



Institutt for helse og omsorgsfag

Sykepleiernes utfordringer ved bruk av tvang i en liten kommune

-En kvalitativ studie av sykepleiernes utfordringer i møte med pasienter og innleggelses-
ved bruk av tvang.

Vibeke Bjørkli Olsen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Emne 3902

2 november 2020

Forord

Da er endelig drømmen om ferdig stilt masteroppgaven kommet. Det har vært en lang og tøff prosess, men veldig lærerik.

Jeg ønsker å takke min arbeidsgiver i Porsanger kommune og fylkesmannen i Finnmark ved økonomisk støtte og mulighet til å ta permisjon under studiet og i skriveprosessen. Uten dette hadde ikke denne drømmen vært mulig å gjennomføre. Jeg ønsker også takke mine informanter som stilte opp i en travel hverdag og lot seg intervju. Uten at dere deres erfaringer ville ikke oppgaven funnet sted. Jeg vil også takke mine kollegaer som har gitt meg positive innspill og faglige diskusjoner.

Jeg vil takke min veileder Gunn Pettersen som gjennom prosjektet har gitt meg gode råd og positive tilbakemeldinger. Når ting har virket mørkt har du inspirert meg til vider fortsettelse slik at jeg til slutt kom i mål.

Jeg vil takke min venner som har bidratt med støtte, samtaler, datahjelp og oppmuntrende ord. Dere er alle unike. Til sist, men ikke minst vil jeg takke min mann og våre barn som har latt meg fullføre denne reise ved at dere har og latt meg få lov å bli inne i skriveboblen. Selv om jeg vet at dere gleder dere til oppgaven er levert og jeg er tilbake i mammarollen.

Vibeke Bjørkli Olsen

Sammendrag

Bakgrunn/tema; Temaet for studiet er å se på hvilke erfaringer sykepleierne har i møte med pasienter med alvorlig psykiske lidelse. I september 2017 ble det gjort endring i lov om psykisk helsevern hvor formålet med endringen var forebygge og minske bruken av tvang. Hensikten med studiet er å belyse og bevisstgjøre kunnskapen innen eget arbeidsfelt i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Problemstilling; Hvilke utfordringer møter sykepleierne ved bruk av tvang mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse i en liten kommune i Nord-Norge?»

Metode; Studiet er en kvalitativ studie ved fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det er utført 7 semi- strukturerte forskningsintervju.

Resultat og Konklusjon; Hovedfunnene er at sykepleierne erfarer at det er vanskelig å få inn pasienter som ønsker frivillig behandling. De opplever at pasienter som kommer på legevakt er veldig dårlige psykisk. I enkelte tilfeller fører dette til at pasienter blir lagt inn med tvang. Sykepleieren har mange roller når de er på vakt og et høyt tempo. De anser kompetanse som viktig, og flere hevder at de ønsker økt kunnskap psykisk helsevern. Resultatet at deres personlige kompetanse viser rolighet, trygget og omsorg i møte med pasienten.

Nøkkelord; Sykepleier, psykisk helsevern, psykisk lidelse, tvang, medvirkning, kompetanse og omsorg.

Summary

Background / theme; The theme of the study is to look at the experiences of the nurses in dealing with patients with severe mental illness. In September 2017, an amendment was made to the Mental Health Care Act, where the purpose of the amendment was to prevent and reduce the use of coercion. The purpose of the study is to illuminate and raise awareness of the knowledge within one's own field of work in encounters with patients with severe mental illness.

Issue; What challenges do nurses face when using coercion against patients with severe mental illness in a small municipality in northern Norway? »

Method; The study is a qualitative study by phenomenological-hermeneutic approach. 7 semi-structured research interviews have been conducted.

Result and Conclusion; The main findings are that the nurses experience that it is difficult to get patients who want voluntary treatment. They experience that patients who come to the emergency room are very mentally ill. In some cases, this leads to patients being forcibly admitted. The nurse has many roles when they are on duty and at a high pace. They consider competence to be important, and several claim that they want increased knowledge of mental health care. The result is that their personal competence shows calmness, security and care in meeting the patient.

Keywords; Nurse, mental health care, mental illness, coercion, participation, competence and care

Innholdsfortegnelse1

1.0 Innledning:	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og formål	3
1.3 Psykisk helsevern	4
1.4 Tvang	4
1.5 Endring av lov om psykisk helsevern.....	5
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0 Tidligere forskning	6
2.1 Resultat fra søk i databasen	6
2.2 Når helsehjelpen er tett på.....	7
2.3 Ulike synspunkter ved bruk av tvang.....	7
2.4 Kriterier for tvangsinnleggelse – endring fra 1848 til i dag.....	9
2.5 Den vanskelige tvangen	10
2.6 Samarbeid med pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold med forpliktelse til spesialisthelsetjenesten.....	10
2.7 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursbruken i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen.....	11
2.8 Sykepleiere erfaringer i somatiske sykehus.	13
3.0 Teoribakgrunn	13
3.1 Psykisk helsevernloven.....	14
3.2 Endring av psykisk helsevern loven.	14
3.3 Krenkelse eller nødvendig helsehjelp	15
3.4 Frivillig eller tvang	17
3.5 Brukermedvirkning.....	17
3.6 Samtykke.....	18

3.7	Tilbakeblikk på endringen i psykisk helsevern	19
3.7.1	Samhandlingsreformen.....	21
3.8	Taushetsplikt.....	22
3.9	Kompetanse i møte med pasient.....	22
3.9.1	Etikk	25
4.0	Metode	26
4.1	Forskningsdesign av studien	26
4.2	Forskningsmetode.....	28
4.3	Forskningsintervju	29
4.4	Utvalg av felt og informanter.	29
4.5	Utførelse av intervjuene.....	30
4.6	Vurderinger av metodevalg.....	31
4.7	Forskningsetiske retningslinjer.....	32
4.7.1	Forske i eget felt.....	32
4.7.2	Forskerens roller	33
4.7.3	Kvalitetsvurdering av prosjektet.....	34
4.7.4	Transkribering.....	35
4.8	Analyse av datainnsamlingen.....	36
5.0	Presentasjon av resultater.....	38
5.1	Kunnskap.....	39
5.1.1	Sykepleierens mange rolle.....	39
5.1.2	Variierende kompetanse	41
5.1.3	Tverrfaglig samarbeid med andre instanser.....	42
5.2	Etiske aspekter.....	45
5.2.1	Vurdering av innleggelse.....	45
5.2.2	Prosessen ved tvangsinnleggelse	47
5.2.3	Skjerme pasienten i offentlig rom.....	49

5.3 Endret lovverk, nye utfordringer	51
5.3.1 Pasientens beste	51
5.3.2. Vurdering av samtykke kompetanse	53
6.0 Drøfting.....	54
6.1 Kunnskap.....	54
6.1.1 Sykepleier mange roller.....	55
6.1.2 Varierende kompetanse innen psykisk helse	56
6.1.3 Tverrfaglig samarbeid med andre instanser.....	57
6.2 Ethiske aspekter	59
6.2.1 Vurdering og prosessen ved innleggelse	59
6.2.2 Skjerme pasienten i offentlig rom.....	61
6.3 Endring av lovverket nye utfordringer.....	62
6.3.1 Pasientens beste	62
6.3.2 Vurdering av samtykkekompetansen	65
7.0 Avslutning	66
7.1 Oppsummering	66
7.2 Metodekritikk	67
7.3 Veien videre	68
Referanseliste	69
Vedlegg 1	71
Vedlegg 2.....	75
Vedlegg 3	76
Vedlegg 4.....	78

1.0 Innledning:

En rett vi mennesker har er å være sjef i eget liv. Ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern fratres enn retten til å bestemme over eget liv. Hva skjer for den enkelte når denne retten ikke lengere er til stede. Når du som menneske er avhengig av at andre skal gjøre riktig valg for deg og din helse. I møte med disse menneskene hvordan kan du hjelpe? Hvilke utfordringer møter helsepersonell på i et lite samfunn i nord?

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I en liten kommune er det ikke alltid lett å få den bistanden enn trenger, av mange årsaker. Det er lange avstander, noen ganger må politifolk reise fra andre kommuner. Som helsepersonell får du flere roller. Du skal trygge og roe den pasienten, samtidig som andre pasienter ivaretas. Ved tvangsinnleggelser til pasienter med alvorlige psykiske lidelser opplever jeg gjennom min jobb at enn møter på mange utfordringer i kommunehelsetjenesten. Mennesker som er maniske, paranoid, psykotiske eller sliter med vrang forestillinger, men klarer å samle seg i konsultasjon med lege. Noe som iblant gjør det vanskelig for legen å vurdere samtykke kompetansen til pasienten. I små samfunn er det vanskelig å skjerme pasienter som er alvorlig psykisk syk og dette kan få negativt utfall for pasienten når de skal tilbake etter endt behandling. Fortvilte pårørende som ser sine nærmeste trenger hjelp, men ikke når frem i helsevesenet. Ved situasjoner hvor mennesker ikke kan ta egne valg for behandling og/eller er til fare for seg selv eller andre kan innleggelse med tvang være en nødvendighet. For helsepersonell består ofte hverdagen i å ta etisk vanskelig valg når frivillig behandling ikke lykkes. Hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre vil frivillighetsprinsippet erstattes av nødvergerett (Hummelvoll, 1992).

Etter flere år med arbeid innen psykisk helsevern, prosjektet psykiatrisk legevakt i kommunen og prosjekter med forebyggende tiltak for bruk av tvang, brenner jeg for temaet psykisk helsevern og tvang. Et hvert menneske har rett til selv å bestemme over eget liv og helse. Hvilken behandling de ønsker å motta. Alle har rett til å takke nei til helsehjelp. I spesielle tilfeller kan medbestemmelsen settes til sides for å ivareta liv og helse.

Unntakene reguleres gjennom lovverket i kapitel 3 og 4 i psykisk helsevernloven. Hvordan kan helsevesenet hjelpe pasienter som har samtykkekompetanse, men som selv ikke har innsikt i egen sykdom. Hvordan hjelpe denne pasientgruppen slik at de får nødvendig helsehjelp?

Første september 2017 ble det gjort en endring i lov om psykisk helsevern. En endring om at nå ved bruk av tvang må foreligge manglende samtykkekompetanse. Også samhandlingsreformen som ble innført i 2012 var det endringer som har påvirket rammene i kommunale helsetjenester og psykiatri. I praksis betyr det at pasienter med samtykkekompetanse selv kan frasi seg tilbud om innleggelse eller motta behandling fra psykisk helsevern. Etter at pasienten har gjenvunnet samtykke kan de velge å avslutte påbegynt behandling selv om behandleren mener det motsatte. Hensikten er å styrke rettigheten for samtykkekompetansen til pasienten. Samtykkekompetanse menes at pasienten har innsikt i å forstå og vurdere egen behandling og konsekvensene dette innebærer (Helsevernloven, 1999)

Målet med endringen er å gi pasientene en økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Lovendringen ønsker å bidra til mindre bruk av tvang. Lovendringen ønsker også bevissthet om at pasienter som er uten samtykkekompetanse ikke kan behandles frivillig. Når samtykkekompetansen er gjenvunnet kan pasienten selv om ønskelig avslutte påbegynt behandling (IS-2812, 2019). Samtykkekompetansen kan også slå motsatt vei. En pasient som ønsker frivillig innleggelse, men ikke får innleggelse fordi personen er for frisk til behandling i spesialisthelsetjenesten, hvor enn tenker at pasienten skal behandles i kommunehelsetjenesten. Pasienten kan da bli gående uten behandling over tid. Resultatet kan bli at pasienten blir dårligere psykisk og bruk av tvangsinnleggelser blir nødvendig (Bremnes, 2019).

De siste 7 åren har tvangsinnleggelsene vært stabilt høye ifølge rapport fra helsedirektoratet om tvang i psykisk helsevern (2020). Etter lovendringen i 2017 om innskjerpede kriterier for samtykkekompetansen viste resultatene at antall tvangsinnleggelser gikk ned i 2017. Dette var et forbigående resultat da tall for 2018 viser en økning. Estimert tall for 2019 viser 8170, mens tall for 2018 viser 8076 tvangsinnleggelser i voksenpsykiatrien, mot 7704

tvangsinnleggelse i 2017. I 2016 lå tallet på 8095 tvangsinnleggelse i psykisk helsevern (Ragnild Bremnes, 2020)

Helsepersonells viktigste oppgave er å være pasientens talsmann og passe på at dens rettighet blir fulgt opp når pasienten selv ikke kan ivareta dette. Det å vite hva pasienten selv ønsker kan være utfordrende. Pasienter med alvorlige psykisk lidelse er mennesker i en sårbar fase, og innleggelse er en stor inngripende i deres liv. Relasjon og tillit er viktig i arbeide med denne pasienten gruppen. Christoffersen (1999) beskriver Løgstrups tanker hvor tillit er viktig. Det er under tillit vi mennesker utlevere oss og blir sårbare. Vi legger vår tillit i hender til andre mennesker. I håp om at de gjør det rette (Christoffersen, 1999).

Målet med forskningen er at jeg ønsker å se på hvilke erfaringer sykepleierne som jobber med pasienter med alvorlig psykisk lidelse hvor tvangsinnleggelse er bestemt. Hvilken betydning opplever sykepleierne lovendringen i psykiskhelselov 1 september 2017 har hatt for deres arbeid. Lovendringen må ikke være til hindring til at mennesker som trenger hjelp mottar dette, selv om de selv ikke har innsikt i egen sykdom og at de trenger behandling.

1.2 Problemstilling og formål

I jobben i kommune psykiatrien opplever jeg at det skjer mye før pasienten blir innlagt. I et lite kommunesamfunn der alle kjenner alle, blir ofte pasientene lett synlig og sårbare. Kommunalt psykiatritjenesten følger ofte pasienten i perioden før de blir innlagt. I min jobb opplever jeg at det er vanskelig å få inn pasienter som selv ønsker frivillig innleggelse. Da tilbakemeldingen vi får til vår avdeling er at de ikke er syke nok. Vi opplever at noen av disse pasientene utspiller seg ofte i samfunnet på en negativ måte. Ved at de er ukritiske til sin oppførsel i samfunnet. Min erfaring er at før lovendringen i 2017, fikk vi inn disse pasientene frivillig eller ved bruk av tvangsinnleggelse. Jeg er opptatt av å se hvilken erfaring andre sykepleiere i kommunen erfarer. Hvilke utfordringer erfarer de når tvangsinnleggelse er bestemt. Utfra min undring ønsker jeg å finne ut;

«Hvilke utfordringer møter sykepleierne ved bruk av tvangsinnleggelse mot pasienter med alvorlige psykiske lidelse i en liten kommune i Nord-Norge?»

Formålet med studiet er å belyse og bevisstgjøre kunnskapen innen eget arbeidsfelt i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Hvordan vår kommune kan kvalitetssikre den tjenesten som gis ut til denne pasientgruppen. Arbeidet i studiene skal også kunne være med å bidra til at nyutdannet og nyansatte sykepleier skal trygges i deres første møte med denne pasientgruppen slik at kvaliteten blir god for den enkelte pasient. Dette fordi det er sykepleierne på legevakt og aldershjemmet som betjener legevaktstelefonen og ofte er de første som vurderer henvendelsen som kommer inn.

1.3 Psykisk helsevern

Etablering av lov om psykisk helsevern skal forebygge og minske bruken av tvang. Formålet med loven er at den skal samsvarer pasientens rettigheter i tråd med menneskerettighet og rettsikkerhet på en god og forsvarlig måte. Ved respekt for menneskeverdet, selvbestemmelse og pasientens behov skal det så langt som mulig ivareta menneskenes fysiske og psykiske integritet ved tilretteleggelse av helsehjelp (Helsevernloven, 1999) Kapittel 4 gjelder også gjennomføring av psykisk helsevern for mennesker som er underlagt et annet lovverk, helse og omsorgstjenesteloven §10-2,10-3 og lov om barneverntjenesten § 4-24. Psykisk helsevern i kommunal helsetjeneste styrer i lov om helse- og omsorgstjeneste § 3-1 som sier at kommunen har ansvar for å gi forsvarlig helsetjeneste til personer som oppholder seg i kommunen. Det innbefatter også mennesker innen psykisk sykdom (omsorgstjenesteloven, 2011).

1.4 Tvang

Kommunehelsetjenesten er ansvarlig etter for at pasienter med psykiske lidelser får øyeblikkelig hjelp. Utfra legens vurderinger avgjøres det hvor vidt det skal brukes tvangs innleggelse. Det er hovedsakelig spesialisthelsetjenesten som forvalter tvunget psykisk helsevern. Politi plikter til å sørge for at personer som trenger helsehjelp eller ikke er i stand til å ta vare på seg selv for helsehjelp. De bistår ofte kommunene med dette. Politiet har mulighet i sitt yrke tilbakeholde pasienter om nødvendig (politidirektoratet, 2012).

Tvunget psykisk helsevern reguleres gjennom flere forskjellige lover; psykisk helsevernloven, lov om helse- og omsorgstjenesten, pasient og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

Frivillig behandling ved andre løsninger skal være utprøvd før begjæring av tvangsbruk etter loven kan utføres.

I kapitel 4A, helsehjelp ved bruk av tvang hvor målet er å yte helsehjelp til personer som ikke har samtykkekompetanse, samt avgrense og forebygge bruk av tvang. I helsepersonell loven §7 skal helsepersonell utøve helsehjelp til personer som ikke er i stand til å samtykke samt ivareta pasientens sikkerhet. Bruk av tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern reguleres gjennom helse og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven hvor det er strenge krav til bruk av tvang. Hvor frivillig behandling er utprøvd, men ikke har gitt resultat eller det er situasjon der det er formålsløst og prøve dette. Det forutsetter at personen ikke innehar samtykke kompetanse. Eller er til fare for seg selv eller andre liv og helse. I lov om pasienten og brukerrettigheter §4-2 «samtykke kan gi uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke ansees å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelp». Videre i §4-3 hvor det står at samtykke kan bortfalle dersom pasienten har fysiske og psykiske forstyrrelser som gjør at pasienten ikke forstår hva betydningen av samtykke (brukerrettighetsloven, 1999).

Tvang i psykisk helsevern omfatter institusjon med døgnavdeling hvor pasienten kan holdes tilbake eller det kan gjennomføres psykisk helsevern uten døgnopphold hvor pasienten møter til behandlingsavtaler og behandling (Molven, 2015).

1.5 Endring av lov om psykisk helsevern

I september 2017 ble det vedtatt endring av lov om psykisk helse hvor enn ønsket å forbygge og minske innleggelse med tvang. Samt sikret pasientens rettsikkerhet og autonomi. Ved å styrke strengere krav til vurdering av samtykkekompetanse, kan pasienter som innehar samtykkekompetanse selv avstå eller samtykke til behandling. Ifølge pasient og brukerrettighetsloven §4-3, hvor pasienten ikke innehar samtykkekompetanse, og en antar at pasienten har en alvorlig psykisk sinns lidelse kan det med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3 utføre tvungen helsehjelp (brukerrettighetsloven, 1999).

*«Ved alvorlig sinnslidelse menes i utgangspunktet psykoser, men alvorlige avvik med medfølgende tap av mestrings- og realitetsvurdering, kan også falle inn under begrepet»
(Molven, 2015, s. 170)*

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygget opp med en presentasjon bakgrunn og valg av studiet gjennom innledningen. Jeg vil i kapittel 2, presentere tidligere forskning. I kapittel 3 blir relevant teori for oppgaven presentert. Deretter følger det kapittel 4 om metodevalg. Resultatet av funnene blir presentert i kapittel 5. De blir drøftet i kapittel 6. Siste kapitlet blir det et sammendrag av oppgaven. Hvor erfaringen av det å jobbe med dette prosjektet, veien videre og relevansen av studiet fremlagt

2.0 Tidligere forskning

Før prosjektet settes i gang er det viktig og sjekker ut hva som tidligere er forsket på. Jeg vil derfor vise til studier som er gjort rundt temaet om utfordringer ved tvangsinnleggelse i en liten kommune i Nord-Norge. Jeg benyttet søk i ulike databaser som psykInfo, Pubmed og medline. Det ble i tillegg søkt på tvangsforsk, googler scholar og bibliotekets egne søkesider for artikler om tidligere forskning rundt temaet. Det siste året har jeg jevnlig søkt i databasene. Søkerord som først ble benyttet var sykepleier, tvang og psykiske lidelser. Hvor resultatet gav ingen resultat. Søkeordene ble endret til psykisk helsearbeid, tvang og psykiske lidelser. Andre søkerord som ble lagt til var liten kommune og omsorg. Til slutt endte opp med søkeord tvang, psykisk lidelse, psykisk helsearbeid, sykepleier, liten kommune og medvirkning.

2.1 Resultat fra søk i databasen

Rundt tvang ligger det mye i søkebasen om studier. Flere av studiene er rettet mot større kommuner og byer. Flere av de tidligere forskningene er mot pasienter og ansatte som jobber i

institusjoner, hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten. Ved søk i avansert bibliotek finnes det flere studier rundt temaet fra forskjellige vinkler. Hovedsakelig er studiene orientert om tvang som utøves i spesialisthelsetjenesten, mindre funn om utøvelse av tvang i kommunal helsetjeneste. Dette medvirket til mitt valg av tema. Sykepleierens erfaringer når nærsykehuset til psykisk helsevern er langt unna når pasienten skal legges inn frivillig eller på tvang.

2.2 Når helsehjelpen er tett på

I tvangsforsk over tidligere studier fant jeg doktor avhandlingen til Henriette Riley (2016). Studiet omhandler pasienter er underlagt psykisk helsevern uten døgnopphold, som oppholder seg i hjemkommunen. Hvor kommunehelsetjenesten er viktige aktører i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Henriette Riley viste i sin doktoravhandling erfaringer som pasienten og vedtaksbeslutter i Finnmark og Troms opplevde ordningen av tungen psykisk helsevern uten døgnopphold, (TUD). Funnene i studiet er basert på norske forhold og data. Bakgrunn i dette ligger i at det er få tidligere studier på dette området. I studiet viser Riley at opplevelsen er forskjellig fra pasient og vedtaksbeslutter. Hvor pasienten opplever innskrenkende ytringsfrihet og autonomi. Pasientene opplever at TUD ordningen ikke oppleves som tvang. Hvor tiltakene hjelper når det selv medvirke i hvilken form behandlingen utføres og når pasienten trenger hjelp. Det at pasienten frivillig bestemme når pasienten føler behov for innleggelse i døgnavdelingen oppleves som bedre hjelp for pasienten fremfor reinnleggelse mot deres vilje. Vedtaksbeslutter opplever tvang som mindre inngripende. Pasienter på førstegangs TUD viser studie har flere inneliggende døgn på døgnavdelingen 3 år etter enn før etablering av TUD(Riley, 2016).

