsarbeidet. Dersom det er inkongruens i kommunikasjonen vil ofte det nonverbale ha stor gjennomslagskraft. For å styrke egne kommunikasjonsferdigheter kan det derfor være lurt å ha fokus på eget kroppsspråk, og at det gjenspeiler det budskapet som skal formidles (Eide & Eide, 2017, s. 137-138).

3.3.3 Når kommunikasjonen svikter

Eide og Eide viser til Lee mfl. når de sier at en hyppig årsak til uønskede pasienthendelser skyldes svikt i kommunikasjonen (Lee et al, referert i Eide & Eide, 2017, s. 39). God kommunikasjon er viktig for kvalitet, pasientsikkerhet, relasjonsbygging, beslutningstaking og opplevelse av trygghet. Dårlig og mangelfull kommunikasjon øker risikoen for å gjøre profesjonelle feilvurderinger. Kvalitet på kommunikasjon er derfor også kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2017, s. 39-40).

Som nevnt i kapittel 3.2.4 omtaler flere forskningsartikler også at dårlig og mangelfull kommunikasjon bidrar til en negativ opplevelse av tvangsbruk (Aguilera-Serrano et al., 2017, s. 129 ; Tingleff et al. 2017, s. 693-695).

Travelbee (1999) beskriver det at kommunikasjonen bryter sammen med at budskapet ikke blir mottatt, at det blir feiloppfattet eller misforstått. Videre beskriver hun syv hovedårsaker til at kommunikasjonen bryter sammen (s. 158-167).

1. Den syke oppleves ikke som individ.

Forekommer dersom stereotype og forutinntatte holdninger gjør at sykepleier generaliserer, og dermed behandler den syke som han var en annen. Sykepleier vil da ikke klare å oppdage og anerkjenne det unike ved den andre som individ.

2. De ulike betydningsnivåene i kommunikasjonen oppfattes ikke.

Innebærer blant annet at kommunikasjon kan misforstås fordi forskjellige individer legger forskjellig mening i det som blir sagt. I tillegg er det viktig å ta seg tid til å utforske hva den andre mener.

3. En lar være å lytte.

Lytting er en aktiv prosess som krever både konsentrasjon og energi. En som ikke aktivt lytter kan fremstå som uinteressert i den andre som individ. Dette kan blokkere god kommunikasjon.

4. Refleksjonsløs bruk av verdiutsagn.

Innebærer at man bør utforske hva personen selv synes, før man responderer på et utsagn. Fremfor å svare at man som sykepleier synes det den syke sier er bra eller dårlig bør man utforske hva den syke selv synes.

5. Klisjeer og automatiske reaksjoner.

Klisjeer og automatiske reaksjoner blokkerer kommunikasjonen. Det gir et inntrykk av at man ikke kan forstå det den andre sier, og at det derfor ikke er noe poeng å fortelle hva man føler. Målrettet kommunikasjon fra sykepleier sin side krever en bevissthet rundt hva man tenker og sier.

6. Anklager, bebreidelser og erting.

Den syke kan føle at man kommer i forsvarsposisjon ved å bli utsatt for anklager, bebreidelser og erting. I en situasjon hvor man er avhengig av hjelp og omsorg kan de befinne seg i en avmaktsposisjon, bruk av anklager, bebreidelser og erting blokkerer kommunikasjonsprosessen.

7. En unnlater å avbryte.

I en lengre samtale må sykepleier avbryte dersom det er noe som er uklart eller trengs å utforskes videre. Hvis ikke sykepleier avbryter vil det ofte være vanskelig å huske senere, og lite sannsynlig at det blir tatt opp med den syke.

(Travelbee, 1999, s. 158-167)

Hummelvoll (2012) vektlegger viktigheten av å sette seg inn i pasientens forståelse av situasjonen. Dersom personalets og pasientens syn på hva pasienten trenger ikke sammenfaller kan det utløse aggresjon hos pasienten. Pasienten kan oppleve seg angrepet, og benytte aggresjon som forsvar (s. 253-254).