2.3 Ulike synspunkter ved bruk av tvang

Litteraturstudiet til Norvoll og Lossius (2011) tar for seg historien om erfaringer, opplevelser og synspunkter til ansatte og pasienter. De har sett på områder hvor det benyttes mest tvang. I et av område de så på var tvang utenfor institusjon. Pasienter som har vedtak på tvunget psykisk vern uten døgnopphold, (TUD). Hvor helsepersonell og leger i kommunen i disse

tilfellene blir viktige aktører. Ved å se på forskjellige situasjoner på hvor og hvordan de oppleves for den enkelte involverte.

Ved å øke kunnskapen på forskjellene rundt erfaringen ved bruk av tvang, kan enn bedre kommunikasjon og forståelsen rundt bruk av tvang. Ved å skape kunnskap om dette kan enn forbedre situasjonene for personer som blir utsatt for tvang og helsepersonell som utfører denne tvangen. Litteraturstudiet peker på at det er store forskjeller i hvordan ansatte og pasienter erfarer i hva tvang omhandler, og hvor mye tvang den enkelte er utsatt for. Faglige vurderinger er helsepersonells fokus. Tvang sees som på nødvendighet hvor andre alternativer ikke hadde vært mulig.

Litteraturstudiet viser også at pasienter opplever tvang som unødvendig og krenkende. Holdningene til de ansatte viser i studiet at de ønsker å beskytte pasienten og gi omsorg. Verdighet og respekt er andre viktige årsaker til forskjeller i studiet. Pasienter opplever at de blir sett på som mindreverdige og lite respekt enn hva de forventet av personalet. Opplevelse gjennom pasientens fortellinger om at de som psykiatrisk pasient føler seg stigmatisert. Pasienten som forteller at de opplevde at de ble hørt og deltok medvirker, reduserer opplevelsen av traumer og krenkelser ved tvang.

Studiet setter også søkelys på at personalet ønsker å gjøre tvangen så human og varsom som mulig. Personalet gir uttrykk i studiet at de føler på et ubehag ved å være med i tvangs situasjoner. Følelsen av å ikke strekke til og nå frem til pasienten er utbredt i personalet. Hvor ønske er å gi omsorg og beskytte pasienten. Videre viser det at tvangs situasjoner kan virke tryggere ved god kommunikasjon og relasjon. I praksis viser det seg at pasienten ønsker mer kontakt med personalet, mens ansatt uttrykker det som vanskelig å få kontakt med pasienten på grunn av forskjellig opplevelse av tid.

Videre i studiet forteller pasienten at den behandlingen de får er meningsløs i forhold til hva de trenger, som bolig, nettverk, samtaler, utdanning og arbeid. Da pasienten mener at de ikke bare trenger medisin i behandlingen.

Forskjellig opplevelse av tid kan skape misforståelser mellom ansatte og pasient. Ved gode rammer, struktur kan i tjenesten kan gi helsepersonell en annen forståelse av pasienten.

Utvikling av læring kan gjøres i personalgruppen ved debriefing etter tvangsepisoder. Hvor enn kan danne ny kunnskap og forståelse i personalgruppen (Norvoll & Tonje Lossius, 2011)

2.4 Kriterier for tvangsinnleggelse – endring fra 1848 til i dag

Studiet har tatt for seg lovene innen psykisk helse som er vedtatt i Norge. Studiet har spesielt sett på endring av kriteriene for innleggelse ved bruk av tvang. Bakgrunn for studiet er at tvangsinnleggelse og tvang har de siste årene vært mye diskutert. Sommer 2019 kom det inn nytt lovforslag, om å samle alle lovgivninger om tvang i en lov. Hensikten at uansett diagnose skal vedtekter for bruk av tvang være likt for mennesker. Lovgivning som var rettet mot de «gale» kan spores tilbake til norrøn tid.

I 1848 ble den første lov vedtatt på stortinget som omhandlet at pasienten ikke skulle se på som urovekkende elementer i samfunnet som måtte straffes, men som pasienter som trengte behandling og var syke. Det ble også opprettet kontrollkommisjonen gjennom dette lovverket. Kontrollkommisjonen var et organ som skulle ivareta pasientens rettigheter. Dette organet fungerer fremdeles i dag. I 1961 kunne tvangsinnleggelse kun skje hvis offentlig myndighet eller pasientens nærmeste begjærte dette. Opplysninger fra innleggende lege måtte også foreligge. I 1999 endret kriteriene i lovverket ved at pasientens selv kunne samtykke til helsehjelp. Hvis pasienten selv ikke forstod hva samtykke inneholdt, kunne den bortfalle.

2017 kom pasientens rett til å uttale seg og samtykke til behandling som del av endringene i lov om psykisk helsevern. Målet og hensikt med lovendringer er forebygge og begrense bruken av tvangsinnleggelse. Kriteriene om samtykke bortfaller hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre. Reguleringene i tvangsbruken siden 1848 er preget av at tvang er alvorlig og svært inngripende for menneskene som rammes. Gjennom lov om psykisk helsevern skal helsepersonell gis mulighet til å bruke tvang der det er helt nødvendig (Øvregard & Lie, 2020).

2.5 Den vanskelige tvangen

Pasienter har mer innflytelse på egen helsehjelp gjennom endring av lov om psykisk helsehjelp. Tvangen er for helsepersonell og leger knytte til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Den største endringen er at pasienter som innehar samtykke motsette seg behandling, observasjon og utredning ved tvang. Selv om det for pasienten kan få konsekvenser. Pasienter som ikke innehar samtykke, hvor tvang blir benyttet skal vurderes på nytt dersom samtykkekompetansen gjenvinnes.

Jacobsen (2017) viser til jusprofessor og lege Aslak A Syse legger vekt på at vurderingen av samtykkekompetanse kan være utfordrende da denne varierer fra time til time, fra dag til dag. Videre viser Jacobsen (2017) at lege Elisabeth Svensen som peker på at nedbygging av sengeplasser i døgnavdelinger noe som rammer personer med alvorlig sinnslidelser. I studiet fant Jacobsen (2017) ut at grensen mellom skjerming og tvang var utydelig som utgjøre større risiko for pasientens rettsikkerhet. Kunnskapssenteret la frem en rapport som i 2012 ifølge Jacobsen (2017) hvor de fant konkluderte med at vanskelig å sammenligne bruken av tvang med andre land, dette fordi det andre lovverk, organisering av tjenester og rapporteringsrutiner. Videre tar Jacobsen (2017) frem i studiet hvor ansatte var etterspurt om deres holdninger til bruk av tvang, mente de ansatte at bruk av tvang var nødvendig av hensyn til omsorg og beskyttelse til pasienten. Helsepersonell var usikker om hvordan tvangen var for pasienten nedvergende. videre mener han at det ligger en del uklarheter i lovendringen som bør ryddes opp i (Jacobsen, 2017).

2.6 Samarbeid med pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold med forpliktelse til spesialisthelsetjenesten

Pasienter som er innlagt på tvang som ved utskrivelse blir vurdert til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) er underlagt ansvar til spesialisthelsetjenesten videre oppfølging. Pasienten er vurdert til ikke å inneha samtykke kompetanse og behandler ser behov for videre behandling for å dempe symptomtrykk og forebygge forverring. Personen bor i kommunen med er pasient i spesialisthelsetjenesten. Ordningen skal vurderes hver 3 måned av ansvarlig behandler i spesialisthelsetjenesten. Hvilken oppfølging pasienten skal tilbys er ikke beskrevet i nasjonale retningslinjer for oppfølging av TUD pasienter.

Nedskjæring de siste 10 årene av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten skaper utfordringer for pasienter på TUD. Det er også kommet inn nye retningslinjer om samhandling som beskriver at pasienten i størst mulig grad skal behandles i kommunen, men er underlagt medisinsk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Etter lovendringen i psykisk helsevernloven den 1 september 2017 om styrket medbestemmelse og økt rettsikkerhet har skapt utfordringer til TUD ordningen ifølge denne studien til Løvsletten et al (2020). Etter ny og strengere krav til vurdering av samtykkekompetanse, kan riktig vurdering av pasienten være utfordrende. Pasienter med alvorlig psykisk lidelser varierer i sin psyke fra dag til dag.

Pasienten kan virke samtykkekompetent den ene dagen, men endret ved et senere tidspunkt. Denne svingende endringen kan føre til at pasienter som trenger det ikke får nødvendig helsehjelp. For å få en nøyaktig vurdering som mulig krever det at behandler kjenner pasienten godt og samhandler med kommunen pasienten bor i. Det kommer frem i dette studiet at enkelte kommuner erfarer at ikke alle synes at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer bra. Behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten opplever i studiet at de følger ekstra opp pasientene som er i lovverket regulert på TUD ordningen.

Flere av personalet forteller at de får mulighet til å hjelpe pasienten som selv ikke forstår hvilken situasjon de er i. Kommune i studiet mente at de fikk mer ansvar etter samhandlingsreformen og flere arbeidsoppgaver i forhold til pasienter på TUD ble pålagt kommune. Studiet peker på i tverrfaglig samarbeid er det viktig med gode og klare rolleavklaringer rundt ansvarsområdene for pasienter som bor i kommunen, men er underlagt spesialisthelsetjenesten (Løvsletten, Lossius Husum, Haug & Granerud, 2020).

2.7 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursbruken i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen

Under samhandlingsreformen opplevde kommunen at de fikk flere og større oppgaver som de skulle forvalte i helsetjenesten. Gjennom samhandlingsavtaler mellom primær- og sekundærhelsetjenesten skulle ansvarsområder og arbeidsoppgaver avklares gjennom en skriftlig avtale. Riksrevisjonens tar utgangspunkt i sine undersøkelser i stortingets bestemte

lover og budsjett. Undersøkelsen er utført med intervjuer fra alle helseforetak, alle kommuner, utvalgte fastleger og statistikk. Undersøkelsen til revisjonen var over en periode fra 2012-september 2015.

Funnen som revisjonen fant var at flere kommuner opplevde at det var uklarheter i oppgaver og ansvarsfordelingen til pasienter med psykiske lidelse. Noe som øker risikoen at pasienter med flere sammensatte behov for tjenester ikke får et helhetlig og koordinert tilbud i kommunene. Flere av kommunene opplevde at pasientene var sykere ved overføres av pasienter til kommunehelsetjenesten. Ifølge fastlegene var reinnleggelse for pasienten en større belastning.

Riksrevisjonen fant også ut at kommunene ikke har styrke tilbudet og kompetansen til pasienter med i psykisk helsevern i takt med nedbyggingen av antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.

I perioden 2010-2014 var det 10 % av døgnplassene i spesialisthelsetjenesten redusert. Noe som skyldes omstrukturering i spesialisthelsetjenesten fra døgnavdeling til dagavdeling. Reduksjon ved antall sengeplasser i døgnavdelingene er i mindre grad i kommunene blitt kompensert med samme type tilbud. Riksrevisjonen hevder at hvis målene i samhandlingsreformen skal kunne oppnås for pasienter innen psykisk helse, må kompetansen økes og tjenestetilbudet forbedres. Slik at pasienter kan få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i kommunene. Ved at flere av pasienten i stor grad behandles nært hjemmet. Utfordringen stiller store krav til kommune med kompetanse og kapasitet i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at flere av kommune er pålagt nye oppgaver de tidligere hadde, få av kommune har fått økt årsverk innen kommunehelsetjenesten. Kapasiteten i kommunehelsetjenesten vil da være begrenset og hemmer veksten i tjenestetilbudet til pasienten. Videre i undersøkelsen viste at det var flere kommuner som hadde opprettet øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Formålet var å avlaste sykehusene med innleggelser som kunne behandles i kommunene. Undersøkelsen viser også at det er en femdel av kommune som tilbyr psykisk helse behandling. Undersøkelsen viser at dette døgntilbudet ikke benyttes på den måten eller omfang i tråd med samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016)

2.8 Sykepleiere erfaringer i somatiske sykehus.

Ververda et al (2013) har i sitt studium sett på sykepleiernes erfaringer i møte med pasienter med schizofreni på somatisk sykehus og deres kompetanse. I sykepleier utdanningen lærer studenten å utføre tilfredsstillende pleie ved å se betydningen av helhetlig menneskesyn. Ved psykiske lidelser er schizofreni blitt regnet som en av de alvorligste. Hvor symptomer ofte er vrangforestillinger, psykoser, hallusinasjoner og kaotisk adferd. Studiet viser at sykepleier opplever pasienten som farlige og uforutsigbar av sykepleieren i somatikken. Ytre faktorer som 22 juli 2011 kan ha påvirkning i holdninger til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. For at sykepleieren kan se en helhetlig må de ha evne til å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger. Negative symptomer hos pasienten kan gjøre det vanskelig med å forholde seg til andre mennesker. Noe som resulterer i tilbaketrekning. Noe som ikke må hindre sykepleieren å opptre profesjonelt. Sykepleier skal gi pasienten omsorg og pleie.

Funnen i studiet viser at for sykepleierne er det ikke diagnosen som bestemmer hvordan de møter pasienten, men erfaringer de har med seg i møte med pasientene. Videre viser studiet at sykepleierens egen kompetanse gjennom refleksjon, erfaringer samt evnen til å tenke kritisk i situasjoner er gode egenskaper. Pasienten vil trenge trygg og rolig sykepleier, tilrettelagt informasjon og som tar seg tid til å bli kjent med pasienten. Ved at sykepleieren reflekterer over egen praksis og ulike reaksjoner i forskjellige situasjoner øker egen kunnskap. Som sykepleier må en i enhver tid forholde seg til pasientens lidelse og egne reaksjoner, da en møter mennesker med psykisk lidelser over alt. Gjennom usikkerhet og redsel fokuserer sykepleieren på det de ikke kan fremfor det de kan. Resultatet viser at det er en sammenheng mellom økt forståelse og kunnskap (Ververda, Kornåsa, Kløw Bjørntvedt & Melby Egrem, 2013)

3.0 Teoribakgrunn

Mitt ønske er å sette søkelys på sykepleiernes utfordringer ved tvangsinnleggelse i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Sykepleier møter pasienten på legevakt eller i egen bolig og er underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Jeg ønsker å se deres opplevelser i sammenheng med statlige føringer, deres betydning for nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten. Videre hvilke endringen av psykisk helsevern loven, kunnskap,

samarbeid og utfordringer dette kan gir i små samfunn. Gir endringen av lovverket helsepersonell mulighet til å gi forsvarlig helsehjelp til mennesker som har behov for dette?

3.1 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevern lovene har som formål sikre etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i samråd med grunnleggende rettsikkerhet og menneskerettighetene. Respekt for den enkeltes pasients psykiske og fysiske integritet står sentralt. Formålet med reglene er å forebygge og begrense tvang (Helsevernloven, 1999).

Tvunget psykisk helsevern kan ikke etableres før pasienten er undersøkt av legen som forsikrer seg at vedtaket er innfor gjeldene lovverk, og psykisk helsevern kan opprettes. Hvis pasienten skulle unnlate seg en slik undersøkelse så kan kommunelege eller hans stedfortreder etter eget tiltak eller begjæring fra annen offentlig tjeneste eller pasientens pårørende vedta ta pasienten skal undersøkes. Pasienten kan hentes inn ved tvang om nødvendig, vedtaket må skriftlig gjøres (Helsevernloven, 1999).

Ved tvangsinnleggelse (Phvl §3-2 og Phvl §3-3) er forutsetningen at pasienten har eller det er mistanke om alvorlig sinnslidelse. Frivillig behandling skal være utprøvd eller det anses som nytteløst å prøve dette. Manglende samtykke kompetanse jmf pasient og brukerrettighetsloven §4-3. Dette vilkåret gjelder ikke når det er fare for pasienten eller andres liv og helse.

Mottagende institusjon skal inne 24 timer etter egne undersøkelser og vurdering avgjøre hvilken gjeldene vedtak som er for pasienten; tvungen observasjon (§3-2), tvunget psykisk helsevern (§3-3), frivillig innleggelse (§2-1) eller direkte utskrivning.

Ved ansvarlig institusjon for godkjenning av den type behandling kan tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold gjennomføres(Helsevernloven, 1999).

3.2 Endring av psykisk helsevern loven.

1 september 2017 ble det vedtatt ny endring av psykisk helsevernloven som sier at pasienter må mangle samtykke for vedtak tvungen observasjon (Phvl §3-2), tvungent psykisk helsevern (Phvl §3-3) og undersøkelse og behandling uten samtykke (Phlv §4-4).

Vurdering av samtykke skal legges til grunn etter pasient og brukerrettighetsloven § 4-3. Kravet til samtykket gjelder ikke hvis pasienter er til fare for seg selv eller andre. Endringen i lovverket er, ment å styrke pasienten selvbestemmelse og rettsikkerhet. Ved vurdering for behandling skal bygges på pasientens samtykke, diagnose og behandlingsbehov være grunnlaget for bruk av tvang. Pasienter som innehar samtykke, kan velge å avstå tilbud om behandling. Skulle pasienten uten samtykkekompetanse og under behandling gjenvinne sitt samtykke, kan pasienten velge å avslutte behandling (Helsevernloven, 1999).

Ifølge Lauveng (2020) kan endringen for noen få store konsekvenser. Pasienten som er utskrevet på tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold, med vedtak om tvungen medisiner. Etter lovendringen er mange pasienter vurdert til å ha samtykkekompetanse og vil dermed ikke lengere blir behandlet med tvang. Noen av disse pasienter ønsker da å slutte med medisiner. Ifølge Lauveng (2020) er det delte meninger blant befolkningen om endringen av lovverket i Psykisk helsevern. Noen mener at mennesker blir alvorlig syke og mister retten til nødvendig helsehjelp. Andre mener igjen at lovendringen er et viktig steg i riktig retning. Det er også mener om at lovendringen er bra, det er fremdeles helsepersonell som vurderer samtykke kompetansen slik at de ser på lovendring som lite effektiv. For pårørende er opplevelsen at deres nærmeste må bli veldig syke for de for nødvendig helsehjelp (Lauveng, 2020).

3.3 Krenkelse eller nødvendig helsehjelp

Innleggelse ved tvang er et stort inngrip i mennesker liv og frihet. Ved bruk av politi til å hente inn pasienten kan tvang virke krenkende og nedvergende for pasienten. Tvang er også verbalt bruk av tvang når pasienten ønsker å reise hjem, men ikke kan dette på grunn av fare for liv og helse. I psykisk helsearbeid i kommunen er det ikke hjemmel til bruk av tvang, selv om det er vurdert og bestemt at pasienten skal legges inn med tvang til spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å diskutere og belyse tvangsbruken i kommunen ved etiske og faglige diskusjoner. Finne balansegang ved nødvendig helsehjelp og forebygging ved bruk av tvang. Reflektere over egne erfaringer og sammen med andre kollegaer i avdelingens om håndtering av situasjoner ved bruk av tvang.

Ifølge Aarre (2018) er måten tvang utføres en viktig faktor i hvordan pasienten opplever situasjonen. Hvordan helsepersonell snakker og oppfører seg i situasjonen er avgjørende for opplevelsen hos pasienten. Ved å vise pasienten respekt og omtanker ved tvang ifølge Aarre (2018). Krenkelsen kan samtidig ligge i at helsepersonell har en formynderroller ovenfor pasienten. Uansett hvor skånsomt tvangen utføres er det en påkjenning for pasienten. Det å bli stigmatisert som annerledes, gjør noe med sårbare mennesker. Synet på seg selv og hjelpeapparatet kan endres negativt hvor relasjon til hjelper kan reduseres eller ødelegges.

Hvis pasienten ikke har kontroll over egen autonomi på grunn av sine psykiske plager er det ifølge Aarre (2018) etisk riktig ta kontroll over individet ved bruk av tvang. Det er en etisk forskjell når en pasient ikke er i stand å ta vare på seg selv eller benytte seg av den hjelpen som finnes. Som helsepersonell prøve å ta et valg utfra det pasienten innerste ønske, hvis pasienten selv kunne velge. Fremfor å ta valg som utfra helsepersonell er det beste, men er imot pasientens dypeste ønske. Ting kan gjøres på en krenkende og nedverdiggende måte eller det kan gjøres på en ivaretagende og hensynsfull måte. Å prøve å se pasienten som likemann og likeverdig på tross av sykdom vil fremstå som annerledes vil bidra til å minske krenkelsen (Aarre, 2018).

Ifølge Østenstad et al (2018) gir vurderinger for bruk av tvangsinnleggelse i kommunehelsetjenesten flere etiske og juridiske spørsmål. Hvem er det som skal bestemme; pasienten selv eller helsepersonellet. Hvilke holdninger har vi i møte med pasientene som ikke selv klarer å ta gode valg slik at de vernes mot ukloke valg som kan for pasienten være skadelig. Fremfor at «vi vet best» prinsippet, bør helsepersonell ha fokus på hva som er det beste for pasienten. Når pasienten ikke selv makter å ta stilling til behandling, da deres psykiske form varierer og ambivalensen varierer fra hva de ønsker. Vil stilltiende samtykke være godt nok? Viktige forutsetninger er at enn som helsepersonell har søkelys på faglig forsvarlighet og medisinsk nødvendighet (Østenstad, 2018).

3.4 Frivillig eller tvang

I følge lov om psykisk helsevern § 3-2 og §3-3 er en av vedtakene for tvangsinnleggelse at «*Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at det er ført frem eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette*»(Helsedirektoratet, 2020, s. 31,33)

Lovverket kan virket veldig forvirrende hvor vi på den ene siden ønsker mindre bruk av tvang samtidig legger regjeringen føringer til at det kan brukes tvang med loven i hånd. For å forebygge bruken av tvang kommer regjeringen inn med nye lovendringer som skal være med å regulere dette. Likevel ser det ikke til at det er reduksjon i antall tvangsinnleggelse. Aarre (2020) fremholder at direktoratet tolker loven strengere enn klinikerne. Pasienter som manglende samtykke kompetanse som samarbeider skal ifølge direktoratet legges inn på tvang. «*Pasienter som ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for frivillig psykisk helsevern er ikke samtykkekompetent, og psykisk helsevern basert på eget samtykke er dermed ikke aktuelt (helsedirektoratet,2012c)*» (Aarre, 2018, s. 25). I slike tilfeller vil vurdering av tvangsbehandling bli aktuelt.

3.5 Brukermedvirkning

Grunnleggende i FNs menneskerettighet er menneskenes rett til medbestemmelse, ved å ta avgjørelser om eget liv. Uavhengig av sykdom og funksjonsnedsettelse. Medbestemmelser er også nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1. Unntak av medbestemmelse gjelder når pasienten er for syk til å ta å ivareta egne rettigheter eller at pasientens valg går utover andre mennesker. Lauveng (2020) hevder at alvorlige psyke mennesker kan ikke alltid ta alle valg selv, men at det er viktig at de for lov å være med å ta de valg de har mulighet til å ta. Hvis det ikke er fare for liv og helse, kan umyndiggjøring av pasienten påvirke pasientens selvfølelse. Og at pasienten kan blir urolig. For at pasienten kan medvirke i behandling er det viktig at pasienten får riktig og god informasjon om alternativer til behandling, rettigheter og hvilke konsekvenser ved å takke nei ved tilbud om behandling (Lauveng, 2020).

Ved brukermedvirkning betyr at pasienten kan velge mellom forsvarlig og tilgjengelig form for helsehjelp. Hvor pasienten ikke har samtykkekompetanse kan nærmeste pårørende rett til

å medvirke sammen med pasienten (Molven, 2015). Lauveng (2020) pasienter trenger tid til å fordøye informasjon for å kunne medvirke til riktig valg. Pasienter er på grunn av sin sykdom ofte usikker, ambivalent stoler ikke på andres eller egne vurderinger, engstelig, paranoid, dårlige og vonde tidligere opplevelser gjør at pasienten trenger trygghet, tid og tilgjengelig helsepersonell som gir god informasjon underveis mot eget valg (Lauveng, 2020).

3.6 Samtykke

Når pasienter kommer inn på legevakt, er det helsepersonell sin oppgave å vurdere pasientens samtykke kompetanse. Frivillig behandling i Psykisk helsevern kan på bakgrunn av eget samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 kan psykisk helsevern gis. Ved at samtykke skal være gyldig må det foreligge nødvendig informasjon om helsetilstand og helsehjelpens innhold. Samtykke kan gis skriftlig, muntlig, uttrykkelig eller stilltiende. Ved stilltiende samtykke menes at pasientens omstendighet og handlemåte gjør at pasienten sannsynligvis godtar helsehjelpen. For at pasienten kan samtykke må pasienten være vurdert til samtykkekompetanse. Vilklårene i samtykke etter endring av psykisk helsevernloven med virkning fra 1 september 2017 gjelder at pasienten må mangle samtykkekompetanse for vedtak som tvungen observasjon (Phlv§3-2), tvungent psykisk helsevern (Phlv §3-3) samt undersøkelse og behandling uten eget samtykke (Phlv §4-4). Ved fare for eget eller andres liv og helse eller alvorlig sinnslidelse gjelder ikke vilkår om manglende samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2020).

Endringen i psykisk helsevernloven gir en bredere vurdering ved tvangsvedtak når grunnlaget for vurderingen ligger i pasientens samtykkekompetanse, diagnose og behandling utfra helsefaglig vurdering. Endringen av lovverket innebærer at enn går bort fra fokus på diagnose til søkelys på vurdering av pasientens funksjonsnivå. Endringer ved psykisk helsevernloven gjør at det er mer harmoni med tvungen somatisk behandling. Før helsehjelp kan ytes må vilkår for pasientens selvbestemmelse og samtykke foreligge. Endringen gjør at pasienter som er samtykkekompetent kan frasi seg tilbud om behandling. Eller pasienter som gjenvinner samtykke kompetanse kan etter eget ønske avslutt påbegynt behandling eller fortsette behandlingen frivillige. Selv om helsepersonell er uenig med pasienter om beslutning ved å

avslutte behandlingen må helsepersonell respektere dette. Viktig at helsepersonell fortsetter å tilby støtte og behandling.

Pasienter som mangler sykdomsinnsikt, kan inneha samtykkekompetanse. Årsak til redusert sykdomsinnsikt kan være følge av alvorlig psykisk lidelse. Før endring av loven om psykisk helsevern var det enten/eller tenkning. I dag er det nå ikke ens betydning at pasienten ikke har samtykkekompetanse selv om pasienten mangler innsikt i egen sykdom. Hvis pasienten selv ber om helsehjelp, er det vedkommende ofte samtykkekompetent. Pasienter med ingen sykdomsinnsikt mangler samtykkekompetanse da pasienten ikke vil motta og forstå informasjon av behandling og konsenser ved å motstå behandling (Helsedirektoratet, 2020).

I forhold til den helsehjelpen som gis skal samtykkekompetansen vurderes konkret. Pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og medikamentelbehandling kan likevel ha samtykke til frivillig innleggelse i institusjon. Vurderingen som ligger til grunn for samtykkekompetansen er utfra 4 områder;

- Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjon i sin situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av ulike behandlingsalternativer
- Evnen til å resonere med relevant informasjon i en avveining av ulike behandlingsalternativer
- Evnen til å uttrykke valg (Helsedirektoratet, 2020, s. 18).

3.7 Tilbakeblikk på endringen i psykisk helsevern

I 1996 ble det bestemt fra Stortingsmelding 25 at man skulle forbedre tilbudet med psykisk helsetjeneste. Stortingsmeldingen 25 «åpenhet og helhet» kom det frem at det var store mangler og svikt i flere ledd i psykisk helsevernet. Det ble påpekt i stortingsmeldingen 25 at mange pasienter med psykiske lidelser lever isolert, de har dårlig økonomi og problemer med å få jobb og bolig. I stortingsmeldingen 25 kom det frem at hovedansvaret for pasienten skal ligge hos kommunen. I dårlige periode skal pasienten kunne skjermes i

spesialisthelsetjenesten. Pasienten skal få botilbud i kommunen, ingen skal trenge å bo i institusjon. Videre i stortingsmeldingen er at kommunene skal gi helhetlig tilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Helsedepartementet, 1997). Ifølge Lauveng (2020) var det vanskelig for pasienten å få behandling i spesialisthelsetjenesten. Ved få døgnplasser ble behandling kortvarig og oppfølgingen dårligere. I mange kommuner var tilbudene til pasienten dårlig utbygd. Kompetansen til helsepersonell i kommunene bør styrkes (Lauveng, 2020)

I perioden 1999-2006 kom opptrappingsplanen, hvor det ble det politisk enighet om et mer sammenhengende og bedre tjenestetilbud i psykisk helsetjeneste etter påpekte mangler fra stortingsmelding 25. I opptrappingsplanen kom brukermedvirkning, målet ved at pasientene skulle få delta aktivt i samfunnet. Pasienter skulle bo og leve i samfunnet, og enn ville mer bort fra intuisjoner og langtidsavdelinger ved å satse på kommunale tilbud (Lauveng, 2020).

Selv om en ønsket en bedre og helhetlig tilbud til pasienten i psykisk helse ble sengeplasser i spesialisthelsetjenesten redusert under opptrappingsplanen. I dag har de fleste pasienter kortere behandlingstid på distrikts psykiatriske senter (DPS) på 2-3 uker, og i spesialistavdeling kan oppholde være litt lengere. Tidligere var det mulig for pasienter å bo i lengere perioder på psykiatriske avdelinger, for noen i årevis og for andre livet ut.

Omstrukturering i spesialisthelsetjenesten endret seg ved at de fikk andre tilbud.

Korttidsavdelinger ved distrikts psykiatriske senter ble opprettet. Poliklinisk avdelinger blir en del av distrikts psykiatriske senter, hvor pasienter som tidligere fikk liten eller ingen hjelp nå kunne få behandling (Lauveng, 2020).

Målet med opptrappingsplanen var ifølge Lauveng (2020) å forebygge bruk av tvang og brukerperspektivet. Ved at pasientens autonomi og brukermedvirkning må sikres. Ifølge Lauveng er helsepersonell mer bevisst på pasientens autonomi, men at det fremdeles i dag brukes for mye tvang. Hun presiserer videre hvis pasienten kan få velge behandling. Velger de ofte tiltak dyrt, men faglig forsvarlig. Det kan være at pasientene kan fremfor medisinerings ønsker behandling i døgnbemannet bolig. Noe som kan være vanskeligere for kommunene å følge opp. Ofte medfølger det ikke ekstra midler ved nye veileder, forskrifter og lover som blir vedtatt av helsemyndigheter og politikere både kommunalt og sentralt (Lauveng, 2020).

3.7.1 Samhandlingsreformen

I stortingsmelding 47 «*Samhandlingsreformen. Rett behandling-rett sted-rett tid*» (2009) om at regjeringen ønsker ved samhandlingsreformen ønsker å sikre at det kommer pasientenes tjeneste og behov, samt stilsvare det samfunnsøkonomiske utfordringer. Målet var et helhetlig behandlings tilbud i pasientens hjemkommune. I samhandlingsreformen ble nye ansvarsområder pålagt kommunene for utvikling av tjenestetilbudet til pasientene.

Aarre (2010) krangelen om hvem som har det største ansvaret har alle tape på. Det viktigste er at ting blir gjort. Aarre mener at det beste er om samhandlingen kan bli bedre om spesialisthelsetjenesten møter kommunehelsetjenesten på deres hjemmebane og spør hvordan samhandlingen kan være nyttig. Aarre mener at spesialisthelsetjenesten bør være lett tilgjengelig både for pasientene og kommunes premisser. Et vellykket samarbeid avhengig av god holdning. Det er gjennom felles ressurser at helsetjenesten har mer å gi til pasienten. (Aarre, 2010)

Gjennom samhandlingsreformen i 2012 ble kommunene pålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale med helseforetagene. Politiske og lovmessige føringer har gjennom de senere årene lagt vekt på at det beste for individet er behandling nærmest mulig hjemmet. Regjeringen ønsket ved samhandlingsreformen sikre tjenesten med et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med god kvalitet. Tilbudet til pasienten skal tilpasses den enkelte bruker med høy pasientsikkerhet. Samarbeidsreformen legger vekt på økt fokus på forebyggende helsefremmende arbeid, samt rehabilitering og habilitering i kommunehelsetjenesten.

Ved samhandlingsreformen legges det vekt på at kommune- og spesialisthelsetjenesten samhandler til beste for pasienten helhetlig helsetilbud. Kommunes ansvarsområder og plikter er nedtegnet i lov om helse- og omsorgstjenesten. I spesialisthelsetjenesteloven står det skrevet at de som foretak har veiledningsansvar til kommunene. Ved øyeblikkelig hjelp i samarbeidsavtalen skal det samarbeidspartene være enig om et hensiktsmessig og godt tilbud til pasienter, gjennom en utvikling av akuttmedisinske tjenester (Omsorgsdepartementet, 2009).

Videre står det i stortingsmelding 47 at samhandlingsreformene omhandler en klarer pasientrolle. Hvor formål i Kommunehelsetjenesten og alle systemer skal bidra til at pasienten

selv skal kunne mestere eget liv, eller få hjelp til å gjenvinne dette så langt det er mulig. I forhold til pasienter som har behov for flere koordinerte tjenester, skal det opprettes en kontaktperson i tjenesten som hjelper pasienten med koordineringen. Kommunes rolle er å danne et helhetlig tilbud til pasienten som ved tidlig innsats forebygger sykdomforløpet i en tidlig fase. Specialisthelsetjenesten skal gjennom samhandlingsreformen konsentrere seg om utvikling kompetansen innen specialisthelsetjenesten. Det vil gjennom samhandlingsreformen bli en bytting av rolle og oppgavene endres mellom helseforverkene hvor fokuset ligger på at pasienten i størst mulig grad for tilbud om tjenester i hjemmehørende kommuner (Omsorgsdepartementet, 2009).

3.8 Taushetsplikt

I helsepersonell loven §21; «*Helsepersonell skal hindre at andre for tilgang får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell*» (Brinchmann, 2016, s. 174). Pasienter som søker helsehjelp, skal være trygg på at helsepersonell ikke sprer ut sensitiv informasjon. Pasienten skal trygt kunne gi helsepersonell nødvendig helseopplysninger med vishet om at denne informasjonen ikke blir brukt til annet formål. Helsepersonell kan med skriftlig samtykke fra pasienten, videreformidle nødvendig opplyser til andre etater slik at pasienten for rett helsehjelp. I pasienten – og brukerrettighet §3-6, er pasienten rett til vern om spredning av opplysninger (Brinchmann, 2016). Som jeg vil vise i analysedelen kan utfordres i den kommunale helsetjenesten.

3.9 Kompetanse i møte med pasient

Gjennom arbeid som sykepleier møter en mange forskjellige typer mennesker. Sykepleieren skal i møte med pasienten observere, lytte, reflektere og handle. Ved å spørre om pasientens ønsker, tanker og erfaring skaper vi som helsepersonell ny kunnskap gjennom refleksjon av egen erfaring. I samspill med mennesker kan vi øke egen forståelse til pasienten og egen handlemåte. For å forstå andre mennesker er det viktig at vi har kjennskap oss selv og våre reaksjoner. Ifølge Skau (2017) har vi mennesker mange felles trekk. For å kunne forstå andre mennesker er kunnskap om oss selv viktig. Vi er også forskjellig slik at det å skille mellom

«jeg» og «du» og lytte til hvem «du» er (Skau, 2017). Lauveng (2020) er hvordan vi møter pasienten. Det har ikke betydning på hva vi sier, men hvordan vi sier ting. Det er viktig at helsepersonell puster med magen, beholder roen og ikke lar pasientens uro påvirke deg som helsepersonell (Lauveng, 2020, s. 224) Sykepleier på legevakt og i boligen på mange ulike situasjoner som de må løse der og da.

Skårderud et al. (2010) definerer kompetanse som personlig, da vi i møte med mennesker er bedre på enkelte områder enn andre. Gjennom erfaringer blir kompetanse opparbeidet over tid. Et annet aspekt med kompetanse er ifølge Skårderud et al. (2010) kunnskap gjennom møte med mennesker er det den personlige egenskapen, erfaringen og kunnskapskrav som er knyttet til yrket er resultat av profesjonell handlingskompetanse (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, Maizels & Engell, 2010). Kompetanse stammer ifølge Skau (2017) fra det greske latinske ordet *Competentia* som betyr skikkethet eller sammentreff. To betydninger av å være kompetent.

1) *av kraft i sin stilling har rett eller myndighet til å gjøre noe*

2) *har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om spørsmål.* (Skau, 2017, s. 57)

Skau (2017) at de kvalifikasjoner vi trenger i møte med mennesker i alle livets oppgaver gir et samlebegrep om kompetanse, som gir mening i sammenheng i forhold til yrkesrolle, oppgave eller funksjon (Skau, 2017). Sykepleiere som jobber på legevakt eller i kommunal psykiatriolog må gjennom sitt yrke møte mennesker som er sårbare som krever faglighet og personlig aspekter ved å se pasienten som et «helt» med sine følelser, tanker og behov. Skau (2017) deler kompetansen inn i personlig kompetanse, teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2017).

Personlig kompetanse er ifølge Skau (2017) den vi er i møte med andre og ovenfor oss selv. Våre holdninger, egenskaper, ferdighet og menneskelig kvaliteter som vi benytter i ulike profesjonelle sammenhenger (Skau, 2017). For sykepleiere som jobber med mennesker med alvorlig psykisk lidelse er det viktig å se mennesket i en helhet ut fra situasjonene pasienten finner seg i (Skårderud et al., 2010). Ved at sykepleier opptrer rolig rundt pasienten og lytter til pasientens forståelse av egen helsesituasjonene.

Lauveng (2020) forteller at det er viktig at vi lytter til pasientens tidligere erfaringer og spør hva som hjelper pasienten i situasjoner. Pasienter som ikke tidligere har erfaring med tvangsinnleggelse, kan ha en formening om hva som hjelper pasienten (Lauveng, 2020). Ifølge Skau (2017) er sykepleierens personlige kompetanse evne til å holde hodet kaldt i kritiske situasjoner, være oppmerksom på tilstedeværende i møte med pasienten og evnen til empati (Skau, 2017). Sykepleierne erfaringer i møte med pasienten gir økt kunnskap. Ved at de reflektere over og bearbeide denne erfaringen kan de benytte denne kunnskapen i møte med andre. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse er ofte plaget av psykoser, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Noe som gjør pasienten redd og urolig, med dårlig selvbilde av seg selv og en eksistens. I følge Lauveng (2020) for å trygge, ro og støtte pasienten er det viktig at de ansatte er tålmodig, rolig, trygge og kompetente (Lauveng, 2020)

Ifølge Skau (2017) er den viktigste kilden til kunnskap er egen erfaringen. «*Din personlige kunnskap som yrkesutøver avgjør hvem du lar andre være i deres møte med deg*» (Skau, 2017, s. 62). Som sykepleier som jobber med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ser enn diagnosen eller mennesket med diagnosen?

Teoretisk Kunnskap er ifølge Skau (2017) fagkunnskap som vi tillegger oss gjennom teori, faglige begreper, forskningsmetoder, etikk, lover og regler. Videre fremholder Skau (2017) at etiske innsikt i problemstilling er viktig i tillegg til teori om sykepleierfaget, fysiologi, anatomi og mikrobiolog. For sykepleiere på legevakt må de kunne litt om et stort fagområde (Skau, 2017). I møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse er det viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan symptomer disse pasienter med psykiske lidelser har. Ved akutt psykisk forverring er det legen som vurderer pasienten samtykke kompetanse og behov for behandling. Ofte er det legevaktsykepleier som observere pasienten og videreformidle dette til legevaktslegen. For å kunne gi et nøyaktig bilde som mulig er det viktig at sykepleieren har teori om diagnoser innen psykiatri og hvilke lovverk som gjelder i den aktuelle situasjonen. Brinchmann (2016) beskriver Løgstrups etikk ved at i enhver situasjon må vi vurdere hva som er til det beste for pasienten (Brinchmann, 2016). Når sykepleierne får inn pasienter som er psykisk dårlig må de vurdere pasienten utfordringen de er kommet inn på legevakt for og utfra dette vurdere tiltak som er til det beste for pasienten hvis pasienten ikke selv er i stand til å avgjøre dette eller forstå sin helsesituasjon.

Yrkesspesifikke ferdigheter er praktiske ferdigheter, metoder og teknikker som brukes i utøvelsen av yrke (Skau, 2017). Personer med høy ferdighetskompetanse betegnes ofte som dyktige håndverkere eller praktikere. Ofte skiller enn dem innenfor en og samme yrkesgruppe. Hvor den ene satser på forskningskarriere og den andre i utvikling av praktiske ferdigheter. Gruppene er avhengig av hverandres kunnskap og erfaringer. En sykepleier må ifølge Skau (2017) vite hvordan sette sprøyte, re opp senger og stelle sår (Skau, 2017). Sykepleieren i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse hjelpe pasienten til løse eller forholde seg til sin sykdomssituasjon. Ved å kartlegge pasientsituasjonen via innsamlet informasjon fra det pasienten om opplevelse og erfaringer. Ved håndtering av symptomene gjennom faglige vurderinger opp mot behandlings metoder. Ivareta behandlingen til pasienten på en god og respektfull måte etter legens anbefaling og vurdering.

3.9.1 Etikk

Gjennom yrke som sykepleier møter en større og mindre utfordring. I sin jobb må sykepleieren vurdere hva som er rett og galt og godt og dårlig i forhold til situasjoner og andre menneskers liv. Brinchmann (2016) hevder at etikk handler om moral. I sykepleien møter en på etiske utfordringer i små hverdagslige situasjonen og dramatiske situasjon som om handler liv og død. Etikk handler om holdninger, verdier, respekt, evne til å lytt, tie og se. Dilemmaer er ting som blir i konflikt mellom ulike verdier som rettferdighet og menneskeverd og verdier som står på spill. En oppnår moralsk handling gjennom etiske refleksjoner, samt regulerende lovverk (Brinchmann, 2016).

Sykepleiere som for inn pasienter opplever pasienter som er dårlig psykisk form og motorisk urolig, enten at de for pasienten inn på legevakt eller pasienter som bo i psykiatribolig. Sykepleier ønsker å skjerme disse pasientene slik at de slipper å eksponere seg ovenfor andre pasienter eller besøkende. Noe som blir etisk utfordrende da sykepleieren i kommunehelsetjenestene ikke kan påtvinge pasienten skjerming. Hvordan skal enn klare å beskytte pasienten hvis han eller hun ikke selv innser at det er lurt å trekke seg tilbake på rom eller leilighet. I møte med pasienten kan ikke sykepleier bare ta hensyn til det faglige, men også hensyn til pasientens verdier om det som er riktig eller galt i situasjonen (Brinchmann, 2016).

I jobben som sykepleier er hvordan pasienter med alvorlig psykisk lides møter helsepersonell. Sykepleieren som er til stede, må være med i avgjørelse på hva som er rett og galt. Valg om å legge inn pasienter ved bruk av tvang kan oppleves som krevende og utfordrende for pasienten. Da det i enkelte tilfeller er eneste mulighet for å hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over livet. Egne verdier om at alle har rett til frihet fra tvang blir utfordrende i møte med svært syke pasienter. I etterkant av hendelser er det at sykepleier gir seg rom å reflektere alene eller sammen med kollegaer over situasjoner som de deltar i. Lauveng (2020) at vi aktiv i hverdagen evaluerer situasjoner. Hva var bra, kunne situasjonen vært håndtert annerledes og hvilke problemer støttet enn på. Det er også viktig at helsepersonell reflekter over egne holdninger, fordommer og verdier i møte med pasienten (Lauveng, 2020)

4.0 Metode

I prosessen ved å finne svar på forsknings spørsmålet er valg av riktig metode viktig. Metoden er et redskap for å skape økt forståelse om et forskningsspørsmål. Dalland definere Aubert sin metode;

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert 1985, s.196) (Dalland, 2012, s. 111)

Metoden deles inn i kvalitativ, hvor enn fanger opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste og kvantitativ metode som gir enheter i forhold til målbar data. Begge metodene er med på å gi svar på hvordan menneskene i samfunnet handler og samhandler i institusjoner, grupper eller på individnivå. (Dalland 2012). Jeg har i min oppgave valgt å bruke kvalitativ metode. Søkelys på få enheter med mange opplysninger hvor fokus er på det unike kvalitativ metode gir (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003).