3.3.4 Å oppnå kommunikasjonsferdigheter

Eide og Eide (2017) beskriver god profesjonell kommunikasjon som personorientert og faglig fundert. De forklarer uttrykket personorientert kommunikasjon med at man ikke bare ser på den andre som pasient, men ser hele personen. I dette ligger det å anerkjenne pasientens perspektiv, å forstå konteksten, å sammen med pasienten nå frem til en enighet basert på pasientens verdier og å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse der det er mulig (s. 16-17).

God kommunikasjon er personorientert, helsefremmende og motiverende, og det er pasientens opplevelse av kommunikasjonen som avgjør om den er god (Eide & Eide, 2017, s. 40). For å forbedre og videreutvikle personorienterte kommunikasjonsferdigheter er det ikke tilstrekkelig med teoretisk kunnskap. Eide og Eide (2017) løfter frem eksempelet

simuleringstrening som en effektiv metode for å tilegne seg og videreutvikle personorientert kommunikasjon. Simuleringstrening er en form for rollespill hvor man i grupper spiller gjennom situasjoner som er mest mulig like det man møter i praksis. I etterkant diskuterer man, deler erfaringer og gir tilbakemeldinger. Prinsippet er å øve på enkeltferdigheter for deretter å kombinere disse ferdighetene i praksis (s. 41).

3.3.5 Deeskalering

Lillevik og Øien (2014) oversetter begrepet deeskalering til ”aggresjonsdempende kommunikasjon”, og sier at målet er å unngå videre eskalering og at personen opplever å mestre situasjonen uten bruk av vold. For å oppnå dette skal en tilstrebe en anerkjennende og bemyndigende holdning, som innebærer bruk av empati, innlevelse, aksept og bekreftelse. Lillevik og Øien fremhever at det ikke er mulig å lese seg til gode aggresjonsdempende kommunikasjonsferdigheter, de må utvikles gjennom erfaring, refleksjon, trening og veiledning (2014, s. 103-104).

Hallet og Dickens (2017) definerer deeskalering som en samlebetegnelse for ferdigheter som kommunikasjon, selvregulering, vurderingsevne, handling og ivaretagelse av sikkerhet. Målet er å eliminere eller redusere aggresjon eller agitasjon, uavhengig av årsak, og å styrke ansatt-pasient forholdet samtidig som man eliminerer eller minimerer bruken av tvang (s. 16).

Berring og Buus (2018) sier at kommunikasjonen skal være empatisk, respektfull, pasientsentrert og at pasienten skal være deltaker. Pasienten skal hjelpes til å løse problemet på en ikke-konfronterende måte. I denne prosessen skal personalet ha fokus på styre egne følelser. Det anbefales også at personalet får trening i deeskalering (s. 18).

3.3.6 Debrifing

Hummelvoll (2012) sier at det i etterkant av kritiske hendelser hjelper å snakke ut om hendelsesforløp, refleksjoner og følelser. Denne ettersamtalen blir kalt debrifing og hjelper til å balansere stress og følelser som kan komme i etterkant av slike hendelser. Eksempler på følelser er frykt, maktesløshet og mangel på kontroll. Han beskriver at målet med en debrifing

er å overordnet forstå hendelsesforløpet, bli klar over egne følelser, kunne skille mellom hva som ligger innenfor og utenfor individets kontroll i situasjonen og til slutt å redusere spenningstilstanden til et nivå som kan håndteres for at individet skal fungere i sin arbeids- og livssituasjon. Debriefing kan innebefatte en eller flere deltakere. Det vil ofte være gunstig å gå gjennom hendelsen i gruppe, ettersom følelser hos den enkelte kan gå igjen hos flere (s. 521). Han deler en debriefing inn i fem faser:

- Faktafasen:

Deltakere deler sin oppfatning av hendelsen. Informasjonsdelingen fører til at deltakerne får en større forståelse for hendelsen.

- Refleksjonsfasen:

I denne fasen reflekteres det rundt personlige følelser deltakerne opplevde i situasjonen.