4.1 Forskningsdesign av studien

Design er måten forskningen legges opp. Metode og kvalitativ design finnes det forskjellige forskningsopplegg hvor en ønsker å forstå et fenomen i en helhet (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Fremgangsmåten som brukes til innsamling av data og bearbeiding av denne informasjonen dekker metodebegrepet (Thornquist, 2003). Kvalitative forskninger er en av veiene til å få svar på vitenskapelige kunnskap (Malterud, 2017). Designet i studiet er kvalitativ metode ble valgt da jeg ønsker å se på sykepleierens erfaringer, utfordringer og opplevelse i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelser og tvangsinnleggelse. Forskningsdesign sees på som retningslinjer rundt planlegning av hva, hvem, hvor og hvordan i et planlagt forskningsprosjekt (Thagaard, 2018).

I dette studiet ble intervjuobjektene forespurt deres erfaringer til pasienter med alvorlig psykisk lidelser og innleggelse med tvang. Hvilke utfordringer de opplever i en liten kommune i Nord-Norge. I designet ble semistrukturerte individuelle intervju med 7 deltagere valgt som metode til å samle inn data i studiet. Metoden ble valgt for at informanten fritt skulle forteller om hva de har erfart i slike situasjoner. Ved semistrukturert design åpnes det for fortellinger og mer utdypende beskrivelser av et fenomen enn ved spørreundersøkelse med svaralternativer.

Dette studiet faller inn under en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. I fenomenologien står individet sentralt, hvordan individet erfarer verden uavhengig av verden i seg selv. Individet er alltid bevisst fra noe eller mot noe. Læren om det som viser seg kommer til syne (Thornquist, 2018). Studiet er basert på sykepleiernes opplevelse gjennom sitt virke og samhandling med pasienten hvor tvang er bestemt.

Det å forsøke å forstå den dypere meningen i den subjektive opplevelsen fra enkeltindividet er fenomenologiens utgangspunkt. I fenomenologisk forskning beskriver forskeren fellestrekk for deltagernes erfaringer i prosjektet (Thornquist, 2018). Fenomenologisk syn på helse er ifølge Lorem (2014) hvordan mennesker forholder seg til sin lidelse eller sykdom utfra hvordan mennesket forholder seg til samfunnet utfra begrensinger dette sykdommen gir. Det vil si at mennesker kan leve med alvorlig psykisk lidelse eller sykdom og fremdeles ha et verdig liv. Helsepersonells måte og holdninger i møte med pasienten er kan være avgjørende i hvor stor grad sykdommen fester seg (Lorem, 2014).

Hermeneutikk omtales som fortolkningslære og forståelse. Starter med vi gir verden en mening gjennom forståelse (Thornquist, 2018). Vi møter verden med en fortolkning utfra vår forforståelse. Gadamer's hermeneutiske sirkel beskriver at vi ser sammenhengen utfra deler av

helheten og helheten utfra deler (Thornquist, 2018). Mennesker som leven vesener prøver å forstå den virkelighet og situasjonen som mennesket befinner seg i. Forforståelse ligger i bakgrunn for enhver forståelse (Krogh, 2014). Gjennom å fortolke folks handlinger ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som først var innlysende fremheves i hermeneutikken (Thagaard, 2018). Som forsker bestreber man med å behandle forskningstema med nøytralitet, egen erfaring vil ha sentralt plass i planleggingsfasen. I møte med informantene har jeg prøvd å møte dem med nøytralt utgangspunkt i forhold til mine egne erfaringer. Det å kartlegge egne erfaringer og forforståelse rundt temaet i studiet var en viktig prosess før prosjektet kunne iverksettes. Malterud (2017) peker på hvordan forforståelsen vi har med oss inn i prosjektet vil påvirke hvordan vi samler, leser og tolker data gjennom prosjektet (Malterud, 2017).

Paul Ricoeurs forsøkte gjennom sitt virke å forene disse to vitenskapelige tradisjonene. Hvor fenomenologien bevist her en mening rettet mot noe, men hermeneutikken fortolkes i noe som ikke er umiddelbart gitt. Videre mente Ricoeur at det meningsfulle fenomenet til objektet ikke mister sitt særpreg gjennom nedskrivning av tekst, meninger, referanser og fortolkninger (Thornquist, 2018).

Målet med oppgaven er å belyse sykepleiernes erfaringer og opplevelser, hvilke utfordringer de møter ved tvangsinnleggelse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det å se teksten utfra deler av helhet og helheten utfra deler. Tolkningen av resultater og egen forforståelse opp mot relevant teori. Gjennom å se teksten flere ganger vil ny forståelse i tolkningen skape ny kunnskap. Forskeren retter oppmerksomhet mot formidlingen av tekstens meninger, og kan tolkningen sees på som en dialog mellom tekst og forsker (Thagaard, 2018).

4.2 Forskningsmetode

Gjennom tanker, motiver, holdninger, erfaringer, opplevelser kan enn gjennom kvalitativ metode finne menneskers kunnskap og forståelse i det som blir gjort. Gjennom menneskers handlinger kan vi styrke vår forforståelse (Malterud, 2017). I studiet er ikke hensikten å finne den rene sannheten. Men belyse erfaringen til hver enkelt individs rundt dette temaet. Disse erfaringer ønsker jeg å belyse gjennom relevant teori og tidligere forskning.

4.3 Forskningsintervju

Godt intervjuresultat er nødvendigheten med å definere problemstilling så vel som formålet (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003). Utfra problemstillingen ble det valgt å gjennomføre semistrukturert eller dybdeintervju, intervjuene ble gjennomført med en og en informant. Intervjuer er en samtale mellom forsker og informant der det skjer en sosial samhandling og informasjonsutveksling (Malterud, 2017). Det å kunne ta del i informantens livsverden gir ny innsikt og personlig kontakt som inspirerer. Dette er en intervjuform med åpenhet for endring underveis i intervjuet utfra samtalen om erfaringene som formidles (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). På denne måten vil egen forforståelse og forhåpentligvis unngå å løse informantens meninger gjennom egen forforståelse.

For å gi avslappet stemning til intervjuene er det vanlig å utføre intervjuet hjemme eller på arbeidsplassen, hvor informanten kan føle seg trygg (Tjora, 2017). Valg av sted ble tilrettelagt utfra informanten slik at det var muligheter for den enkelte deltager å gjennomføre intervjuet. Da de fleste av kandidatene valgte tidspunkt for intervju når de selv var på jobb. Det ble valgt lokaler i nærheten av deres arbeidsplass. Under vurdering av romvalg var det viktig å ta hensyn til at intervjuet kunne gjennomføres uten forstyrrelser og ikke sensitiv informasjon når ut av rommet. En av informanten ønsker at intervjuet foregikk hjemme hos informanten.

4.4 Utvalg av felt og informanter.

For å belyse problemstillingen valgt jeg å gjøre det Malterud omtaler som strategisk utvalg (Malterud, 2017). Utvalget må være i forhold til hva som spørresom. En viktig forutsetning for å belyse problemstillingen min er at informantene faktisk hadde sykepleier utdanning og at de hadde erfaringer med tvangsinnleggelse gjennom sin jobberfaring. I følge Malterud (2017) er viktige forutsetninger for å gjøre utvalg av relevante datakilder er kjennskap til teoretisk bakgrunn og feltkunnskaper (Malterud, 2017). Forespørselen ble sendt på epost til helse og omsorgssjefen i kommunen. Hun videresendte denne til 3 forskjellige avdelingsleder, med spørsmål om deres avdeling ville delta i prosjektet. Avdelingslederne på de aktuelle avdelingene rekrutterte egne sykepleiere som frivillig ønsket å delta i studiet. Avdelingslederne videreformidlet kontaktinformasjon til deltagerne.

Kandidatene som deltok i prosjektet, var sykepleiere som jobbet i kommunen innen legevakt og psykiatribolig. De tilhørende 3 forskjellige avdelinger i samme kommune. Informanten jobber i samme kommune som meg som intervjuer, men ikke i samme avdeling. Det var et bevisst valg å ikke spørre informanter fra egen avdeling. Dette da risikoen for at egne kollegaer kan bli farget av forskerens forforståelse. Gjennom diskusjoner og refleksjoner på avdelingen kan kolleger kjenne til min forforståelse og gi svar som jeg som forsker søker.

De 4 første intervjuene ble gjennomført i november 2019. De 2 siste intervjuene ble gjennomført sommeren 2020. Dette fordi forsker ønsket en supplering til tidligere innsamlet data og belyse temaet fra flere vinkler. Gjennom et bredere utvalg kan forskeren beskrive et og samme fenomen fra flere forskjellige nyanser (Malterud, 2017). Et av hovedpoenget ved kvalitativ forskningsdesign er fleksibiliteten ved at fremgangsmåten kan endres underveis på det grunnlaget som datainformasjonen gir (Thagaard, 2018).

Informanten i studie er hentet fra en kommune Finnmark (Troms-Finnmark fylke). Kommunen de arbeider i er inndelt med at legevakt på dagtid, samlokalisert med ordinær fastlegeordning. Legevakt på kveld, natt og helg, hvor den er samlokalisert med sykeavdeling med fastboende pasienter. I kommunen finnes det også egen psykiatribolig, med pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Noen av disse pasientene er også på tvungen psykisk helse uten døgnopphold. Kommunene har også egen psykiatritjeneste som ikke er med i studiet. I kommunen er det egen politietat. Utrykningsregler regulere når politifolk fra andre kommune må bistå legevakten. Da kan politiet kommet fra kommer hvor kjøreturer er alt fra 1time til 6 timer. Nærpsykehuset til psykiatri ligger i Tromsø

4.5 Utførelse av intervjuene

Under utarbeiding av intervjuguiden, ble det gjennomført prøveintervju på en kollega i kommunepsykiatrien. Dette for å se om spørsmålene som var plukket ut var relevante for problemstilling eller om de måtte justeres. Deretter ble det gjort noen endringer før endelig intervjuguide var klar. Tilbakemelding fra kollega under prøveintervju er god praksis i egen tjeneste. Ved å høre på opptakene lærer en mye om utføringen av intervjuet (Thagaard, 2018).

I semistrukturerte intervjuer vil intervjuguiden inneholde forslag til spørsmål og tema (Kvale et al., 2015). Ved å anvende oppfølgings spørsmål åpner intervjuer opp for at informanten kan utdype seg mer konkret om spesifikke erfaring (Thagaard, 2018). Selv om jeg har rollen

som forsker, tar jeg med meg min erfaring ved gjennomføring av støttesamtaler med pasienter i kommune psykiatrien.

Før intervjuet startet ble deltageren muntlig informert om temaet og formålet med intervjuet. Informanten fikk informasjon om hvordan datainformasjonen blir oppbevart, anonymiser, når og hvordan lydopptaket blir slettet. Deltagerne ble spurt muntlig og skriftlig om de fremdeles samtykket til intervjuet. Deltagerne ble også forspurt om forsker kunne bruke lydopptager under intervjuet.

Skape romslig tidsramme og avslappet stemning er med på å få informanten til å reflektere over egne meninger og erfaringer rundt temaet (Thagaard, 2018). De fleste intervjuene vart rundt 1 time. Det ble brukt båndopptaker som hjelpemiddel. Intervjuformen falt naturlig og det følte greit å følge informantens samtale, lytte og komme med tilleggs spørsmål som «hva mente du med det», eller «kan du utdype dette noe mer». Har liten erfaring som forsker, noe som kan gi utslag på resultatet. For å få en myk start i intervjuet var de første spørsmålene om alder, yrkesbakgrunn og hvor de jobbet. Til avslutning i intervjuet ble informantene spurt om de hadde noe å tilføye til temaet om tvang. Viktig med åpenhet og lydhørhet om hva som blir sagt og ikke sies. «Mellom-linje» budskapet må sendes tilbake til informanten for å få bekreftelse om denne tolkningen er riktig (Olsson et al., 2003)

Ved at forsker valgte lydbånd, var all oppmerksomhet rettet til intervjuet. Intervjuer kan konsentrere seg om god kommunikasjon med å lytte til samtale, oppfølgings spørsmål og konkretiseringer der det er nødvendig. Med en visshet om at lydopptaker får med seg det som blir sagt (Tjora, 2017). Forsker valgte i etterkant av intervjuet å notere ned erfaringer, inntrykk og hvordan intervjuet ble utført. Noter som senere ble tatt med under transkriberingen og analysen. Etter hvert intervju fikk deltagerne et pseudonym for ivaretagelse av personvern, som ble brukt gjennom hele studiet (Malterud, 2017).

4.6 Vurderinger av metodevalg

Gjennom kvalitativ forskningsmetode hvor intervju blir gjennomført er det viktig at forskeren tar nøye vurdering gjennom hele forskningsprosessen. Normer og verdier er viktig elementer i kvalitative studier i møte mellom mennesker (Malterud, 2017).

4.7 Forskningsetiske retningslinjer

I forskningsprosessen er gjennomgang av etiske retningslinjer viktig. Forskningsetikk handler om å ivareta troverdighet av forskningsresultat og personvern (Dalland, 2012).

Datainnsamling i kvalitativintervju er basert på en personlig karakter. I møte mellom mennesker forutsetter det en gjensidig respekt og tillit gjennom dialogen (Malterud, 2017). Strenge krav til personvern og anonymitet må ivaretas. Prosjektplanen ble meldt inn og behandlet i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (SND) se vedlegg 1. I prosjektplanen ble det redegjort på hvordan personvernet skulle ivaretas under og etter prosjekt avslutning. Når datainformasjon vil bli slette og hvordan. Under studiet ble intervjuene oppvart på minnepinne med kodelås, oppbevart i et låsbart skap. Etter at studiet er ferdigstilt blir all data slettet etter gjeldene forskrifter.

Deltagerne bør få god informasjon om prosjektet og håndtering av datainformasjonen slik at de kan ta stilling til at de vil delta eller ikke (Malterud, 2017). Deltagerne informeres gjennom informert samtykke om deres rett til å trekke seg ut av undersøkelsen, samt forsker forsikrer seg om at de involverte deltar frivillig (Kvale et al., 2015). Informasjonen som gis deltagerne om formål og design må være nøye slik at deltagerne ikke villedes (Kvale et al., 2015). Deltageren fikk skriftlig informasjon om studiet sammen med skjema for samtykke. Det at forskningen ble gjennomført i eget felt var det viktig å kartlegge at informanten ikke følte seg pliktig til å delta for å hjelpe en «kollega» i samme kommune. I prosessen rundt studiet har forsker gjennomført etiske refleksjoner prosjekter var gjennomførbart. Etter flere runder med meg selv, dialog med ledelsen ble avgjørelsen tatt for at studiet kunne gjennomføres.

4.7.1 Forske i eget felt

I refleksjonene og vurderingene under valg av tema, falt valget på å se studiet utfra egen kommune. Informanten ble valgt av avdelingsledere på andre avdelinger enn egen avdeling. Ved å studere i eget felt er de etiske refleksjoner en gjør viktig.

Når enn studere sykepleier i samme virksomhet, der enn selv ikke jobber er det viktig at enn utøver forsvarlig i forhold til dem som deler av sin hverdag og kunnskap (Malterud, 2017).

Før prosjektet startet hadde forsker sin erfaring og forforståelse rundt temaet. Ved å få ta del i sykepleierens erfaringer og opplevelser kan være med på å skape ny kunnskap rundt temaet. Kunnskap som kan være med på å kvalitetssikring av tjenesten. Hvis forskningens drives av motiver for endring av praksis, en bedre helsetjeneste. Ved tillit deltagerne viser, har enn ingen rett å krenke dem (Malterud, 2017).

Det er viktig fra forskerens side med bevissthet på egne holdninger og mål i prosjektet, samt reflekterer om prosjektet skal fullføres eller ikke. Studiet ser på sykepleiernes utfordringer og hva som kan endres slik at de for en lettere hverdag i sitt virke.

Gjensidig tillit forutsetter kvalitative studier (Malterud, 2017). Synliggjøring av praksis som er verdt å fremheve, samt praksis som kan forbedres og videreutvikle gir praksisforskning en mulighet til å fremheve dette (Thornquist, 2003). Forsker må gjennom hele prosjektet være bevisst for sin rolle i studiet. Den avgjørende faktor er forskerens integritet, rettferdighet, ærlighet, erfaringer og kunnskap (Kvale et al., 2015).

4.7.2 Forskerens roller

Kvalitative forskningsmetoder gir nærhet til de man forsker på. Tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet er viktig aspekter i kontakten med deltagerne (Tjora, 2017). For å kunne gi empiriske data en analytisk fortolkning er forskerens refleksjoner viktig ved kvalitativ forskning (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). I forskningen samles data inn gjennom intervju av sykepleiernes erfaringer og opplevelser. For at sykepleierne skal formidle sin erfaring er det viktig at forsker klarer å skape god ramme i intervjusituasjonen. Hvordan intervjuer og informant oppfatter hverandre preges av datainformasjon som forskeren for i det mellommenneskelige prosessen i intervjuet (Thagaard, 2018).

I kvalitativ forskningen ligger det en forventning at forskeren er bevisst sine egne, refleksive holdninger og kan gi empirisk data analytisk fortolkning samt kritisk vurdere sine vitenskapelige utfordringer og etiske vurdering i de ulike rollen som studiet gir (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). I forskningsprosessen vil forskerens forforståelse endre seg underveis. Det er viktig at forskeren personlige erfaringer ikke påvirker og overskygger objektivitet i studiet (Olsson et al., 2003) Informasjonen som kommer frem i studiet er

informantenes forforståelse som gir mening i informantens erfaring og mening. Forskerens forforståelse er bakgrunn fra egen forståelse som kan ha et annet perspektiv enn deltagerne. Det er forskerens faglige bakgrunn som tolkning og analysen rundt dataen. På denne måten bringer forsker egen tolkning inn i materialet (Thagaard, 2003)

4.7.3 Kvalitetsvurdering av prosjektet

Til vurdering av kvaliteten brukes troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet i kvalitativ metode. Erstatter begrepene i kvantitativ metode som reliabilitet, validitet og generalisering (Thagaard, 2018). Ifølge Tjora (2017) vil de norske begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbart fungere godt i kvalitativ forskning for vurdering av kvaliteten (Tjora, 2017).

Pålitelighet baserer seg til hvordan forskeren fremstiller datainformasjonen (Thagaard, 2003). Gjennom datainnsamling fra informantene har forsker prøv gjennom transkriberingen beholde teksten nært opp mot deltagerne meninger i teksten. Ved å fremheve informantstemmen er direkte sitater bli brukt (Tjora, 2017). Det at studiet er gjort i egen kommune har viktigheten av at informanten ikke har følt seg pliktet til å delta i prosjektet. Studiet er utført i en liten kommune hvor personer har kjennskap til hverandre. Forsker har ikke nær relasjon til deltagerne, men jobber og bor i samme kommune. Utvalget ble plukket gjennom sine avdelingsledere utfra deres erfaringer. De fikk presentert tema og om de ønsket å delta i forskningsstudiet. For forsker var det viktig at de deltok frivillig fordi de hadde et ønske å få frem sin erfaring og opplevelse uavhengig av at forsker jobbet i samme kommune. Det er viktig at forskeren redegjør for relasjoner til informant og hvilken betydning forskningsstedet har (Thagaard, 2003).

Har gjennom studiet prøvd å være bevisst på at ikke mine forforståelser skal prege informasjonen og resultatene studiet har gitt. Informasjon som deltagerne har formidlet er med på svar på spørsmålene rundt tema og problemstillingen. Resultatene i funne var for forsker overraskende da deres forståelse av temaet var annerledes enn forskerens forforståelse.

Gyldighet handler om svarene forsker får gjennom studiet gir svar på spørsmålet som er stilt (Tjora, 2017). Ved erfaringer som psykiatrisk sykepleier ønsket jeg å se på hvordan andre opplever utfordringer til pasienter med alvorlig psykisk lidelser ved tvangsinnleggelse. Skille

informasjonen deltagerne gir i intervjuene utfra egen forforståelse. Valgte å gå inn i studiet med informanten med et åpne sinn. Det å lytte til deres historie og opplevelser. Informanten fikk også tilbud om å lese gjennom intervjuene etter transkriberingen. Det var ingen av informanten som ønsket å lese gjennom intervjuene. Derimot var flere av informanten interessert i å lese ferdig resultat i forskningsstudiet. Hvor forsker var usikker på hva informanten formidlet, og lydopptaker ikke bekreftet dette på grunn av noe uklare setninger valgte forsker å ta kontakt på ny med informant for å kontrollere at meningsinnholdet var riktig forstått.

Funnene i studiet er i hovedsak ment til bruk i egen tjeneste. Ved å få et helhetlig bilde på hvordan det fungerer i kommunen. Hvilke områder fungerer bra og hvor kan det endres. Ved bruk av resultatene kan tjenesten kvalitetssikres til det beste for pasient, men også sykepleierne som står ovenfor utfordringene gjennom sin jobb. Studiet resultater kan også være med på å belyse situasjonen personalet opplever gjennom sin jobb til politikeren i kommunen. Resultatene vil kunne overføres til andre tjenester og kommuner ved at jeg trur at også andre vil kunne se likhetstrekk i utfordringer i forhold til temaet. Men det vil være opp til den enkelte leser og bedømme dette om nytteverdien for den enkelte.

4.7.4 Transkribering

Intervju er en samtale som forgår mellom to mennesker. Gjennom transkripsjon omvandles muntlig språk til skriftform (Kvale et al., 2015). Intervjuene ble transkribert samme dag som de var gjennomført. Informantene som ble intervjuet snakket dialekt, slik at valget ble å skrive ordrett det som informanten sa. Det ble tatt med latter, pauser ble marker med (...), støtteord som hmmm...., ehhhh..... og øøøø..... ble også tatt med i teksten. Ved å skriftliggjøring av samtalen er formålet å fange opp og formidle det som deltageren vil meddele (Malterud, 2017).

For å få helhet i teksten ble små ord og pauser tatt bort. For å anonymisere informantene valgte jeg å transkribere teksten fra dialekt til bokmål. Teksten fikk også mer sammenhengende meninger gjennom bokmål. Hovedregel er at vi kan transkribere på nynorsk eller bokmål, men vær oppmerksom på at enkelte dialektformer kan ha en annen betydning (Tjora, 2017). En normalisering kan fungere som anonymisering, dette oppdaget

Siri Lode i sin studie i (2006) av tsunamihåndteringen (Tjora, 2017). Ifølge Kvale et al (2015) kan enkelte ord ting forsvinne gjennom transkribering som kroppsspråk, ironi, usikkerhet og gester kan gå tapt (Kvale et al., 2015).

I intervjuene ble lydopptak benyttet. Ved bruk av lydopptaker vil ordbruk, pauser, tonefall bli registrert, slik at intervjuer kan konsentrere seg om dynamikken og emne (Kvale et al., 2015). Lydopptakene ble hørt flere ganger. Under transkriberingen ble det spolt tilbake, der ordlyden var uklar. Etter hvert i prosessen ble enkelte små ord som emmm....., tja, mmm.... samt setningsgjentagelser fjernet. Dette skape mer sammenhengende tekst. Ved ferdig tekst ble lydopptaket igjen lyttet på med teksten foran, for å oppdage eventuelle feil i transkriberingen. Det ble valgt å følge Malterud transkribering hvor meningen og erfaringen til deltagerne blir mest mulig lojalt ivaretatt fra opprinnelig materiale (Malterud, 2017).

Unngår å miste mye informasjon når intervjuer transkriberer og er med i videre analysearbeid (Tjora, 2017). Gjennom selv å transkribere intervjuene lærer forskeren mye om sin egen intervjustil. Vil under transkriberingen huske emosjonelle og sosiale aspekter (Kvale et al., 2015). Det å være en som transkriberer teks, blir det kun forskeren forståelse av tekstens betydning. Ifølge Kvale «finnes det ikke noen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Heller et konstruktivt spørsmål om «*Hva er en nyttig transkripsjon for min forskning*» (Kvale et al., 2015, s. 194). Validiteten av analysematerialet kan styrkes gjennom at den forskeren transkribere teksten selv da enn kan huske momenter i samtalen, og oppklare uklarheter som kan ha betydninger for meningene i teksten (Malterud, 2017).

Transkriberingen ble utført av forskeren alene.

4.8 Analyse av datainnsamlingen

I analyseprosessen vil den forståelsen enn bringer inn i prosjektet sees i lyse av tolkningen som gjøres i analyseprosessen. En gjensidig sammenheng mellom disse (Thagaard, 2018) det finnes flere forskjellige analysemetoder. I dette studiet er det valgt å følge Malterud sin systematiske tekstkondensering (engelsk; Systematic Text Condensation-STC). Gjennom en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på overkommelig og systematisk måte er denne metoden utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring. STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2017).

I første trinn av STC er å bli kjent med materialet og danne et helhetsinntrykk. Det transkriberte materialet bestod av 34 tettskrevne sider fra intervjuene. Vår forforståelse og teoretisk referanserammer på dette trinnet satt i midlertidig parentes (Malterud, 2017). Ved første gjennomlesning var følgende temaer som skilte seg ut i teksten. For å ikke overdøve deltagerens stemme setter vi våre egne erfaringer i parentes (Malterud, 2017). Malterud foreslår 4-8 temaer som vekker vår interesse.

Analysens første temaer, «mennesker som er så syke», «Kommer til kort», «prøver å overtale dem», «ting eskalerer fort», «beskytte dem mot seg selv», «hengende i systemet», «kjenner en maktesløshet», «vanskelig å være en del av» og «skulle huske oss».

Temaene representere første intuitivt og databasert steg i materialet som kan gi svar på problemstillingen. Funne illustreres i sitatene i en ufullstendig analyseprosess (Malterud, 2017).

I andre trinn i STC skal meningsbærende enheter identifiseres. I denne fasen av analysen organiseres materialet som forsker ønsker å studere nærmere (Malterud, 2017). Temaene grupperes inn i grupper på 3-5 kodegrupper, som sorteres etter ulike farger på gruppene. Hver tekst ble lest linje for linje. Tekst som ikke er relevant eller ikke kunne sorteres inn i en av gruppene ble lagt bort. For å unngå at en ikke bare tar med det som ved første blick virket mest fengende skal all tekst grundig gjennomgå og vurderes hva som skal videreføres. Kodene justeres etter hvert som materialet de gir nye ideer og innspill (Malterud, 2017).

Meningsbærende enheter lagt inn under nye grupper som ble kodet til krenkelsers, overgrep, tidskrevende, holdninger i møte med pasienten og behandlingsalternativ. Underveis i tekst lesningen kom også frem uegnede lokaler ved gjennomføring av tvangsinnleggelsers som en gruppe som ble valgt å ta med videre i analysen. Tekstbiter som har noe felles samles, blir identifisert og sortert alle meningsbærende enheter i teksten som samles med merkelapp-kode (Malterud, 2017). I prosessen med å samle inn sitatene i riktig gruppe måte forsker stadig hente frem råmaterialet for ny gjennomlesning for å gjenta sortering. I denne prosessen ble noe forkastet mens andre meningsbærende enheter ble sett på som relevant for problemstillingen. Kodingen er et virkemiddel og organiseringsprinsipp, men ikke et ferdig resultat (Malterud, 2017).

Det tredje trinnet skal kondensering identifisere og kode meningsbærende enheter ved å abstrahere den sorterte informasjonen fra trinn 2 (Malterud, 2017). I denne fasen tar forsker utgangspunkt i de sorterte temaene som er lagt i ulike grupper. I enkelte av gruppene omhandler flere utsagn fra informantene. Sitater som vanskeligheter med å skjermes pasienter, uegnede lokaler, skulle ønske mer kompetanse, ivareta andre pasienter og vanskelig med frivillighet. Sitatene ble sortert inn i subgrupper; refleksjon, etikk og endring av psykisk helsevernloven. Videre i analysearbeid er å lage kondensat av tekst fra hver subgruppe. Kondensat er et kunstig sitat som med en sammenhengende tekst som beskriver meningsinnholdet og utgjør stemmen til informantene som subgruppen fenomen forteller om. Som utgangspunkt for fjerde og siste trinn er kondensatet fra hver subgruppe et arbeidsnotat. For å beskrive budskapet i teksten velger en «gullsitat» som illustrere dette.

Det fjerde trinnet i STC, er det siste trinnet i analysen. På bakgrunn av hvert kondensat fra subgruppen blir det laget en analytisk tekst som representer resultatet i forskningsprosjektet. På slutten av analysen må funnene valideres gjennom at resultatene re kontekstualisere opp mot empirisk data (Malterud, 2017). Hver informant har fått sitt nummer under analysen slik at en kan finne tilbake til den enkelt informant opprinnelige tekst.

5.0 Presentasjon av resultater

I denne studien ble der sett på hvilke utfordringer sykepleierne møter ved tvangsinnleggelse til pasienter med psykiske lidelser. Historien som de beretter om dere erfaringer er sterke og viser omsorg og ydmykhet over pasientenes historie. Ved et sterkt ønske om å minske pasientens traumatiske opplevelse mest mulig. Deres erfaringer om utfordringer de møter setter preg på historien. De er flere temaer som peker seg ut gjennom intervjuene. Det er spesielt 3 hovedtemaer som i studiet var mer markant enn andre. Disse var kompetanse, etiske aspekter og endring av lovverk, nye utfordringer. Gjennom intervjuene ytret flere av informantene at de hadde behov for å snakke om sine opplevelser og viste stort engasjement til å formidle sin erfaring.

5.1 Kunnskap

Dette kapitlet omhandler sykepleiernes roller, vurdering av egen kompetanse og hvordan de opplever samarbeid med andre instanser. Informantene beskriver pasientene som veldig psykisk dårlige når de kommer inn. Sykepleierne forteller at de blir preget av pasientens historie, livssituasjon, opplevelsen av at mennesker kan bli syke i sinnet og ikke kroppen. Informanten beskriver at det ikke alltid er like enkelt med samarbeid til det beste for pasienten. Rommene de har til rådighet, er rigget for somatiske undersøkelser. Akuttrommene egner seg dårlig når de får inn pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Deltagerne gir uttrykk for samlokalisering ikke er gunstig da pasienten blir mer synlige. Deres fagkunnskap er basert på somatiske lidelser. Sykepleiere på legevakt må ha litt om mye innen faget. Når de har legevakt, har de også ansvaret for andre oppgaver og pasienter. Informantene som jobber i kommunale psykiatrisenheter, formidler at det ønskes at deres faglige vurderinger skal bli tatt på alvor. De opplever at de får tilbakemelding om at de ikke har nok kunnskap om pasientens psykiske lidelser.

Temaet i analysen er delt inn i 3 subgrupper; 1) sykepleierens mange roller, 2) varierende kompetanse og 3) Tverrfaglig samarbeid med andre instanser. Hver subgruppe blir presentert med sitat fra informantene og beskrivelse av funn.

5.1.1 Sykepleierens mange roller

Informantene forteller om at sykepleierrollen på legevakt er å ivareta pasienten som kommer akutt inn. Deres oppgave er skal hjelpe på best mulig måte; ved å vise respekt, få tillit, omsorg, gi trygghet og lindre situasjonen for pasienten. Videre er deres oppgave å observere, avklare situasjonen, informere og utføre behandling etter faglig vurderinger fra legevaktslegen. Sykepleierne har ofte ansvaret for andre pasienter samtidig som de har legevaktfunksjonen. Informantene som jobber med fastboende pasienter i kommunal psykiatrisenhet, forteller at de gjerne vil være den som først oppdager endring hos deres pasienter. De vurderer om det er tiltak de kan utføre på avdelingen eller om de må sende pasienten til behandling. Møte med pasienter med akutt eller alvorlige psykiske lidelser oppleves som pregende ifølge informantene. Informant B beskriver sin opplevelse slik;

«Min jobber som sykepleier er at jeg utfører mine arbeidsoppgaver som legevaktsykepleier og som jeg signerte da jeg ble autorisert sykepleier. Pasienten som kommer inn på legevakt er ofte veldig dårlige når de kommer inn til oss. Vi sitter med lite bakgrunnshistorie rundt pasienten. Våre oppgaver er situasjonen her og nå. Mitt søkelys er på de aktuelle situasjonene som pasientene kommer inn for, samt utføre behandling etter legens vurderinger. Erfareringen min er at pasienter som kommer inn til oss på legevakt er veldig dårlig psykisk. Ofte er vurderingen om de skal legges inn på tvang eller ikke. Det å være hjelperen til mennesker i en sårbar fase gjør noe med deg som sykepleier.» (Informant B)

Informant E beskriver hva hun tenker om hennes rolle på sin avdeling;

«For pasienter som bor i psykiatriboligene ønsker jeg å være den som først oppdager endring. Vurdere hvilken grad endringen er og om vi kan gjøre noe på avdelingen eller om pasienten trenger behandling i spesialisthelsetjenesten» (Informant E)

Erfaringene informantene sitter med er varierende. De har erfaringer fra år tilbake i tid. Informantene beskriver at de opplevde møte med pasienter med alvorlig psykiske lidelser som annerledes. Informantene C forteller at det alltid tidligere var politistøtte når det var snakk om tvangsinnleggelse.

«Min rolle som sykepleier er sammen med legen ivareta pasienten som kommer inn til vurdering. Ivareta pasienten på en respektfull og trygg måte. Tidligere opplevde jeg at når tvang var bestemt var det alltid 2 stykker fra politiet som satt i gangen utenfor rommet hvor pasienten lå. På vår avdeling har vi i dag egen legevakt sykepleier som går på topp, hvis det er andre sykepleiere på jobb. Slik var det ikke tidligere, da hadde vi ansvar for full avdeling i tillegg for legevakt. Opplever at det kan i perioder være mye på legevakt.» (Informant C)

Informanter forteller at deres oppgaver som sykepleiere preges av at lokalene de har til rådighet er utfordrende i forhold til jobben de skal utføre.

«Min rolle som sykepleier er å ivareta pasienten på en god måte og respektfull måte. Slik at opplevelsen blir minst mulig traumatisk for pasienten. Prøve å hindre at pasienten som kommer inn blir veldig synlig for andre i lokalet ved at vi setter opp skjerm Brett. Vi kan faglig ivareta pasienten, forholdene rundt pasienten med våre lokaler er vanskelig gjøre noe med. Prøve å overtale urolige pasienter til å holde rommet slik at de ikke går rundt i lokalene. Har

opplevd at pasientene rører somatisk utstyr, en skapdør som ble revet ned, tatt på oksygenutstyret og annet utstyr» (Informant G)

Flere av deltagerne i studiet gav uttrykk for at det sjelden var tid til å snakke sammen etter hendelser hvor de har jobbet med mennesker som er alvorlig psykisk syk. Det var gjennomgående felles forståelse hos mine informanter om at tvang er vanskelig hendelse for pasienten. På jobb har de flere roller knyttet opp mot sin arbeidshverdag slik at det ikke er rom, tid eller andre sykepleiere som de kan diskutere hendelsen med. Informanten formidlet også at på avdelingen har de flere flinke hjelpepleiere med videreutdanning innen psykisk helse noe som er en stor ressurs. Som en informant B formidler sa;

«Savner rutiner på debrifing. Det er ikke alltid tid eller rom til dette. Det går fort på avdelingen og vi må over på noe annet. Det hender at jeg er alene på vakt som sykepleier. Da er mitt ansvar for vanlig drift i tillegg til pasienter som kommer inn på legevakt»
(Informant B)

5.1.2 Varierende kompetanse

Alle informantene i studiet er utdannet sykepleier. Erfaringene de har fra yrket varierer ut fra ansienniteten etter utdanningen. Halvparten av informantene har lang fartstid i yrket. Noe av informantene hadde andre titler i yrket før de utdannet seg til sykepleiere. 3 av informantene hadde jobbet relativt kort tid på legevakt, og hadde liten erfaring fra denne type arbeid. En av avdelingene hadde sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De fleste informantene beskriver egen kompetanse innen psykisk helse som begrenset. De opplever også at kunnskapen hos de som jobber på 116117 og 113 kan variere. Møte med pasienter i sårbar livssituasjon gjør noe med dem som sykepleiere. Deres jobb på legevakten består ofte av somatiske lidelser hvor behandling eller tiltak gir rask lindring. Når pasienter kommer inn med akutt psykiske lidelser eller forverring føler de på en maktesløshet og at de kommer til kort i behandlingen. Slik beskrev Informant F sin vurdering av egen kompetanse;

«Har liten erfaring fra psykiatri. Opplever dette som en utfordring. Skulle gjerne visst mer og kunnet mer. Føler ofte at enn kommer til kort. Lurer på hva enn skal si eller gjøre. Om det blir verre eller ikke for pasienten. Det at mennesker, unge som gamle blir så syke. Ikke i

kroppen, men psykisk syk. Vi i vår somatiske hverdag er vant til strakstiltak hvor ting blir lettere og bedre, som for eksemplet å gi antibiotika» (Informant F).

Flere av informantene føler at deres faglige vurderinger ikke når frem når de formidler det de observerer. De formidler at de gjerne ønsker å bli tatt på alvor da deres vurderinger her betyr betydning. Informant E formidler;

«Jeg ønske er å bli trudd. At jeg ikke trenger å forsvare min faglige vurdering. Vi får ofte tilbakemeldinger om at vi er følsomme og at vi ikke tåler noe» (Informant E)

Noen av informantene gav uttrykk for at de er usikre på hvordan de skal kommunisere på en god måte til pasienten med psykose. Enkelte av informantene følte at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig i slike situasjoner. De forteller at de er redd for at de kan gjøre situasjonene verre for pasienten på måten de kommuniserer på. Flere av informantene gav uttrykk for at de ønsket å øke kompetansen innen psykisk helsearbeid gjennom kurs eller videreutdanning.

«Hvis det er samtale pasienten trenger kommer vi til kort. Er ikke så flinke når de er veldig psykotiske. Hvordan prøve å realitets orientere dem. Ja prøve, det er ikke enkelt når de er i sin egen virkelighetsverden. Psykiatriske sykepleiere er flinkere til å ha samtaler med pasienten gruppen.» (Informant D)

Flere av informantene gav uttrykk for at de ønsket å øke kompetansen innen psykisk helsearbeid gjennom kurs eller videreutdanning.

«Jeg har liten kompetanse når det gjelder psykiatri. Har ingen videreutdanning. Det er ingen på avdelingen som har den type videreutdanning. Skulle ønske at det var mer rom for økt kompetanse, spesielt i forhold til psykiatri. Da jeg var nyutdannet syntes jeg møte med pasienter med psykoser som veldig skremmende. I dag synes jeg fremdeles det er litt skremmende.» (Informant C)

5.1.3 Tverrfaglig samarbeid med andre instanser

Informantene forteller at de hadde tidligere i kommunen et prosjekt hvor legevakt hadde psykiatrisk sykepleiertjeneste som bakvakt på legevakt. Når det kom inn pasienter med alvorlige psykiske lidelser kunne de ta kontakt med psykiatrisk sykepleier som kunne veilede

og i samråd med legen vurdere tiltak. En psykiatrisk sykepleier kom til avdelingen og bistod i disse situasjonene. Ifølge informantene dro pip-tjenesten på hjemmebesøk, kartla situasjonen, veiledet og fulgte opp pasienten i en periode. Pip-tjenesten videreformidlet til legen sin vurdering som om nødvendig kunne henwise pasienten til riktig behandlingsalternativer. Informantene opplevde denne tjenesten som en stor ressurs og trygghet. For pasienter med psykiske lidelser var dette tilbudet ifølge informantene en god kvalitet på tjenesten.

«I kommunen vår hadde vi pip tjeneste, en forlenget arm av legevakten hvor psykiatrisk sykepleier hadde bakvakt. Kom det inn psykiatrihendelser på legevakt kunne vi ringe dem slik at de bistod legen som hadde vakt. Vi opplevde at de dro ut til pasienten, kartla situasjonen og fulgte opp pasienten. Det var et godt tilbud» (Informant F)

«Vi savner psykiatrisk legevakt (pip). Den var en fin ordning. Vi opplevde at de ofte avverget situasjoner på vår avdeling.» (informant D)

«Jeg savner pip, den var en trygghet. For pasienten med psykisk helse er denne ordning en kvalitet» (Informant A)

Flere av informanten forteller at samarbeid med andre avdelinger i kommunen er blitt bedre. For pasienten er det tryggere når de for hjelp av personer i hjelpeapparatet som kjenner dem fra tidligere.

«Opplever at personale fra andre avdelinger kommer når vi har personer inne på avdelingen som er veldig psykisk syke. Det er fint. Kan ikke huske at det var slik tidligere» (Informant C)

Selv om informanten mener det er blitt bedre mener de at de kunne hatt nytte av et tettere samarbeid psykiatritjenesten i kommunen.

«Vi kunne hatt bedre nytte av et tettere samarbeid med kommunens psykiatritjeneste. Ved at de reist ut og kartlagt situasjonen bedre for oss på legevakten. Vi opplever at bildet stemmer bedre når psykiatritjenesten, er med i innleggelsesprosessen og kartlegger. Ofte kjenner de pasienten godt fra tidligere.» (Informant G)

Informanten beskriver at samarbeid med politi går som oftest greit. Spesielt hvis politiet er lokale. Når politiet må komme fra andre plasser i fylket opplevde informantene at tar lang tid

på grunn av lange avstander mellom kommunene. Andre opplevde at det kan være vanskelig å få politiet til å komme hvis det ikke var snakk om ordensforstyrrelse.

«Ved å ha politi til stede er en trygghet for vår sikkerhet. I enkelte situasjoner kan det for pasienten bli verre.» (Informant B)

«Det hender at vi må ha politi inn i situasjoner, når pasientene kan være utagerende. Føler at politiet i enkelte situasjoner blir litt drastiske. Det er vanskelig» (informant F)

Flere av informantene forteller at de møter utfordringer med å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Enkelte av informantene føler at når de som sykepleiere tar kontakt med spesialisthelsetjenesten opplever de at de ikke blir trudd deres faglige vurdering.

«Opplever at samarbeid med spesialisthelsetjenesten er personavhengig. Flere av våre pasienter er på TUD. Den første legen som var behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten var flink til å følge opp pasienten på TUD. Samarbeidet fungerte, det var ingen problem når vi tok kontakt henne angående spørsmål om pasientene. Nå er samarbeidet svært vanskelig i forhold til våre pasienter. Opplever at det er tungt å få pasienter innlagt. Når vi tar kontakt med spesialisthelsetjenesten har situasjonen gått ganske langt, slik at det er ille. Opplever et sukk i andre enden når vi ringer. Lurer på om det er forferdelig at de får telefon fra oss» (Informant E)

«Vet ikke hva spesialisthelsetjenesten tenker om oss. Vi får høre at det ikke feiler pasienten noe, men det er vi som ikke kan med pasienten. Fastlegen til pasienten fikk skriv om dette. Vi har jobbe i mange år med pasienten.» (Informant D)

På legevakt opplever flere av informantene at det å få inn pasienter byr på problemer, spesielt kveld, natt og helg. Legen som er på legevakt, blir sittende med saken. Informanten erfarer at pasientene blir hengende lenge i systemet mens de venter på plass og videre behandling i spesialisthelsetjenesten. De opplever at pasienter også velger å reise hjem fremfor å vente på ledig behandlingstilbud. Informanten forteller at hun ofte tenker på hva som skjer videre med pasienten og om han/hun har noen som ivaretar dem når de kommer hjem.