- Reaksjonsfasen:

Følelser deltakerne opplever i etterkant deles og prates om. Det er viktig at også mindre akseptable følelser får komme frem.

- Undervisningsfasen:

Innebærer undervisning i hvordan deltakerne kan støtte hverandre og fokuserer på strategier for å redusere og mestre stress.

- Avslutningsfasen:

Består i en oppsummering og avsluttende spørsmål fra den som leder debriefingsprosessen. De som har behov for videre oppfølging får tilbud om det

(Hummelvoll, 2012, s. 521-522).

4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan forebygge bruk av tvangsmidler i psykiatrien. Først vil jeg drøfte hvordan kommunikasjon og relasjon er viktig for å forebygge tvangsmiddelbruk. Deretter vil jeg gå inn på deeskalering og debrifing som verktøy for å forebygge bruken av tvangsmidler.

4.1 Kommunikasjon og relasjon

Travelbee (1999) sier at kommunikasjon er en kraft som kan bidra til tettere forhold, men som også kan støte personen bort. Hun fremhever at sykepleiere skal benytte kommunikasjon bevisst på en måte som kan føre til forandring. Hun vektlegger å lære den syke å kjenne som individ og menneske, med individuelle behov. Ved å lære den syke å kjenne vil sykepleier kunne utvikle en følelse for timing, en følelse av når pasienten er mottakelig for kommunikasjon(s. 137-141).

Forskningen gjenspeiler at kommunikasjonen og relasjonen i forholdet mellom sykepleier og pasient er vesentlig for å forebygge tvangsbruk. Hummelvoll's definisjon av psykiatrisk sykepleie blir gjengitt i kapittel 3.2.2, og fremhever samarbeid og fellesskap mellom pasient og sykepleier. Flere av forskningsartiklene presentert i oppgaven løfter frem kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier, både i forbindelse med forebygging av tvangsmiddelbruk, men også i forbindelse med gode og dårlige opplevelser i situasjoner hvor tvangsmidler er blitt brukt. Positive kommunikasjonsferdigheter går igjen i forskningen og respektfull kommunikasjon (Tingleff et al., 2017, s. 690), medmenneskelighet (Aguilera-Serrano et al., 2017, s. 141), trygghet (Long et al. 2016, s. 12) og det å bli lyttet til og forstått (Dickens et al. 2012, s. 534) er viktige faktorer for å forebygge tvangsbruk og styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient.

I kapittel 3.3.3 er det skrevet om hvordan svikt i kommunikasjonen kan føre til uønskede hendelser. Flere av forskningsartiklene støtter opp under dette ved å fremheve sviktende kommunikasjon som en av årsakene til utageringssituasjoner (Dickens et al., 2012, s. 537 ; Long et al., 2016, s. 12 ; Tingleff et al., 2017,s. 693). Tingleff et al. (2017) trekker frem at flere pasienter opplevde å bli ignorert når de hadde behov for samtale. Pasienter oppga at de

følte seg kontrollert og ignorert av ansatte (s. 689-690). Disse negative opplevelsene går igjen i Travelbees (1999) syv punkter, som beskriver årsakene til svikt i kommunikasjonen (s. 158-167). Behovene nevnt i kapittel 3.2.6 om avmakt, beskriver hvordan dette kan gi en avmaktsfølelse for pasienten. Det blir tatt opp i kapittelet at en følelse av avmakt kan resultere i innadvent eller utadvent aggresjon (Lillevik og Øien, 2014, s. 30-31). Tingleff et al. (2017) beskriver noe de kaller ”protestadferd” som et svar på avmaktsfølelse, der verbal og fysisk aggresjon, vold, dårlig oppførsel og motarbeidelse av behandlingsopplegget var vanlige kjennetegn (s. 689-690). Protestadferd som svar på avmaktsfølelse er noe jeg kan kjenne igjen fra egne erfaringer. I situasjoner hvor personalet må gå inn og sette grenser for en pasient vil måten dette blir gjort på kunne spille en vesentlig rolle for pasientens opplevelse. I en slik situasjon kan det tenkes at pasienten vil kunne føle seg kontrollert av de ansatte slik Tingleff et al. (2017) trekker frem (s. 689-690). I slike situasjoner har jeg opplevd at å starte med å spørre pasienten hvorfor vedkommende handler som han gjør og å reflektere rundt dette sammen med pasienten kan være en måte å sammen bli enige om å forandre handlingsmønsteret. Dette kan forebygge svikt i kommunikasjonen ved at pasienten føler seg lyttet til (Travelbee, 1999, s. 158-167) og inkludert i problemløsningen på en ikke-konfronterende måte (Berring og Buus, 2018, s. 18).