«I sommer opplevde vi vi hadde en pasient på legevakt som ikke kunne være alene. Legen ringte rundt til alle de forskjellige distriktpspsykiatriske senterne i Finnmark. Lege fikk opplyst

at det var ledig plass på en av disse. Legen takker for hjelpen og sa at nå vil det løses seg for pasienten. Da legen tok kontakt med Dps avdeling, opererte denne avdelingen med 24 timers behandlingstid og kunne ikke ta imot pasienten. Legen ble helt låst med saken.» (informant A)

5.2 Etiske aspekter

Dette kapitlet omhandler etiske utfordringer og valg som sykepleieren må løse til det beste for de aktuelle personene som er involvert i situasjonen. Gjennom grunnutdanningen lærer sykepleierne følge sine yrkesetiske retningslinjer. I en liten kommune kan by på utfordringer med å beskytte pasienter som blir svært psykisk dårlige i samfunnet og legevakt. Lokalene er samlokalisert med vanlig drift. Fastboende pasienter har pårørende som kommer på besøk. Det kan være vanskelig å skjerme pasientene på legevakt mot innsyn fra besøkende. På legevakt dagtid er det pasienter som venter på legetime hos fastlegen. Informantene forteller at det er vanskelig når mennesker kommer inn på legevakt på grunn av akutt psykisk lidelse. Med følge av politi blir pasienten synlig ovenfor andre tilstedeværende mennesker i samme lokale. Når det kommer mennesker inn som sykepleier har relasjoner til gjennom andre roller i samfunnet. Det kan være venner, naboer eller venner av felles bekjente. Informanten formidler at det å skaffe profesjonell avstand kan være utfordrende.

Etiske aspekter er i analysen delt inn i 3 subgrupper; 1) vurdering av innleggelse, 2) prosessen ved tvangsinnleggelsen og 3) Skjerme pasienten i det offentlige rom. Hver subgruppe vil bli beskrevet og sitater fra informantene.

5.2.1 Vurdering av innleggelse

Informantene beskriver at deres oppgaver er å ta imot meldinger, kartlegge situasjonene slik at de kan formidle bilde til legen så nøyaktig som mulig. Når hendelsesforløpet rundt pasienten er uklart, blir sykepleiers oppgave å kartlegge dette. Enten via telefon eller at pasienten hentes inn til vurdering. Når det er kommet melding om at en pasient må hentes inn til vurdering av psykisk helsetilstand hender det at pasientene kommer inn med politifølge. Pasienten blir synlig ved innkøst. Undersøkelses rommet er ifølge informantene ikke egnet

for undersøkelser ved psykiske lidelser. De kommer tett på pasienten inne i et lite rom. En informant fortelle at de har mulighet til å bruke egen inngang ved ankomst, da kommer pasienten inn i korridoren som deles med vanlig legevakt. Informantene forteller at de prøver å sette opp skjerm Brett for å hindre innsyn til pasienten.

«Det begynner med at det kommer inn en melding. Vår jobb på legevakt er at vi gjør casen så tydelig som mulig for legen som skal fatte beslutning. Når det er tatt en beslutning blir pasienten hentet inn. Opplever pasientene som veldig dårlige. Blir ofte hentet inn av politi, dette kan virke krenkende og traumatisk for pasienten. Så er det å ivareta pasienten på en god måte frem til transport kan gjennomføres. Hvis pasientene ikke er sendt av gårde når vi stenger blir pasienten overflyttet til legevakts sykepleie ved sykeavdelingen.» (Informant F)

Det oppleves ifølge informanter at det kan være utfordrende med innleggelser når melding kommer inn på kveld, natt eller helg. Det er mindre ansatte på avdelingen. Ting ser plutselig, slik at det ikke er vanskelig å få inn ekstra ressurser. Kan ikke planlegge antall ansatte på jobb da en ikke vet hvor lenge pasienten blir værende i systemet. Pasienter som skal legges inn ønsker en få av sted slik at en klargjør rommet hvis det kommer inn andre pasienter på legevakt.

«Jobben er å motta meldinger fra 116117 og 113. Opplever at det kommer en del psykiatri. Når det kommer inn melding om at vi får inn pasient Det er ofte kveld, natt og helg at vi opplever høyest trykk fra denne pasientgruppen. Da er det ofte vanskelig å få lagt inn pasientene. Det er ingen god følelse og være med på at de må innlegges mot sin vilje. Enn føler på maktesløshet. Ser at mange av de som kommer til oss burde vært sendt inn på et tidligere tidspunkt. Det er ikke lett å skape en profesjonell distanse.» (Informant B)

Informanten fortalte at de stadig møter på etiske utfordringer i sin jobb hvor de fleste opplevde det med lokalene deres ikke er egnet, de er rigget til somatiske pasienter. De har få og små rom tilgjengelig. Når innleggelses prosessen tar tid er det vanskelig når pasientene er urolig og vandrer rundt i avdelingen. De gir uttrykk for at det er vanskelig å samlokalisere legevakt med andre avdelinger, hvor det er andre pasienter tilsted i samme lokaler. Dette er mennesker som er i en sårbar fase i livet.

«Våre lokaler ligger ikke til rette for å behandle mennesker som er så alvorlig syke. Det å se unge og gamle mennesker bli så syke i, ikke i kroppen med psykisk. Vi er vant i det daglige til å gi kunne behandle, gi antibiotika eller noe sånt.» (informant F)

De forteller at de har opplevd at politiet måtte forlate avdelingen, når de for uttrykk til andre oppdrag. Det at politiet var til stede så de som kvalitet på egen sikkerhet. Men også fordeler med at de gjennom sin yrke kan holde pasienter tilbake på avdelingen eller i rommet.

«En annen gang opplevde jeg etter at jeg fikk rapport om en dårlig inneliggende pasient som oppholdt seg på stuen. Pasienten skulle tvangsinnleggelse og ventet på transport. Politiet hadde vært der tidligere, men hadde forlat avdelingen. Når jeg presenterte meg, fortalte pasienten om kniven som lå i væsken. Jeg valgte å holde meg rolig, ville ikke vise pasienten at jeg var redd. Når pasienten gikk på rommet, fikk jeg meldt fra til mine kollegaer og politiet om kniven. Nattevakten var ikke klar over at pasienten hadde kniv med seg inn på avdelingen. De hadde spurt om de fikk se i væsken. Men pasienten var da blitt urolig og kastet ting inne på rommet. Politiet skulle følge pasienten til innleggelse slik at de var på tur. De kjørte nok litt fortere når vi meldte inn om kniven. Politiet kom fra en annen kommune.» (Informant A)

5.2.2 Prosessen ved tvangsinnleggelser

Sykepleieren opplever at det er mange ting som skal ordnes i forbindelse når en pasient skal innlegges ved tvang. Flere av informantene opplever dette som tidkrevende. Skal pasienten sendes med rutefly eller må det brukes ambulansefly. I dag reiser politifolk i sivilt, sammen med pasienten og helsepersonell. Noe informantene formidler at de synes er bra, da pasienten blir mindre synlig med sivil politi. På et lite sted kan dette være utfordrende for pasienten da de fleste vet hvem som jobber som politi og helsepersonell i bygda. For pasienten kan det være bedre når de er rolig å reise med rutefly.

«Psykotiske pasienter som er rolige. Men mangler innsikt i egen sykdom og behandling. Klarer ikke selv å samtykke eller nekte til behandling. Da er vurderingen at pasienten kan reise med rutefly sammen med helsepersonell og sivilt politi. Kan se ut som en gjeng som er på tur sammen. Logistikken rundt disse transportene går som regel greit. Ansatte på

flyplassen vet hvor vi jobber slik at pasienten på den måten blir mer synlig på rutefly enn ved ambulansefly» (informant G)

På vinterstid forteller informanten at det kan by på store utfordringer. Det kan være dårlig vær som gjør transporten vanskeligere og tidkrevende. Få daglig avganger ved rutefly.

«Har opplevd på vinterstid at alt er stengt. Sea King kunne ikke lette, og ambulanseflyet kunne ikke komme. Da ble pasienten ventende hos oss.» (Informant B)

En informant forteller at det er vanskelig å få pasienter inn på kommunal akutt døgnplass, KAD seng. Hvis sykeavdelingen har pasienter inne på sykestueplass kan de ikke ta imot pasienter på KAD. Urolige pasienter er også vanskelig å få inn på KAD seng i kommunen.

«Vi fikk inn en melding om en gjennomreisende pasient som hadde psykisk forverring. Vi hadde lite informasjon rundt pasienten. Men fikk etter hvert informasjon at dette var en svingdørspasient. Det var fra pasienten side ønsker om frivillig innleggelse. Pasienten var rolig og hadde behov for observasjon over natten i påvente av plass på dps. Vi fikk beskjed om at pasienten ikke kunne legge pasienten inn på KAD da de ikke hadde ressurser til å ta imot pasienten.» (informant G)

Andre informanter beskriver at pasienten de får inn på KAD sen er veldig dårlige psykisk. De skal egentlig ikke ta inn pasienter som er suicidale.

«Jeg har opplevd at vi har lagt inn pasienter på KAD som har vært veldig psykisk dårlige. Vi skal ikke ta imot personer som er akutt selvmords truet. Men i påvente av ambulansefly, politi og ledigplass blir de hengende i systemet hos oss» (Informant B)

En annen av informanten forteller at hun har vært med på at pasienter fikk medikamentbehandling ved injeksjon mot pasienten vilje og ble holdt av personalet. Hun forteller at hun i dag ikke opplever tvangsmedisiner. Informanten forteller at det er flere år siden at de har opplevd denne typen tvang. Hun forteller at det i dag aksepteres hvis pasienten takker nei til tilbud om medikamentbehandling.

«Har tidligere opplevd at pasienter har fått sprøyte, hvor de har blitt holdt eller ikke har klart å samarbeide» (informant G)

Informantene som jobber i boligene, beskriver at innlegges prosessen er svært kravene da de blir pålagt å ordne dette selv.

«Vi må ofte i innleggelses prosessen prate med den ene og den andre, ringe legevakt, før klarsignal om at pasienten skal innlegges. Da må vi ordne med fly, enten ambulansefly via AMK eller rutefly med følge. Vi må også ta kontakt med politi som kan følge pasienten til sykehuset» (Informant E)

5.2.3 Skjerme pasienten i offentlig rom

I et lite samfunn der mange kjenner hverandre blir ofte pasienter som sliter psykisk synlig. Ifølge informanten utspiller enkelte pasienter seg i samfunnet på en uheldig måte som de ikke ville gjort hvis de var friske. De opplever at pasientenes valg som ikke alltid er gode. For pasienten kan det være vanskelig å rette opp dette i etterkant. Informantene forteller at de synes det er vanskelig å beskytte pasientene fra å eksponere seg ut i samfunnet og skjerme dem mot uheldige valg. Ifølge informanten blir denne pasientgruppen veldig synlig i bygdesamfunnet før de blir så dårlige og legges inn på tvang. Hvis systemet hadde funger slik at hvor helseapparatet kom tidligere inn slik at pasienten fikk hjelp til igjen å få kontroll over egen lidelse.

«Det er et lite samfunn her, der alle kjenner alle, det å klare å skaffe distanse er ikke så lett» (informant B)

«Når pasienter blir alvorlig syke kan de vise seg ut i samfunnet på en mindre tiltrekkende måte, både fysisk og psykisk. Selv om vi ønsker at pasienten bør skjermes kan vi bare oppfordre dem til å holde seg inn i egen leilighet. Det er vanskelig situasjon» (Informant D)

«Pasienter som mangler innsikt over eget sykdomsbilde. Pasienten evner å si at de ikke er syke. De kan ut i samfunnet ta valg som ikke gagnar dem. Valg de ikke ville gjort om de var med sine fulle fem. De er maniske, har samtykke kompetanse og kan takke nei til behandling.» (informant G)

Informantene beskriver at de synes taushetsplikt er vanskelig. Ikke egen taushetsplikt, men andre pasienter som oppholder seg på legestasjonen. Rommene er små og mye somatisk

utstyr. Informanten forteller at pasienten som kommer til legevakt kan være urolige og vandre rundt i korridoren. Pasienter kommer i følge med politi til legevakten. Informanten forteller at det ikke kan være lett for pasienten å komme inn på legevakt. I et lite samfunn kan det være kjente som sitter i venterommet eller helsepersonell som tar imot pasienten. Denne pasientgruppen kan oppleve stigmatisering i forhold til at det for andre blir synlig hva som feiler pasienten. Den somatiske pasienten kan sitte i venterommet uten at noen vet hvorfor pasienten er på legevakten. Informanten beskriver at det også er utfordrende der pasientene bor fast, de andre beboerne vil gjerne følge med på det som skjer i avdelingen.

«Det er vanskelig å skjerme disse pasienten. De blir gående rundt på legestasjonen. Jeg har opplevd at pasienter går inn på andres legers kontor mens de har pasienter. Vi vet at det er andre personer som ikke har taushetsplikt som befinner seg på venterommet. De kan dra hjem og fortelle hva de har sett.» (Informant F)

Også informanter som jobber på legevakt med samlokalisering med sykeavdelingen forteller at de synes det er vanskelig når urolig og utagerende pasienter går rundt i avdelingen. De kjenner ikke disse pasienten og føler på en usikkerhet på hvordan pasienten reagere på andre inneliggende pasienter. De har også ansvar for andre fastboende pasienter på avdelingen. Fastboende pasienter får ifølge informanten besøk og de vet ikke hva disse personene bringer ut av avdelingen.

«Føler på en usikkerhet når urolige pasienter vandrer rundt i avdelingen eller hvordan de reagere på andre inneliggende pasienter. Vi kan heller ikke kontrollere hva besøkende bringer ut av avdelingen.» (Informant C)

«Synes samlokalisering er en utfordring. Du har politi som sitter i gangen. Urolig pasienten venter på transport, hvor fastboende pasienter med deres besøkende blir vitne til dette.» (Informant B)

Hvis pasienten er motorisk urolig, byr dette på problemer ifølge informantene. Hvis de ikke har politiet til stede, har de ikke anledning å holde pasienten tilbake. Da må sykepleier prøve å overtale pasienten til å holde rommet og avdelingen. Hvis pasienten velger å forlate legevakten kan de ikke holde dem tilbake. Er det fare for liv og helse må politiet kontaktes slik at pasienten blir brakt tilbake til legevakt.

«Etter at vi hadde hjulpet en pasient på toaletter, begynte han å springe inne i avdelingen. Vi måtte overtale pasienten til å komme dra inn på rommet. Det var mye rop og skriking før vedkommende ble med inn på rommet igjen. Valgte å sitte der med pasienten til legen kom.»
(Informant A)

5.3 Endret lovverk, nye utfordringer

I september 2017 ble lov om psykisk helsevern endret til at pasientens rettsikkerhet og medbestemmelse, hvor målet med å strege inn kraven skulle bidra til forebygging av innleggelser ved bruk av tvang. Flere av informantene var ikke klar over at det var kommet ny endring av lovverket i psykisk helsevernloven. Informantene formidler at de opplever at det er vanskeligere å få innlagt pasienter som ønsker innleggelser. De opplever at pasienten kommer tilbake på et senere tidspunkt og er da dårligere psykisk.

Temaet i analysen er delt i 2 subgrupper; 1) pasientens beste og 2) vurdering av samtykkekompetanse. Hver subgruppe vil blir presentert og sitat fra informanten.

5.3.1 Pasientens beste

Når pasienter blir vurdert for tvangsinnleggelse må frivillighet være utprøvd først eller at det er uhensiktsmessig å prøve dette. Eller at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Flere av informantene sier at de synes det er vanskelig å få pasienter inn på tvang. Informanten formidler at de opplever at pasienter som legen har vurdert til tvangsinnleggelse, blir etter samtale med spesialisthelsetjenesten vurderingen endret. Eller at det ikke er plass til å ta imot pasienten. Frivillig innleggelser hos denne pasientgruppen beskriver informantene at de synes det enda vanskeligere å få disse pasientene innlagt. Ifølge noen av informantene er det ressurskrevende å få inn pasienter på frivillig. De bruker tid på pasientreiser, kan gå opp til 2 timer i vente kø. Når billetter er bestilt, har pasienten ombestemt seg og vil ikke dra likevel.

«Når det er innleggelser med tvang. Vi må utføre mange ledd i prosessen. Det er en evig rund dans. Opplever frivilliginnleggelse som ende verre.» (informant E)

En annen informant forteller at legen som ønsker pasient innlagt frivillig må selv ringe rundt til spesialisthelsetjenestens distriktpsikiatrisk senter, flere av disse opererer med 24 timers behandlingstid. Til slutt er det legen som blir stående med problemet.

«Pasienter som kommer inn på legevakt er veldig dårlige psykisk. Opplever at det er vanskelig å få pasienter innlagt når de selv ønsker dette, spesielt suicidal eller psykisk akutt veldig syke. Psykiatrisk nærsykehuset vurderer pasienten ikke syk nok. Distriktpsikiatriske senterne har ikke plass, psykiater eller ressurser til å ta imot. Tvang er også verbalt, når legen nekter pasienten å reise hjem på grunn av fare for liv og helse.» (Informant B)

Flere av informantene var usikre om de så en nedgang på tvangsinnleggelse. Noen av informantene mente det var lite eller ingen forskjell. Informanter som jobber på legevakt ved kveld, natt og helg mente det er nedgang i bruk av tvangsinnleggelse. De opplever at det er vanskelig å få inn pasienter som de anser som akutt dårlig psykisk helse. Personalet som jobber med pasienter i egne boliger opplever at de har nedgang i forhold til innleggelse med bruk av tvang. De forteller at avdelingen har jobbet med egne rutiner og gode rammer rundt pasienten. De har laget prosedyrer slik at pasienten i størst mulig grad forholder seg til fast personell, som jobber likt ovenfor pasienten. Dette mener de er med på å skape trygghet til pasientene slik at de bruker mindre innleggelse i spesialisthelsetjenestene.

«Vet ikke om det er mindre bruk av tvang. Det er tvang når du blir hentet inn av politi. Den er ganske uendret. Det at noen er tvangsmedisinert hos oss er det mange, veldig mange år siden jeg har opplevd på legevakt. Det er på vår avdeling kommet faglig bevissthet lenge før endring av psykisk helsevernloven. Jeg synes det er sjelden at vi har tvangssaker, heldigvis» (Informant G)

«Har liten erfaring før endringen, kan ikke si at det er en markant forskjell» (Informant F)

«Opplever at det er mindre bruk av tvang, enn tidligere» (Informant C)

«Melding legevakt. Pasienten skal legges inn på tvang. Politi og legevakt er på stede. Vi ser ikke pasienten. Antar at pasienten er blitt sendt direkte» (informant A)

Ifølge informantene hvor enn ser at det er en endring er at det etter endring av psykisk helsevernloven hvor strengere krav til vurdering av samtykke er at det er vanskeligere å få inn pasienter på frivillig innleggelse.

«Problemet er å få inn pasienter som har sykdomsinnsikt og som ønsker frivillig behandling. Når de blir dårligere og mister innsikt i egen sykdom ender det opp med tvang. Hvis

pasientene hadde kommet inn på et tidligere tidspunkt kunne tvang vært unngått.»

(Informant B)

5.3.2. Vurdering av samtykke kompetanse

Vurdering av samtykkekompetansen viser studiet at informanten har ulike erfaringer rundt vurderinger av samtykkekompetanse. Når pasienter blir lagt inn ved bruk av tvang mister de sitt samtykke kompetanse og muligheten for å medvirke til egen behandling. Informantene opplever pasienter som er psykotiske som er apatiske ikke er de som motsetter seg behandling. Ifølge informanten har de nok med å være i sin verden. I disse tilfellene er vurderinger lettere ifølge informantene. Pasienter som har utsatt andre for trusler eller er til fare for seg selv eller andre som gjør at samtykke ikke vurderes da det etter loven er nødverge og pasienten legges inn på tvang. Selv om de er fratatt samtykke kompetansen betyr ikke at de mister all sin rett til å ta enkelte avgjørelser ifølge funnet i studiet.

«Hvordan vi møter pasienten i denne situasjonen er viktig. Vi ønsker å beskytte dem mot seg selv. Når de ikke har kontroll og kan bestemme selv. Allikevel er det viktig at vi viser dem respekt og fremdeles spør. Enkelte ting kan pasientene fremdeles bestemme selv. Om de vil ha drikke og mat.» (Informant C)

Informant E forteller at hun opplever at samtykkekompetansen er blitt strengere ved at pasienter har mer brukermedvirkning. Når avdelingen har gått til det skrittet og vurdert at pasienten trenger tvangsinnleggelse, ringer spesialisthelsetjenesten til pasienten på TUD. Som nekter behandling eller kommer hjem etter kort tid fordi pasienten ikke vil være i behandling.

«Når pasienten er veldig syk og ikke klarer å ivareta seg selv på en god måte. Tenker jeg at vi må gripe inn og i en periode ta kontroll for pasienten.» (Informant E)

En informant forteller at pasienten ble opplevd som ikke dårlig nok, men fordi det var kommet trusler ble pasienten vurdert til fare for andre, og det bestemt at pasienten skulle legges inn for tvungen observasjon.

«Vi fikk inn melding om en pasient som hadde fremlagt trusler. Pasienten hadde selv gode forklaringer på hvorfor. Legen vurdert pasienten som fare for seg selv eller andre. Og vurdert

til at pasienten ikke ha samtykkekompetanse. Ble lagt inn på ved tvang. Pasienten mente selv at dette ikke var riktig. Ble senere av spesialisthelsetjenesten vurdert til å ha samtykkekompetanse og kunne selv velg om pasienten ønsket behandling» (Informant G)

En av informantene forteller at de opplevde pasienten som ble fratatt alle sine rettigheter når pasienten var utskrevet på TUD.

«Det ble bestemt at pasienten ikke fikk lov å røyke fordi pasienten ikke hadde samtykkekompetanse. Pasienten skulle heller ikke få røykeplaster. Vi valgte å gi pasienten røykeplaster da vi opplevde dette som uriktig» (Informant E)

6.0 Drøfting

I dette studiet gjennom intervju av sykepleiere ønsket jeg å se på hvilke utfordringer de møter mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse ved bruk av tvang i en liten kommune i Nord-Norge. Jeg har i forrige kapittel vist at informanten la vekt på følgende utfordringer i sin utøvelse av tvangsinnleggelse: «kunnskap, etiske aspekter og Endret lovverk, nye utfordringer. Ved utgangspunkt i tidligere forskning og oppgavens teori vil disse resultatene bli diskutert.

6.1 Kunnskap

Gjennom refleksjon over egen praksis, verdier og holdninger i situasjoner er med på å danne ny kunnskap og erfaringer i møte med pasienter som er alvorlig psykisk syk. I følge Skau (2017 s. 62) «*Hvordan din personlige kunnskap som yrkesutøver avgjør hvem du lar andre være i deres møte med deg.*» For å øke egen kompetanse vil rom for refleksjon over egen praksis kunne bidra til økt forståelse og læring. Refleksjonen kan skje alene eller sammen med andre kollegaer. Et resultat som kom frem i studiet var at Sykepleieren synes det er lite rom for debriefinger etter hendelser med tvangsinnleggelse. Årsaken til dette er at de ofte er alene som sykepleier på vakt, eller at tiden på avdelingen ikke strekker til da de må over på andre oppgaver. Forslag til bedring av dette kan være at det blir nedtegnet i deres

arbeidsoppgaver at debrifing skal gjøres i etterkant av tvangsinnleggelse og at det settes av tid i en travel hverdag på avdelingen.

6.1.1 Sykepleier mange roller

Funnene i studiet viser at sykepleieren har flere roller når de er på vakt. De skal ivareta pasienter som kommer inn på legevakt samtidig har sykepleierne ansvar for andre pasienter. De skal ut fra sin sykepleierfaglige kunnskap ivareta pasienten når de er vurdert til tvangsinnleggelse eller kommer inn for vurdering. Sykepleieren formidler gjennom intervjuene hvordan de opplever at deres rolle i møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir utfordret. Pasienter som kommer inn på legevakt opplever sykepleierne er veldig psykisk dårlige. Funnene i studiet viser at sykepleierne ønsker å møte pasienten med omsorg, trygghet, respekt og lindring i en vanskelig situasjon. For informanter som jobber i psykiatrien og TUD pasienter var det også en del av deres jobb å vurdere deres helsetilstand fortløpende. De kunne også være en som varslet om forverring der vurdering om tvangsinnleggelse vil bli resultatet. Interessante funn er at sykepleierne vil så tidlig som mulig se endringer hos pasienten slik at de kan få satt i gang tiltak for å forebygge psykisk forverring og tvangsinnleggelse.

Lauveng (2020) beskriver i sin bok om pasienter som har alvorlig psykiske lidelser er ofte urolig og redde. De kan være preget av psykoser, hallusinasjoner, paranoid og vrangforestilling. De trenger omsorg, støtte og trygghet fra personell som er rolige, kompetente, trygge og tålmodige. Resultatet i denne studiet viser hvordan sykepleierens roller er mangesidig og tempoet høyt. De har i tillegg til pasienter som kommer inn på legevakt også andre pasienter og oppgaver. For å bygge opp tillit til denne pasientgruppen krever det ro og tid. Sykepleierne på vakt har flere roller, hvis de er alene på vakt har de ikke tid til relasjonsbygging til pasienten. Deres oppgaver som sykepleiere er å lindre, gi omsorg, pleie, respekt og trygghet. Sykepleierne blir utfordret på det å utøve sin rolle ved tvangsinnleggelse. Psykiatrifaglige anbefalinger som er beskrevet av Lauveng er vanskelig å utføre da deres rolle på vakt også skal favne andre pasienter. Som vi skal se nedenfor opplever de også utfordringer i forhold til kunnskap og erfaringer med arbeid med pasienter med alvorlig psykiatriske diagnoser.

6.1.2 Varierende kompetanse innen psykisk helse

Funnene viser at sykepleierne opplever møte med denne pasientgruppen som utfordrende. Det å se at mennesker kan bli så syke i sinn og ikke i kroppen opplever de som fremmed og skremmende. Deres jobb på legevakt består ofte i mottak av somatisk syke mennesker hvor de ofte har tiltak som linder raskt. Samtale med pasienten med alvorlig psykisk lidelser synes de er vanskelig når pasienten er i psykosen. Et funn var at flere av informantene opplyser at selv mener de ikke har tilstrekkelig kompetanse i møte med pasienter innen alvorlig psykisk lidelse. Det kommer frem at de ønsker seg kompetanseheving i form av videreutdanning, kurs eller veiledning innen psykisk helsearbeid. Et funn viser at sykepleierne som jobber med pasienter på TUD opplever at deres faglige vurdering angående pasientens helsetilstand ikke blir tatt på alvor av behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten og kommunes leger.

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten må du på legevakt, kunne litt om et stort fagfelt. Deres jobb er å observere, kartlegge situasjon deretter sette i gang tiltak. Å møte pasienter som kommer inn ved alvorlige psykiske lidelser kan møte være krevende og utfordrende.

Mine informanter var i hovedsak sykepleiere med grunnutdanning som sykepleiere, de er også i kommunal helsetjeneste generalister. De kan litt om mye, men de fleste ga inntrykk av at de var mer trygge på å møte pasienter med somatiske lidelser. I møtet med psykisk syke som er i en akutt psykose følte de seg ikke tilstrekkelig kompetente. Dette er opplevelser som for eksempel også er satt lys på i riksrevisjonens (2016) vurdering. Her bemerkes det at kompetansebyggingen i kommunene ikke har vært god nok i forhold til de føringene som ble lagt i samhandlingsreformen. Særlig er dette en utfordring i forhold til psykiatrien. Teori på hvordan man best hjelper personer med alvorlige psykiatriske diagnoser som psykose legger vekt på tid, ro og relasjon. Lauveng (2020) legger også vekt på hvordan kompetansen i psykiatri må bygges over tid. Mine informanter beskriver dette dilemmaet godt når de viser til følelsen av usikkerhet på om de utfører sin rolle godt nok da de ikke føler at de har god nok kompetanse i psykiatri. Ut fra dette mener jeg det må settes fokus på å øke kompetansen, både med tanke på bedre kvalitet i møtet med psykisk syke i svært sårbare situasjoner som under tvangsinnleggelse. Trygghet i sin rolle som hjelper vil kunne økes med opplæring, økt

trygghet hos hjelperen vil også skape økt trygghet hos pasienten ifølge studiet til Ververda et al (2013).

Økt kompetanse vil muligens også skape bedre samarbeid med andre instanser. Som nevnt over opplevde mine informanter, særlig de som varslet om forverringer i psykiatriboligene at de ikke ble tatt helt på alvor når de kontaktet muligens er dette tegn på at det i spesialisthelsetjenesten ikke er trygge nok på at kompetansen i kommunen og dette bidra til svetter samarbeid.

6.1.3 Tverrfaglig samarbeid med andre instanser

Et resultat i denne studien var at kommunene tidligere hadde et prosjekt med psykiatrisk sykepleiere på legevakt. Dette prosjektet opplevde de som ekstra ressurs og trygghet for pasienten, men også personalet. Et funn i studiet viser at informantene hadde varierende opplevelse av samarbeid med politi. Det kom frem i en av intervjuene at sykepleieren mente hun kunne bli flinkere til å være bestemt når hun kontaktet politiet. Flere av informantene opplyste at de i dag syntes opplever at helsepersonell fra andre avdelinger kommer i tilfeller der pasientene er kjent. Til tross for samarbeid, ønsker de at det kunne blitt bedre.

Et interessant funn som fremkommer i studiet om samarbeid med spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som personavhengig for et godt samarbeid spesielt rundt pasienter på TUD. Informantene opplever at pasienter de melder inn som svært syke blir vurdert som friskere enn de selv vurderer. De opplever i slike situasjoner at samarbeid med dem da er litt vanskeligere da de føler at de ikke blir tatt helt på alvor.

Ved stortingsmelding 47 ønsker regjeringen at kommunen og spesialisthelsetjenesten skulle inngå samhandling avtale. Gjennom denne avtalen fikk kommunene nye arbeidsoppgaver og utfordringer. Det ble innført døgnbøter for inneliggende pasienter som var meldt ferdigbehandlet. Disse pasientene var kommunen pliktig til å ta imot for å unngå store ekstra utgifter. Gjennom samhandlingsreformen var kravet at kommunene skulle gi et helhetlig tilbud til pasienter i psykiatri. Gjennom opptrappingsplanen var målet at det skulle enn satse på økt faglig kompetanse i kommunene og bedre botilbud til denne pasientgruppen. Dette var det satt øremerkede tilbud for.

Prosjektet psykiatrisk sykepleier bakvakt på legevakt, (kalt pip) kan virke som et godt tilbud i denne kommunen. Pasienter som kom inn på legevakt med alvorlig psykiske lidelse, ble ved denne tjenesten møt med sykepleiere med fagkompetanse innen psykisk helse. Prosjektet var også med å øke kunnskap til sykepleierne som jobbet på legevakt og psykiatribolig gjennom faglige diskusjoner. Pip-tjenesten hadde kjennskap til pasienter, kunne følge dem oppover tid eller ved innleggelse. Sykepleieren fortalte at dette var en god kvalitet på tjenesten som ble gitt til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Målet med samhandlingsreformen var at en ønsket å gi pasienten et helhetlig behandlingstilbud i kommunen, pip prosjektet i kommunen et eksempel på dette. Prosjektet var ifølge funnene med på å trygge sykepleieren i møte med denne pasientgruppen.

Informantene vektla at de ønsket et bedre samarbeid med kommunens psykiatritjeneste. De opplever at det kommer helsepersonell fra andre avdelinger nå i større grad enn tidligere. Fordel med små kommuner er at helsepersonell vet om hverandre slik at det er lettere å spørre om hjelp, råd og veiledning hos hverandre. Fordel med samarbeidet er at helsepersonell sitter med forskjellige fagkunnskaper og erfaringer som de kan dele med hverandre hvor ny kunnskap blir til. Fordelen med samarbeid med kommunes psykiatritjeneste er at de ofte innehar kjennskap til pasientene fra tidligere samt fagkunnskap innen psykisk helsearbeid. Funnen i intervjuene viser til at det ofte er mot kveld, natt og helg at hendelser hvor pasienter med alvorlig psykisk lidelse kommer inn på legevakt. Pip prosjektet forsvant og ble ikke videreført da denne var finansiert av prosjektmidler. Dagens psykiatritjeneste i kommunen er en tjeneste kun på dagtid og det vil være vanskelig for sykepleierne å samarbeide med denne tjenesten når tvangsinnleggelse ofte skjer kveld, natt og helg. Mine informanter beskriver da at de i selve situasjonene har svært få med psykiatrikompetanse er tilgjengelig for samarbeid. De er avhengig av god tone med spesialisthelsetjenesten.

I rundskrivet om helsepersonell og politiets ansvar til pasienter ved psykiske lidelser er at politiet skal bringe pasienten til legevakt slik at pasienten får forsvarlig helsehjelp. Politiet har i sitt yrke lov å holde pasienten tilbake om nødvendig. Kommunehelsetjenesten har gjennom sin helseorganisasjon ikke mulighet til å holde pasienter uten samtykke kompetanse tilbake mot dens vilje. Politiet brukes til å holde ro og orden rundt pasienten med uønsket adferd slik at pasienten ikke skader seg selv. Ved tvangsinnleggelse er de med under transport. Dette for beskyttelse ovenfor pasienten og trygghet for personalets egen sikkerhet. Et av funnene i

studiet viser at sykepleierne opplever for egen sikkerhet at det er trygt med politiet tilsted, men at det for pasienten i enkelte tilfeller kan være vanskelig. Noen opplever at politiet kan virke fysisk drastiske. En av informantene reagerte på at urolig pasienten fremdeles ble holdt av politiet etter at pasienten var kommet innenfor legevakt. Hennes erfaring var at når pasienten fikk lagt seg ned på gulvet og helsepersonell fikk gitt nødvendig helsehjelp roet pasienten seg. Sykepleieren observerte situasjonen, lyttet, så og tolket pasientens signaler, og kunne utfra dette gi pasienten riktig behandling i situasjonen. Det at Ifølge Aarre (2018) er måten helsepersonell møter pasienter på med alvorlig psykisk lidelse avgjørende på hvor krenkende og nedverdiggende opplevelse blir for pasienten.

Som nevnt her er utøvelsen av tvang i kommunen noe kun politi kan utføre i en kommune. Informantene mine sier de opplever samarbeid med politiet er bra stort sett. Samtidige er dette noe de også opplever kan skape andre utfordringer nedenfor skal jeg se nærmere på dette.

6.2 Etiske aspekter

Som sykepleier i arbeid med alvorlig psykiske lidelser kommer en inn i mange forskjellige situasjoner som en må løse der og da. Etiske utfordringer kan være små og store i sykepleierens behandlingshverdag. I jobben som sykepleier skal du til enhver tid vurdere hva som er rett og galt i forhold til andres menneskers behov for behandling. Dette vil jeg belyser nærmere nedfor.

6.2.1 Vurdering og prosessen ved innleggelse

Intervjuene viser at det sykepleierens oppgave er å få kartlagt situasjonen slik at legen kan ta beslutning rundt behandling. Når meldingen kommer inn på kveld, natt og helg opplever informantene at det kan være vanskelig å få pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten. Informantene forteller at meldinger kommer plutselig, vanskelig å planlegge i vanlig drift og ikke tid å få inn ekstra ressurser til avdelingen. Resulterte viser at en av avdelingen har egen legevakts sykepleier som går på topp. Men at de ofte er alene på grunn av fravær i avdelingen ved sykdom, sykemeldinger. Rommene de har tilgjengelig er rigget for somatiske undersøkelser. De må da passe på at urolige pasienter ikke plukker og ødelegger utstyret. De prøver å hindre innsyn ved bruk av skjerm Brett. En avdeling forteller at de har egen inngang som deler korridor med legestasjonen som de kan benytte når pasienten kommer inn med

politi. Videre viser resultatet at når det er bestemt innleggelser kan dette ta tid. Informanten for teller at det organiseres at det er sivilt politi som kan følge pasienten til innleggelsen. Det må bestilles fly, enten ambulansfly via AMK eller flyreiser gjennom pasientreiser. De må også ordne personale som kan være med pasienten hvis reisen er ved rutenfly. Transport frem til flyet må organiseres.

Når pasienten kommer inn på legevakt er det sykepleiernes oppgave å kartlegge situasjonen ovenfor vakthavende lege. Det er legen som foretar undersøkelsen og vedtar videre behandling. Gjennom prosessen frem mot legens beslutning er det sykepleierens oppgave å ivareta pasienten. Brinckmann (2016) sier sykepleierens oppgave er å lytte, observere og formidle opplysninger som er viktig for legens vurderinger. I møte med pasienten skal sykepleieren ikke bare ta vare på det faglige, men også pasienten verdier om hva som er riktig eller galt i situasjonen. Christoffersen (1999) beskriver Løgstrups tanker om at det er under tillit vi utleverer oss og blir sårbare, vi legger vår tillit i andres hender i håp om at de gjør det rette.

Ut fra det informanten forteller er det vanskelig å skape denne tilliten til denne pasienten gruppen når de kommer inn på legevakt da rammevilkårene ikke er gode nok. De forteller at de ønsker å gi omsorg og beskytte. For å oppnå dette krever det tid. Lauveng (2020) at pasienter trenger tid, trygghet og omsorg for å selv kunne ta beslutning for behandlingsvalg. På legevakt er ikke rammen for tid inne. Hvis det er bestemt at pasienten skal legges inn er det sykepleierens jobb og ordne all logistikken rundt innleggelsen. Informanten forteller at det å være med å ta valg om tvang ikke er noe god følelse, da dette gjøres mot deres vilje. Norvall et al (2011) viser at personalet gir uttrykk at helsepersonell føler ubehag ved å være med i tvangssituasjoner. De ønsker å gi omsorg og beskytte pasienten, og at personalet føler at de ikke strekker til. Videre setter studiet søkelys på at personaler ønsker å gjøre tvangen så human og varsom som mulig. Noe som samsvarer med det informanten i studiet formidler.

I riksrevisjonen (2016) legger vekt på kommune skulle opprettet øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Formålet med dette var å avlaste sykehusene med innleggelser hvor behandling kunne utføres i kommunen. Undersøkelsen viser at dette døgntilbudet ikke brukes på den måten eller det omfanget i tråd med samhandlingsreformen. Sykepleierne i studiet formidler at kommunen har egen kommunal akutt døgnplass, kalt KAD. De opplever at det er vanskelig

å få pasienter lagt inn på KAD. De forteller at hvis sykeavdelingen har pasienter på sykestueplass kan de ikke ta inn pasienter på KAD. Videre forteller mine informanter at urolige pasienter er vanskelig å få lagt inn på KAD. Sykepleierne forteller at grunnen til dette er at de ikke har nok ressurser på vakt til å ivare ta denne pasientgruppen sammen med full avdeling. Riksrevisjonen (2016) peker på at det er mer avklarte ansvarsområder innen somatisk helse enn det er i psykisk helsevern: Etter samhandlingsreformen ble kommuner pålagt å ta imot utskrivningsklare pasienter. Undersøkelsen viser at flere kommuner opplever utskrevne pasienter som dårligere når de overføres fra sykehus. Dette kan ha en sammenheng med at det er begrenset antall senger og somatikkens pasienter må være innlagt på rehabilitering etter sykehusopphold. Slik det er i dag synes det som om mine informanter opplever at somatikken går foran psykiatriens pasienter. Muligens kunne dette vært unngått hvis det hadde vært «øremerket» KAD seng for psykiatriske pasienter.

Sykepleier forteller at de opplever at det tar tid når pasienter skal sendes av gårde ved bruk av tvang. De forteller at det kan ligge mange forskjellige utfordringer i en kommune der avstanden er stor. Hvis lokal politikk ikke har anledning til å følge pasienten, må politikk komme fra nærmere kommer som kan ta litt ventetid. De forteller også at det ikke alltid er enkelt å få pasienten av gårde med fly. Det er få avganger med rutefly. Hvis været er dårlig, kan det ta tid før ambulansedyet kan komme. Sykepleieren opplever at det er utfordrende å ha urolige pasienter som venter på transport. Informanten forteller at de ikke kan holde urolige pasienter tilbake, men at de prøver å overtale pasienten til å bli. Selv om tvang er bestemt kan ikke helsepersonell utføre tvangstiltak.

Er rammevilkårene som sykepleieren har å jobbe etter gode nok slik at de kan gi god sykepleie til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Disse områdene av utfordringer som mine informanter beskriver bør man nok forsøke å se nærmere på for å få bedre rammer for pasienter med alvorlig psykiske lidelser.

6.2.2 Skjerme pasienten i offentlig rom

Resultatet i studiet viser at det sykepleieren opplever at det er vanskelig hindre dårlige pasienter til å eksponere seg ute i samfunnet. De opplever at pasienten tar dårlige valg som pasienten ikke ville tatt dersom pasienten hadde sykdomsinnsikt og kontroll. Resultatet viser

at de synes det med taushetsplikt ovenfor denne pasientgruppen er vanskelig. De blir synlig i miljøet og ofte er de i følge med politiet. Informanten forteller at det kan oppleves krenkende, traumatisk og stigmatiserende.

Som sykepleier har de i sitt yrke taushetsplikt. Pasienter som oppsøker helsehjelp, skal være sikker på at informasjonen de gir ikke skal komme ut eller brukes i andre sammenheng. Sykepleierne opplever at det er vanskelig å overhode taushetsplikten. Utfra det informanten forteller at det er utfordring på grunn av lokalene å hindre informasjon går ut blir synlige i miljøet. De kan ikke kontrollere hva andre får med seg av informasjon rundt pasienter når de oppholder åpne venterom, sykeavdelingen med andre pasienter og besøkende. Videre forteller sykepleierne at det er vanskelig med pasienter som mangler sykdomsinnsikt og nekter tilbud om behandling. Helsedirektoratet (2020) pasienter som ikke har sykdomsinnsikt som følge av psykiske lidelse kan ha samtykkekompetanse, og har de rett å ta velg rundt egen behandling.

6.3 Endret lovverk, nye utfordringer

September 2017 kom det en endring i psykisk helsevernloven som gav pasienten med psykiske lidelse bedre medvirkning og rettsikkerhet rundt egen behandling. Vurderingen om samtykkekompetanse har skapt utfordringer i kommunene som jeg kommer til å ta for meg nedenfor.

6.3.1 Pasientens beste

Funnene viser at sykepleierne synes det er vanskelig å få lagt inn pasienter nå enn tidligere. De opplever at pasienter som er vurdert av legevakt bør legges inn på tvang blir vurdert annerledes av spesialisthelsetjenesten. Ved frivillig innleggelse krever det en del tid og ressurser, hvor legen må ta kontakt med distrikts psykiatriske senter for å høre om de har muligheter å ta inn pasienten. Informantene er usikker på om tvangsinnleggelse er gått ned i denne kommunen. Flere av mine informanter har jobbet kort tid på legevakt og forteller at de ikke har noe grunnlag for å utdype seg tvangsbruken er endret etter lovendringen. Deltagerne med lengere ansiennitet forteller at tvangsinnleggelsene i denne kommunen er uendret.

Etter lov om psykisk helsevern (1999) er det påbudt at pasienter skal undersøkes av lege før tvangsvedtak. Frivillig psykisk helsevern skal være utprøvd eller at det hensiktsløs og utprøve dette. Hvor det er mistanke om alvorlig psykisk sinnslidelse. Bruke av tvangsinnleggelse har i lang tid vært diskutert i helsevesenet, brukerorganisasjoner, politisk og juridisk. Norvoll et al (2011) viser i studiet at tvang er stort inngrep i et menneskeliv. Hvor funnet viser at pasienten opplever tvang som krenkende og traumatisk. Etter at lovendringen kom i psykisk helsevern loven, ble vurdering av samtykke kompetansen strengere. Dette for å sikre pasientens medvirkning og rettssikkerhet. Øvregård et al (2020) ser på kriteriene på tvangsinnleggelse fra 1848 frem til i dag, hvor det kommer frem at tvangsinnleggelse er svært alvorlige og inngripende hos mennesker. Men at det er også er viktig gjennom loven for mulighet til tvangsinnleggelse når det er helt nødvendig.

Sykepleierne forteller at de synes det er vanskelig å få pasienter som ønsker frivillig innleggelse. Ved tvangsinnleggelse opplever informanten at de for tilbakemelding om at pasienten ikke er dårlig nok for en innleggelse. I samhandlingsreformen (2012) var målet at pasienten skulle få et helhetlig tilbud i sine hjemkommuner. Kommunen ble pålagt utvidet oppfølgingsansvar, mer av behandlingene skulle skje i kommunen med spesialisthelsetjenesten som veiledere. Det skulle i samarbeid med helseforetakene lages avtaler om ansvar og hvem som gjør hva. Riksrevisjonen (2016) peker på at det er uklare ansvarsfordelinger mellom helseforetakene på hvilke oppgaver og ansvar skal foreligge hos kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som Aarre (2010) hevder at det ikke er pasientens beste at foretakene krangler om hvem som innehar skyld rundt pasienten behandling. Løvsletten et al (2020) kom det frem i deres studie at ikke alle kommuner var fornøyde med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Mens spesialisthelsetjenesten opplevde at de hadde en god oppfølging av pasientene på TUD ordningen etter gjeldene lovverk.