Som beskrevet i kapittel 3.2.2 om psykiatrisk sykepleie kan den psykiatriske pasienten allerede oppleve å ha et lavt selvbilde, dårlig mestringsfølelse og en følelse av sårbarhet og utilstrekkelighet (Hummelvoll, 2012, s. 141). Det kan tenkes at i en allerede sårbar posisjon vil pasienten i enda høyere grad være sensitiv for effektene som svikt i kommunikasjonen kan medføre.

I forskningen til Dickens et al. (2012), som tar for seg pasienters og sykepleieres perspektiver på konflikthåndtering, kommer det frem at pasienter selv mente at bruken av tvangsmidler som tidligere var benyttet mot dem hadde vært nødvendig. Dickens påpeker her at dette ikke bør legitimere bruk av tvangsmidler men heller fremheve viktigheten av tidlige tiltak for å forebygge aggresjon og utagering (s. 540).

Det kan trekkes ut av forskningen at bedre kommunikasjon kan føre til mindre bruk av tvangsmidler, noe blant annet Aguilera-Serrano et al. (2017) peker på ved å knytte respekt og medmenneskelighet opp til redusert tvangsmiddelbruk (s. 141). For å forebygge bruk av tvangsmidler bør derfor sykepleier være fokusert og bevisst hvordan kommunikasjonen blir brukt i møte med pasienter. Når Eide & Eide (2017) beskriver god profesjonell

kommunikasjon trekker de frem personorientert kommunikasjon, som innebærer at man fokuserer på hele det andre mennesket, altså at man forsøker å sette seg inn i pasientens opplevelse og forståelse (s. 16-17). Dette sammenfaller i stor grad med Joyce Travelbee sitt syn på sykepleierollen og menneske-til-menneskeforholdet. For å oppnå et godt sykepleier-pasient forhold kan man legge Travelbees (1999) menneske-til-menneske-forhold til grunn. Det innebærer at sykepleier i all kontakt med pasienten går inn for å lære den syke å kjenne, finne frem til og ivareta dennes behov. Ved å oppnå et menneske-til-menneske-forhold med den syke vil forholdet være preget av gjensidig forståelse og kontakt (s. 171-172).

For å tilegne seg og videreutvikle gode ferdigheter i personorientert kommunikasjon foreslår Eide og Eide (2017) bruk av simuleringstrening (s. 41). Dette støttes opp av Lillevik og Øien (2014) som fremmer praktisk opplæring med kommunikasjonsøvelser (s. 73). Eide og Eide (2017) nevner flere enkeltferdigheter, som sammen kan danne en god, helhetlig kommunikasjonsevne. Ferdigheter som kan øves på er blant annet aktivt lytting, bekreftende ferdigheter både verbale og non-verbale, å stille spørsmål, å formidle informasjon, å utfordre den andre til å reflektere, strukturere samtaler og å fortelle dårlige nyheter. (s. 41)

Long et al. (2016) sin forskningsartikkel viser at å øke mengden trening på interaksjon, forebygging og deeskalering kan føre til bedre relasjon mellom pasienter og personale. I Long sin forskning opplevde de ansatte at de hadde hatt nytte av økt treningsmengde, og at det hadde resultert i bedre ferdigheter i kommunikasjon og konflikthåndtering (s. 17).

Egne erfaringer fra arbeidsliv og praksissituasjon samsvarer med drøftingen over. Ved å se tilbake opplever jeg at egne ferdigheter i kommunikasjon og relasjonsbygging har blitt bedre. Dette sammenfaller med Lillevik og Øien (2014) som sier kommunikasjonsferdigheter utvikles gjennom erfaring og refleksjon (s. 104). Samtidig kan kurs og trening på kommunikasjon ha bidratt til å forbedre egne ferdigheter, som støttes opp av Long et al. (2016, s. 17). Sykepleier kan med andre ord aktivt delta i å forebygge bruk av tvangsmidler ved å ha fokus på egne kommunikasjonsferdigheter og oppsøke kurs, trening og situasjoner som kan videreutvikle disse. Sykepleier bør ha fokus på pasienten og pasientens opplevelse. Ved å bli kjent med pasienten og med det få en bedre forståelse av når pasienten er mottakelig for kommunikasjon samt hvordan kommunikasjon skal gjennomføres, kan sykepleier ivareta relasjonen og forebygge bruk av tvangsmidler.

4.2 Deeskalering

Deeskalering som tiltak for å redusere bruken av tvangsmidler går igjen i flere av forskningsartiklene brukt i denne oppgaven. Berring et al. (2016), Long et al. (2016) og Scanlan (2010) omtaler deeskalering og anbefaler opplæring i deeskalering for å forebygge bruk av tvangsmidler. Berring og Buus (2018) og Hallet og Dickens (2017) gjør rede for begrepet og konseptet deeskalering på grunn av manglende kunnskap og forskning på hva deeskalering og deeskaleringsprosesser faktisk er. Begge artiklene definerer deeskalering som en samlebetegnelse for kombinasjonen av flere ferdigheter med mål å forebygge aggresjon og forhindre bruk av tvangsmidler. Dette sammenfaller også med hvordan Lillevik og Øien (2014) beskriver deeskalering, som blir omtalt i kapittel 3.5.5 (s. 103-104). Long et al. (2016) fokuserer på at deeskalering brukes forebyggende, fremfor som en reaksjon (s. 12-13).

Man kan se at Lillevik og Øien (2014), Berring og Buus (2018) og Hallet og Dickens (2017) er enige om at deeskalering bygger på empati, innlevelse, aksept og bekreftelse. Disse verdiene benyttes i alle stadier av deeskaleringsprosessen, som består av ferdighetene Hallet og Dickens (2017) nevner i sin definisjon (s. 16), omtalt i kapittel 3.5.5.

Berring og Buus (2018) vektlegger at deeskaleringen skal være ikke-konfronterende og fremme pasientens perspektiv og behov, og at pasienten skal være aktivt deltakende (s. 29). Dette sammenfaller med hva Travelbee (1999) sier om kommunikasjon for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, der sykepleier må bli kjent med pasienten, forstå pasienten og se ting fra pasientens perspektiv (s. 140).

Deeskalering omtales av Berring og Buus (2018) som erfaringsbasert kunnskap. De problematiserer at det er lite forskning på effekten av trening på deeskalering. Den forskningen som finnes kan ikke vise til at personalet blir dyktigere i deeskalerende teknikker, til tross for at personalet som har fått trening i deeskalering har opplevd utbytte (s. 28). Hallet og Dickens (2017) støtter opp under dette, men drar frem at trening på deeskalering kan gi økt selvtillit og kunnskap (s. 17). Det kan altså ikke vises til at trening på deeskalering resulterer i forbedrede deeskaleringsferdigheter. Til tross for dette viser forskning at økt mengde deeskaleringstrening fører til mindre bruk av tvangsmidler (Hallet & Dickens, 2017, s. 17 ; Long et al. 2016, s. 11). Det kan tenkes at selvtillit og kunnskap kan føre til at personalet klarer å finne andre løsninger i utageringssituasjoner. Egne erfaringer fra arbeidslivet og praksis støtter opp under dette. I utageringssituasjoner har jeg opplevd utbytte av trening i