Riksrevisjonen (2016) viser at kommunene ikke har klart å bygge opp sin helhetlige helsetjeneste i takt med nedbygging av antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Videre viser riksrevisjonen at omstruktureringen av spesialisthelsetjeneste utgjorde at det i perioden fra 2010-2014 var 10 % av døgnplassene nedlagt. Ved nedbygging av spesialisthelsetjenesten blir antall tilgjengelige sengeplasser mindre, som øker belastningene på gjenstående avdelinger. Lauveng (2020) viser til at det i stortingsmeldingen 25 ble beskrevet at det var mangle på antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Allikevel ble det i opptrappingsplanen

ble det redusert med antall sengeplasser på døgnavdelingene i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er også blitt annerledes i spesialisthelsetjenesten under omstruktureringen hvor langtidsplasser ble omgjort til døgnplasser med kortere behandlingstid.

Når studiet viser at det er vanskeligere å få pasienter innlagt kan nedgang av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten være en årsak. Kapasiteten er sprengt hvor prioriteringer for hvilke pasienter som kan innlegges må gjøres med hard hånd. En fare ved dette kan slike situasjonen er i kommunen være at psykiatrispasienten ikke får nødvendig helsehjelp. En annen årsak til dette kan være at pasienter som selv søker helsehjelp, forstår at de trenger dette. Vil etter endringen i lov om psykisk helsevern vurdert til at de har samtykkekompetanse. Og kan ikke selv om pasienten selv ønsker dette legge inn med tvang. En pasient med alvorlig psykisk lidelser oppsøker legestasjoner ved at de tidligere har fått hjelp når symptomene blir verre. Når pasienten i psykosene er redd og paranoid for hva som kan skje, er det helsevesenet trygghet de oppsøker.

Endringene i psykisk helsevernloven er målet å minske bruken av tvang hvor en ønsker mer frivillig innleggelse ved styrkning av medvirkning fremfor tvang. Sykepleierne opplever at legevakt for tilbakemelding om at pasientene ikke er dårlig nok for behandling med tvangsinnleggelse. Dette opplever de som vanskelig og frustrerende. I samhandlingsreformen (2010) var hovedansvaret for rehabilitering lagt til kommunene. Lauveng (2020) peker på at kommunene er forskjellig i forhold til økonomi, tilgang på fagpersonell og størrelse. Aarre (2020) peker på at endringene i lovverket skaper motstridende meldinger hvordan tolke lovverket. Hvilke signaler sendes fra helsemyndighetene om tilbudet som skal utvikles.

Sett fra et økonomisk perspektiv er behandling i kommunene et billigere alternativ enn ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet som kommunen gav gjennom pip-tjenesten, var et etter samhandlingsreformen et tilbud til pasienten med alvorlig psykisk lidelse hvor de kunne få lavterskeltilbud som kom inn med tiltak og hjelp som ble gitt i hjemkommunen. Økonomisk var dette et billigere alternativ i helsevesenet. Etter prosjektperioden er rammene i kommuneøkonomien ikke tilstrekkelig til at prosjekter kan fortsette og tilbudet til denne pasientgruppen blir dårligere. Ved at pasienter når de søker helsehjelp etter akutt eller endring av psykisk lidelse ønsker innleggelse ved at ved manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Dette kan føre til at pasienten etter hvert blir dårligere psykisk og

tvinges til innleggelser ved bruk av tvang. Kunne dette vært unngått ved bedre samhandling samt utbygging av kommunale helsetjeneste tilbud, med sikte på et helhetlig tilbud der pasienten bor.

Resultatet i studier viser en usikkerhet på om tvangsinnleggelser ved legevakt er gått ned etter lovendringen. Sykepleierne med lang ansiennitet mener at det er blitt mer faglig fokus rundt bruk av tvang, men at de mener at tvangsbruken er uendret. Tall fra rapport (is-2888) om status etter 2017 viser at tallene gikk ned slutten av 2017 hadde en nedgang i tvangsinnleggelser. Tallene viser i 2018 at det er en økning og at tvangsinnleggelser ligger på samme nivå som før lovendringen. Noe som samsvarer med resultatet i studiet.

Norvall et al (2011) viser studiet at ved gode rammer og strukturer kan gi helsepersonell en annen forståelse av pasienten. Informantene som jobber i psykiatriboligen og med pasienter på TUD forteller de har hatt nedgang ved bruk av tvangsinnleggelser på deres pasienter. Sykepleierne forteller at de har jobbet over tid med pasientene og er blitt kjent med deres lidelse og symptomer. De kan komme tidligere inn og forebygge. Avdelingen har jobbet for at hver pasient skal følge opp av fast gruppe med kjent personell som alle jobber etter lik arbeidsform rundt pasientene. Endringen på rammer og hvordan personalet jobber skaper ro og trygghet rundt pasientene. Sykepleieren beskriver at de er mer trygge i møte med pasienten. Sykepleierne i boligene viser pasientene at de tørr å stå i situasjoner sammen med pasienten uten at de viker unna på grunn av redsel. Noe som er i tråd med endringen av psykisk helsevernloven hvor formålet var å begrense og forbygge bruken av tvang.

6.3.2 Vurdering av samtykkekompetansen

Funnene i studiet viser at helsepersonell har forskjellig erfaringer rundt vurderinger om samtykke. Studiet viser at sykepleieren ønsker at pasienten som har mistet sin samtykkekompetanse ved tvangsinnleggelser allikevel kan være delaktige ved å ta valg. Informantene opplever at vurderinger av pasientens helsesituasjon vurderes forskjellig av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tidligere forskning viser at samtykke kompetansevurderinger av pasienter med alvorlig psykiske lidelse kan være tidkrevende og vanskelig. Jacobsen (2017) viser til at til at det kan

være utfordrende å vurdere pasienter med alvorlig psykisk lidelse da den deres helsetilstand varierer fra time til time. Løvstetten et al (2020) viser at endringen i lovverket om strengere og nytt krav til samtykke utgjør utfordringer til riktig vurdering av samtykke. Pasienten kan virke samtykkekompetent den ene dagen, men ved et senere tidspunkt er denne endret. Endringen kan føre til at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp. Jeg har tidligere vist at det er i kommunes vaktordning der tvangsinnleggelses skal vurderes i liten grad har rammer for god tid og at flere av sykepleierne som jobber har manglende erfaringer og kompetanse innen psykiatri. Helsedirektoratet (2020) mener at pasienter som selv ber om helsehjelp, vil automatisk inneha samtykkekompetanse. Ved manglende sykdomsinnsikt kan pasienten fremdeles ha samtykkekompetanse. Tidligere var det enten/eller tenkning for vurderinger ved bruk av tvang, hvor gråsonetilfelle ble vurdert til at pasienten ikke manglet samtykkekompetanse. Sykepleieren i studiet forteller at mennesker de ser ikke klarer selv å ivareta deg selv, bør helsepersonell i en periode overta denne kontrollen slik at pasienten får hjelp til å gjenvinne kontroll over egen helsesituasjonen. Aarre (2018) mener at det er etisk riktig å ta over kontroll individet når pasienten mangler autonomi på grunn av psykiske lidelser og ikke er i stand å ivareta seg selv eller benytte seg av gjeldene helsetilbud. Sykepleieren i studiet viser at de er også bevisst over at pasienter som har mangler autonomi fremdeles kan være bidra i valg rundt andre områder som angår pasienten.

7.0 Avslutning

7.1 Oppsummering

Hensikten med studiet var å belyse problemstillingen; *Hvilke utfordringer møter sykepleierne ved bruk av tvang mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse i en liten kommune i Nord-Norge?»*

Resultatet viser at sykepleieren opplevde at endringen i psykisk helsevernloven har gjort at de synes det er vanskelig å få pasienter frivillig lagt inn i spesialisthelsetjenesten, noe som resulterer i at pasienten på et senere tidspunkt blir lagt inn ved bruk av tvang. Hvis pasienten hadde fått behandling på et tidligere tidspunkt kunne tvang vært unngått.

Studiet viser at refleksjon over egen praksis er viktig, men de savner rom til debrifing i arbeidsdagen til å kunne utøve dette. Dette fordi har flere roller og et høyt arbeidstempo. De erfarer ved rammene hvor de må dele seg opp i mange sprikende arbeidsoppgaver, lokaliteter

der skjerming av pasienter er både vanskelig med tanke på stigmatisering gjennom at de blottlegger seg i lokaliteter der andre pasienter og besøkende befinner seg.

Studiet viser også at sykepleierne reflekterer over egen kompetanse, om de har kompetanse nok i møte med personer med alvorlig psykisk lidelse. Allikevel viser resultatet at sykepleierne møter pasientene med ønske om å beskytte, omsorg og gi dem riktig behandling ut fra den kunnskap de innehar. De gir uttrykk for at det er både utfordringer og skremmende, at gjennom erfaringer opplever hva som nytter og ikke fungerer.

Studiet viser at flere opplever at samarbeid med andre instanser kunne bli bedre og med en felles forståelse på hvordan en vurderer samtykkekompetanse. Tanken er at bedre samarbeid og en mer lik forståelse mellom kommune- og spesialisthelsetjenestens vurderinger i større av samtykkekompetanse i større grad vil sikre pasienter med alvorlig psykisk lidelse god og nødvendig helsehjelp.

7.2 Metodekritikk

Ved å sette et kritisk blikk på studiens metode vært at elementet ved valg av utvalg ha betydning. Ved at utvalget hadde vært presentert fra flere kommuner fremfor en kommune. Også det å velge kommuner enn selv ikke har tilknytting til vil kan styrke resultatet i studiet. Ved å se på sykepleiernes erfaringer i flere kommuner kunne styrke og løfte resultatet fra flere forskjellige synsvinkler rundt utfordringen sykepleierne møter rundt tema om tvang.

Det å forske i eget felt kan gi studiet både fordeler og ulemper. Fordelen er at forsker har fagkunnskap og kjennskap til feltet det studeres i. Bakdelen er at forsker gjennom egen forforståelse kan overse andre resultater enn de en forventer. Slik at viktig funn mistes. Det har under prosessen vært viktig å ta noen steg tilbake i egen forforståelse, ved å se funn i studiet med nøytrale øyner. Krogh (2014) fremhever at forforståelsen ligger i bakgrunn for enhver forståelse. Deltagerne i studiet har delt sin erfaring om utfordringene de møter gjennom sin jobb og bruk av tvang. Ved at jeg gikk inn i dette studiet med en annen forforståelse ser jeg at denne har endret seg i prosessen. Olsson et al (2003) fremhever at forforståelse vil endre seg i prosessen, men at det er viktig at forskeren er bevisst at dette ikke overskygger resultater og funn. Forforståelse kan også bidra ved at forskerens tar sin erfaring

med inn i tolkningen av resultatet, egen erfaring som igjen er med på å skape ny kunnskap gjennom teori, tolkning og refleksjoner over resultater. Nye spørsmål og refleksjoner gjennom prosessen i forskningen og masteroppgaven har gitt forskeren et annet syn på tvang ovenfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

7.3 Videre forskning

Studiet viser at sykepleierne møter på flere utfordringer til pasienter med alvorlig psykiske lidelser ved bruk av tvangsinnleggelse. Studiet kan ikke fastsette om tvangen i denne kommunen er gått ned etter endring av lovverket. Det hadde vært spennende og forsket videre på dette opp mot rammeverket til kommunen og samhandling reformen.

Sykepleierne formidler at de synes de kommer til kort i behandling av denne pasientgruppen. De gir uttrykk for faglig ståsted med fokus å møte pasienten med respekt, tålmodighet og omsorg Samtidig er rammene rundt arbeidet de gjør ikke tilrettelagt i en hektisk arbeidsdag hvor flere avdelinger er samlokalisert. Det ville sånn sett vært interessant å gå nærmere inn på organisasjonen av tjenesten med alvorlig psykisk lidelse i kommunehelsetjenesten.

Referanseliste

- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern, utvikling i perioden 2013-2017* (IS 2812 IS 2812). HelseDirektoratet: HelseDirektoratet.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- brukerrettighetsloven, P. o. (1999). *Lov om pasient og brukerrettighet* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-63>
- Christoffersen, S. A. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet : innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg. Metode og oppgaveskriving). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Nasjonale forskningsetiske, k. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
- Helsedepartementet, S.-o. (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld.nr. 25, bd. nr 25 (1996-97)). Oslo: Departementet.
- HelseDirektoratet. (2020). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsevernloven, P. (1999). *Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3
- Hummelvoll, J. K. (1992). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Jacobsen, G. W. (2017). Den besværlige tvangen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 10.4045/tidsskr.17.1018
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Loem, G. F. (2014). *Psykisk helse : forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Løvsletten, M., Lossius Husum, T., Haug, E. & Granerud, A. (2020). Cooperation in the mental health treatment of patients with outpatient commitment. *SAGE open medicine*, 8, 205031212092641. 10.1177/2050312120926410
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Norvoll, R. & Tonje Lossius, H. (2011). *Som natt og dag?:* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver* (Forskningsprosessen kvalitative og kvantitative perspektiv). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling-på rett sted-til rett tid* (St.meld. nr.47 (2008.2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

- omsorgstjenesteloven, H. o. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- politidirektoratet, H. o. (2012). *Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke- oppgaver og samarbeid* (2012/007 IS-5/2012). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenesten-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid>
- Ragnild Bremmnes, H. S. (2020). *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringen i 2017* (IS-2888). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonenes undersøkelse av ressurtutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen* (dokument 3:5 (2015-2016)). Hentet fra www.riksrevisjonen.no
- Riley, H. (2016). *When Coercion Moves into Your Home : A Study of Outpatient Commitment in Northern Norway*: UiT Norges arktiske universitet.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ververda, J., Kornkåsa, A., Kløw Bjørntvedt, E. & Melby Egrem, L. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. *Tidsskriftet sykepleien*, 101(6), 52-55. 10.4220/sykepleiens.2013.0055
- Østenstad, B. H. (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforl.
- Øvregard, M.-T. D. S. & Lie, A. K. (2020). Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 10.4045/tidsskr.19.0057
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Forespørsmål om deltagelse i forskningsprosjektet!

Erfaringer ved bruk av tvang i innleggelsesprosessen.

Vil med dette spørre om du ønsker å delta i forskningsprosjektet i sykepleierens erfaringer ved bruk av tvang i innleggelsesprosessen til personer med alvorlig psykisk lidelse. Videre i brevet finner du informasjon om prosjektet og hva dette vil innebære for deg om du deltar i studiet. Studiet er en del av masteroppgave innen psykisk helse ved universitet i Tromsø, avdeling helsefag.

Bakgrunn og formål;

Hensikten med studiet er å få frem sykepleiernes erfaring i møte med personer med alvorlig psykisk lidelse hvor innleggelse med bruk av tvang er bestemt. Hvilke utfordringer møter sykepleierne i denne prosessen i en distriktskommune i Finnmark. I studiet er det ønskelig å intervju 4-6 sykepleiere med erfaringer som sykepleier på legevakt eller annen type jobb innen psykisk helse som omfatter arbeid med personer med alvorlig psykiske lidelser. Ønsker til prosjektet finne sykepleiere som gjennom sitt arbeid møter denne problematikken. Studien er en del av besvarelsen i masterutdanningen innen psykisk helse.

Hvem er ansvarlig for studiet?

UIT Norges arktiske universitet. Det helsevitenskapelig fakultet, Institutt for helse og omsorg, masterstudieretning psykisk helse er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta og hvorfor or du spørsmålet?

Etter at vi tok kontakt med administrasjonen i helse og omsorg på mail. Fikk vi tillatelse til å utføre studiet i denne kommunen. Deretter ble avdelingslederne på de forskjellige avdelingene kontaktet og forespurt. Lederne har deretter plukket ut og forespurt de aktuelle kandidater til intervjuet. Årsaken til at du blir forespurt om deltagelse er fordi du er ansatt i kommunen med autorisasjon og innehar den kompetansen studie etterspør. Forespørselen vil komme fra din leder, deretter vil jeg ta kontakt med deg dersom du samtykker til å delta i studiet.

Deltagelsen i studiet innebærer at du deltar på intervju med spørsmål rundt dine erfaringer og opplevelser i møte med personer som med alvorlig psykisk lidelse og bruk av tvang. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Deretter vil den bli lastet opp på en kryptert minnepenn. Etter intervjuet vil samtalen skrevet ut som anonymisert tekst. Deltagelsen i prosjektet vil ikke utfordre din taushetsplikt.

Personvern;

All data som blir samlet inn vil være anonymisert, og vil bli behandlet i tråd med personvernregler. Intervjuet vil bli lastet ned på minnebrikke med egen pin kode som bare jeg som masterstudent har tilgang til. Minnebrikken vil bli oppbevart i et låsbart skap og utilgjengelig for uvedkommende. All datainformasjon i studiet vil bli behandlet uten fødselsnummer, navn eller annet som kan identifisere deg. Det vil være en nummerkode som jeg som masterstudent kan identifisere deg med. Om du under studiet ønsker å trekke ditt samtykke kan jeg finne tilbake til din datainformasjon via nummerkoden. Opplysninger du gir skal bare brukes til masterbesvarelse. Når besvarelsen er ferdig vil den bli tilgjengelig, men alle opplysningene som er gitt er anonymisert og vil ikke kunne spores tilbake til deg. Når prosjektet avsluttes i juni 2020 vil all personopplysning og lydopptak bli slettet.

Frivillig deltagelse;

Etter at du har mottatt dette brevet og samtykker vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tid til intervjuet. Er du i tvil kan mere informasjon om prosjektet gis før du bestemmer deg om du ønsker å delta. Selv om du svarer ja til å delta, kan samtykke trekkes tilbake om du skulle endre mening i deltagelsen. Er det spørsmål du ikke ønsker å svare på i intervjuet er dette også i orden. Du kan også avbryte intervjuet underveis dersom du ikke ønsker å fortsette. Deltagelsen i studiet er frivillig og du kan trekke deg så lenge studiet pågår uten at du må oppgi grunn til dette. Om du skulle trekke deg fra studiet vil all innsamlet data fra deg bli slettet.

Dine rettigheter?

Under studiet har du rett til innsyn i opplysninger som er registrert på deg. Du har også rett til å få rettet opplysninger om deg. Få utlevert kopi av dine personopplysninger. Slettet personopplysninger om deg. Du har rett til å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandling rundt dine personopplysninger. All opplysning om deg er basert fra ditt samtykke. NSD- Norsk senter for forskningsdata AS har på oppdrag fra UIT Norges arktiske universitet i Tromsø, vurdert behandling av personopplysningen i dette prosjektet i samsvar med personvernreglene.

Hvis du har spørsmål om studiet eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter kan du ta kontakt med;

UIT Norges arktiske universitet

Professor Gunn Pettersen (Prosjektansvarlig)

e-post; gunn.pettersen@uit.no

Telefon; 77660669

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

e-post personverntjenester@nsd.no

Telefon; 55582117

Personvernombudet ved UIT Norges Arktiske universitet:

e-post personvernombudet@uit.no

telefon: 77646322 eller 97691578

Med vennlig hilsen

Vibeke Bjørkli Olsen (Masterstudent)

Epost; vol013@uit.no

Telefon; 41587354

Gunn Pettersen - Prosjektansvarlig

(Veileder)

Vedlegg 2 Samtykke

Samtykke til deltakelse i studiene.

Informanten har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien «Sykepleierens utfordring i møte med pasienter og bruk av tvang i psykisk helsevern»

Samtykket kan trekkes tilbake uten at du må oppgi grunn til dette.

Jeg er villig til å delta i intervjustudien.

Dato:

Navn: (Blokkbokstaver)

.....

Signatur

Ved spørsmål om studiet kan disse rettes til Vibeke Bjørkli Olsen, masterstudent psykisk helse universitet i Tromsø, tlf 41587354.

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide, deltagere.

Briefing:

- Hensikt
- Intervjuets form og varighet
- Taushetsplikt og anonymisering
- Båndopptaker
- Noen spørsmål for intervjuet starter? (det er også mulig å stille spørsmål og ta pauser underveis)
- Kort om utdannelsesbakgrunn

<p>Erfaringer med å være sykepleier i innleggelses prosessen når tvang er bestemt</p>	<p>Hvilke forventninger har du til din rolle som sykepleier?</p> <p>Hvilke erfaringer har du i situasjoner der tvang er brukt?</p> <p>Hvordan tenker du pasientene opplever innleggelse med tvang første gang og etter gjentatte innleggelser?</p>
--	--

	<p>Ser du endringer ved bruk av tvangsinnleggelser for og etter lovendringen psykisk helsevern 01.09.17?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens psykiske helse? • Mer, mindre bruk av tvangsinnleggelser? • Brukermedvirkning • Samtykke <p>Hvilke utfordringer møter du ved innleggelsen ved bruk av tvang?</p> <p>Hvordan etiske aspekter ser du i prosessen denne prosessen?</p> <p>Som avslutning:</p> <p>Er det noe mer du ønsker å formidle rundt temaet</p>
Intervjudata	Utdanning
Kjønn	Alder

Oppfølgingsspørsmål;

Kan du si fortelle mer om dette?

Hvordan eksempler har du på dette?

Vedlegg 4 NSD vurdering

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tvang eller en menneskerett å være syk?

Referansenummer

827116

Registrert

24.10.2019 av Vibeke bjørkli Olsen - vol013@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn.Pettersen, gunn.pettersen@uit.no, tlf: 77666069

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Gunn Pettersen, gunn.pettersen@uit.no, tlf: 77666096

Prosjektperiode

01.11.2019 - 02.11.2020

Status

26.05.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

26.05.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 25.5.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 26.5.2020. Behandlingen kan fortsette. Endringen innebærer en forlengelse av prosjektperioden til 30.11.2020. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

11.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 11.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 13.06.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av

personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)