deeskalering ved å ha økt fokus på forebygging av tvangsmiddelbruk. Det er vanskelig å vurdere om egne ferdigheter har blitt forbedret av treningen, men i forbindelse med arbeidet med denne oppgaven har jeg blitt klar over hvordan fokus på å unngå bruk av tvang har blitt sterkere i etterkant av undervisning og trening. Egne opplevelser kan støttes av forskningen til Scanlan (2010). Han legger i sin artikkel vekt på at trening i deeskalering bør ha fokus på holdninger, da endringer i tvangsmiddelbruk er lite sannsynlig dersom ikke personalets holdning til bruken av dem endres (s. 414-415). I en konfliktsituasjon med tvangsmiddelbruk som et potensielt resultat vil sykepleier kunne kjenne på følelser som frykt og usikkerhet. Legger man til grunn at trening på deeskalering kan føre til økt trygghet i situasjonen kan sykepleier være bedre rustet til å rette fokuset fra egne følelser, over mot pasienten, dennes opplevelse og behov. Det kan bety at til tross for at det ikke kan bevises økte ferdigheter i deeskalering kan treningen bidra til økt trygghet og kunnskap. Med økt trygghet og kunnskap kan sykepleier lettere komme i posisjon til å benytte allerede eksisterende ferdigheter. Resultatet av dette kan være bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og en styrket relasjon, noe som igjen kan forebygge bruk av tvangsmidler.

Hvis antakelsene jeg legger til grunn over er korrekte kan dette støttes opp av forskning. Hallet og Dickens (2017) sier i sin forskning at deeskalering kan ha en positiv innflytelse på relasjonen mellom sykepleier og pasient (s. 17). Dette støttes opp av pasientene i Tingleff et al. (2017) sin forskning, som sier at økt fokus på kommunikasjon og deeskalering kan bidra til å begrense protestadferd og avverge bruk av tvangsmidler (s. 690).

Forfatterne (Beering og Buus, 2017) anbefaler at deeskaleringsprosesser drøftes i personalgruppen. Deeskalering læres best i grupper, der erfaringer og situasjoner kan drøftes i fellesskap. Videre bør man fokusere på praksisnære situasjoner og sammen arbeide for å skape en felles forståelse av deeskalering (s. 29). Selv har jeg opplevd stort utbytte av trening på deeskalering i grupper. Det kan være mye læring i å forsøke å benytte deeskalerende ferdigheter i simuleringstrening. Selv har jeg opplevd enda større utbytte av å observere andre, erfarne kollegaer gjennomføre simulering. Beering og Buus (2018) omtaler som tidligere nevnt deeskalering som erfaringsbasert kunnskap (s. 28). Det å observere sykepleiere med mye erfaring, se hvordan de kommuniserer og løser situasjoner har hjulpet meg mye i situasjoner jeg har opplevd i etterkant av simuleringstrening.

4.3 Debrifing

Debrifing er som beskrevet i kapittel 3.3.6 en ettersamtale som tar sikte på å redusere ettervirkningene av en krisesituasjon (Hummelvoll, 2012, s. 521). Bruk av debrifing forutsetter derfor at det har vært en situasjon i forkant, for eksempel en utageringssituasjon som har resultert i bruk av tvangsmidler. Grunnen til at dette inkluderes som et punkt i drøftingen er fordi flere forskningsartikler tar opp hvordan debrifing i etterkant av tvangsmiddelbruk kan redusere sannsynligheten for tvangsmiddelbruk i fremtiden (Berring et al., 2016, s. 503 ; Scanlan, 2010, s. 414 ; Tingleff et al., 2017, s. 692). Det er viktig å huske på at etter en situasjon med bruk av tvangsmidler er det flere perspektiver. Både de som utfører bruken av tvangsmidler og de som blir utsatt for bruken av tvangsmidler vil ha opplevelser det kan være relevant å lære av, altså både personale og pasienten.

Berring et al. (2016) tar i sin forskning opp hvordan minner fra tidligere situasjoner skaper forventninger til nåværende situasjon (s. 503). Både pasienter og sykepleiere vil ha minner som kan skape forventninger til hvordan en situasjon vil utarte seg. Berring et al. (2016) beskriver hvordan en pasient som tidligere hadde opplevd bruk av tvangsmidler hadde forventninger til at det samme ville skje igjen (s. 504). Scanlan (2010) sin forskning som omtaler behovet for fokus på ansattes holdninger er relevant for å forebygge bruk av tvangsmidler (s. 414-415). Dette støttes opp av forskningen til Jalil et al. (2017), som påpeker at både holdninger og humør hos sykepleiere kan påvirke tvangsmiddelbruk (s. 137). Sykepleiere på en avdeling kan ha erfaring med at bruk av tvangsmidler har vært løsningen på liknende situasjoner. I følge Berring et al. (2016) kan debrifing skape nye forventninger til liknende situasjoner i fremtiden (s. 503).

At sykepleier har en debrifing med pasienten i etterkant av bruk av tvangsmidler kan ha flere funksjoner. Husum et al. (2017) tar opp hvordan debrifing kan benyttes for å redusere pasientens opplevelse av å bli krenket (s. 205). Tingleff et al. (2017) støtter opp under dette ved å ta opp pasientens behov for å snakke om situasjonen og forstå behovet for bruken av tvangsmidler. I tillegg tar han opp hvordan sykepleier og pasient sammen kan komme frem til alternative løsninger på potensielle situasjoner i fremtiden (s. 690). Pasienter i Tingleff (2017) sin forskning oppga at debrifing hadde en beroligende effekt. Det kan tenkes at det å bli lyttet til, få gjort rede for sitt perspektiv og å bli inkludert i hvordan man kan unngå lignende hendelser reduserer pasientens avmaktfølelse. Med tanke på dette gir det mening når Tingleff

et al. (2017) påpeker at bruken av tvangsmidler ødelegger relasjonen mellom pasient og sykepleier. Viktigheten av kommunikasjon og relasjon er blitt problematisert tidligere i drøftingen, og debrifing i etterkant av en situasjon kan være et verktøy for å reparere denne relasjonen (s. 693).

Av egne erfaringer har jeg deltatt på debrifing med personalgruppen i etterkant av flere utageringssituasjoner og jeg har selv gjennomført en debrifingssamtale med pasient i etterkant av tvangsmiddelbruk. Mine erfaringer med dette har uten unntak vært positive. Med positive mener jeg at debrifing med personalgruppen har gitt meg en trygghet og forståelse av situasjonene jeg har vært i, og i disse har læring til fremtidige situasjoner stått i fokus. Ettersom ingen situasjoner er like er det vanskelig å måle effekten av denne læringen, men mine egne opplevelser er at det har fremmet fokus på hvordan man kan unngå at hendelser eskalerer til det punktet hvor bruken av tvangsmidler blir nødvendig. I situasjonen hvor jeg gjennomførte en debrifing med pasient opplevde jeg at pasienten følte seg sett og respektert. Å snakke med et annet menneske om en slik hendelse var både givende og vanskelig. Ved å ha fokus på å lytte, og å sette seg inn i pasientens opplevelse, opplevde jeg at pasienten følte seg tatt på alvor. I tillegg fikk pasienten mulighet til å uttrykke alternativer til hvordan situasjonen kunne vært løst.

Det problematiseres i boka til McDonnell (2013) at debrifing er vanlig til tross for at forskning på debrifing er dårlig vitenskapelig belagt. Han fremhever at debrifing er vanskelig å evaluere som en enkeltstående intervensjon, ettersom det ofte er et ledd i en respons bestående av flere tiltak (s. 58). Grunnen til at jeg likevel tar det med i drøftingen er at flere forskningsartikler (Aguilera-Serrano et al, 2017 ; Berring et al., 2016 ; Scanlan, 2010 ; Tingleff et al., 2017) fremhever hvordan det enten styrker pasientens opplevelse, forståelse og dermed relasjonen, eller at det bidrar til læring og dermed kan forebygge fremtidige hendelser. I tillegg har jeg egne erfaringer med debrifing fra arbeidslivet som jeg opplever at har hatt positiv effekt og bidratt til å forebygge bruken av tvangsmidler. Ved at sykepleier har fokus på og tar initiativ til debrifing i etterkant av situasjoner er det derfor mulig at bruk av tvangsmidler kan forebygges.

5 Konklusjon

Problemstillingen spør hvordan sykepleier kan forebygge bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. I oppgaven har jeg gjort rede for relevant litteratur for å belyse problemstillingen. Jeg har benyttet ni forskningsartikler som omhandler tvang for å besvare problemstillingen. Ved hjelp av forskningsartiklene og annen litteratur har jeg kommet frem til tre temaer som er relevante for å forebygge tvangsmiddelbruk. Temaene er kommunikasjon og relasjon, deeskalering og debrifing. Disse temaene er blitt drøftet ved hjelp av teori, egne erfaringer og sett i lys av Travelbees teoretiske perspektiv. Jeg kommer i oppgaven frem til at sykepleier bør ha fokus på kommunikasjon og relasjonsbygging for å forebygge bruk av tvangsmidler. Med dette i bunn kan kunnskap og ferdigheter innen deeskalering og debrifing bidra til å bedre kommunikasjon og relasjon, dempe aggresjon og forebygge bruk av tvangsmidler. Joyce Travelbee (1999) sier at en viktig del av sykepleie er fokuset på pasientens perspektiv og å se hele mennesket (s. 140). Ved å se hele mennesket, kommunisere med og ikke til pasienten og benytte deeskalerende ferdigheter i en tidlig fase kan sykepleier forebygge bruk av tvangsmidler. I tilfeller der tvangsmidler er blitt brukt bør sykepleier prioritere debrifing for å ivareta pasientens integritet, reparere relasjonen og å forsøke å unngå liknende situasjoner i fremtiden.

Litteraturliste

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>

Berring, L., & Buus, N. (2018). Deeskaleringsprocesser ; en gennemgang af litteraturen om deeskalering af vold og trusler på psykiatriske afdelinger. *Klinisk Sygepleje*, 32(1), 16-33. <http://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2018-01-03>

Berring, L., Pedersen, L. & Buus, N. (2016). Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499-507. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.005>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532–544. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3 utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hallet, N., & Dickens, G.L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 75, 10-20.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hem, M.H., Husum, T.L. & Nortvedt, P. (2017). Krenkelser i møte med de psykiske helsetjenestene. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 210-228). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hofmann, B. (2017). Hva er ”psyk-dom”? – sykdomsbegrepets etikk. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 121-152). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Husum, T.L., Hem, M.H., Pedersen, R. & Aarre, T.F. (2017). Ethiske Dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 190-209). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jalil, R., Huber, J.W., Sixsmith, J., & Dickens, G.L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130-138.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I G.H. Grimsbø. (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*(3.utg, bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lillevik, O.G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Long, C. G., Afford, M., Harris, R., & Dolley, O. (2016). Training in de-escalation: An effective alternative to restrictive interventions in a secure service for women. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(1), 11-18.
<http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no/10.20299/jpi.2016.008>

McDonnell, A.A. (2013). *Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Psykisks helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Scanlan JN. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412–423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). “Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patient’s reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 24(9/10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg

Søkelogger

Søk i Cinahl

Psychiatry		
AND		
De-escalation	OR	deescalation
AND		
Coercion	OR	restraints

Fire artikler, en valgt ut til oppgaven.

Søk I Cinahl 2

Psychiatry	OR	aggression
AND		
training		

21 treff, to valgt ut til oppgaven.

Søk I PubMed

Patient		OR		Psychiatric patient		
AND						
Coercion	OR	Involuntary treatment	OR	Commitment of mentally ill	OR	Restraint
AND						
Communication		OR		respect		
AND						
Psychiatry						

En relevant artikkel.

Søk I PsycINFO

Psychiatry		OR		Psychiatric patients			
AND							
De-escalating	OR	Deescalating	OR	De-escalation	OR	Deescalation	
AND							
Coercion		OR		Restraints			

Elleve artikler, en relevant til oppgaven.