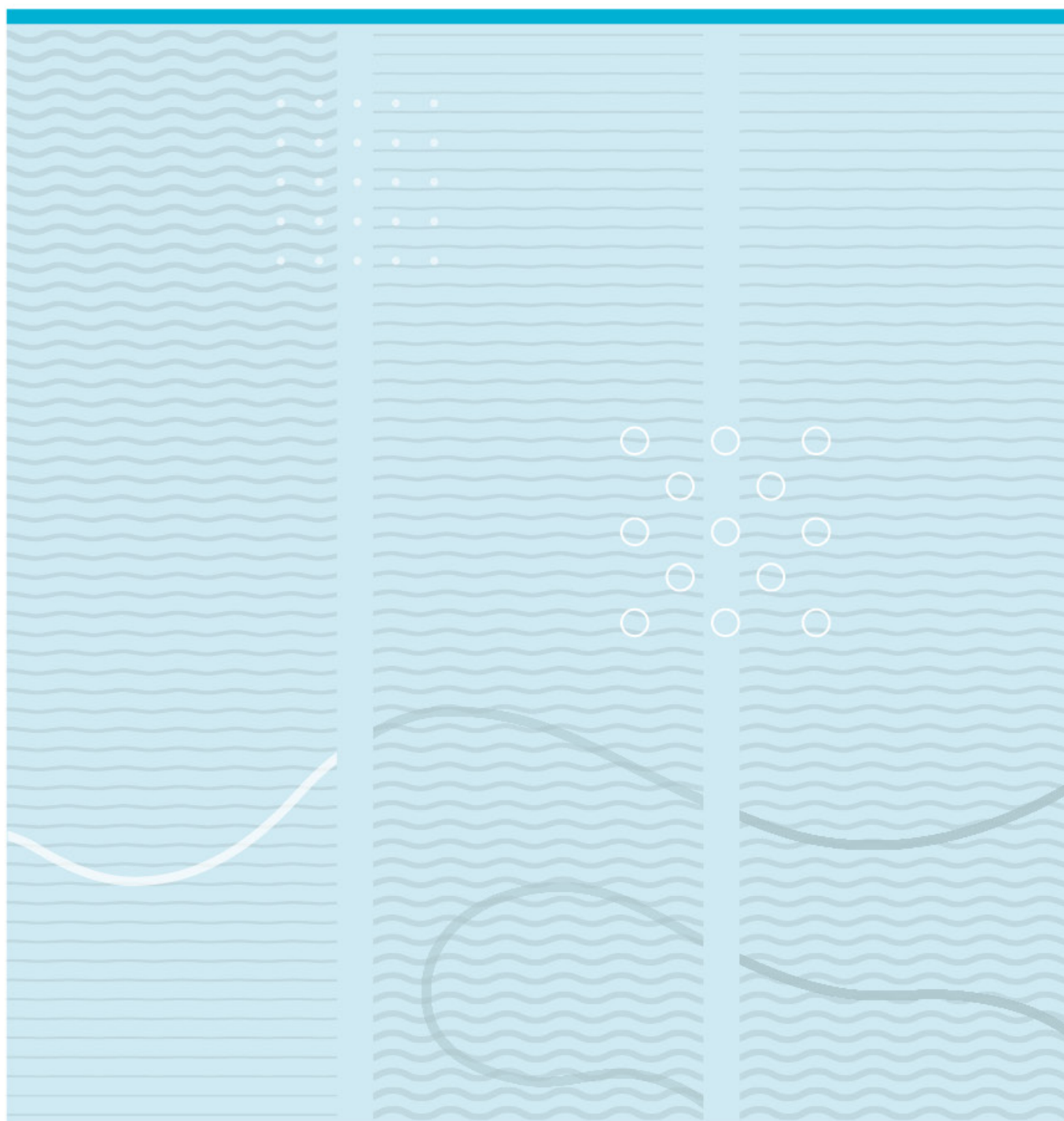


Elise Novum

Uformell tvang i psykisk helsevern

En kvalitativ studie om ansatte i psykisk helsevern sine erfaringer med uformell tvang.

Antall ord: 19028



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Elise Novum

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Det er ønskelig at psykiske helsetjenester i størst mulig grad er basert på frivillighet, og minst mulig bruk av tvang. Samtidig har det de siste årene vært en gradvis økning i bruk av tvang innen de psykiske helsetjenestene. Bruk av uformell tvang er i en gråsoner for hva som er lovlig praksis. Bruk av uformell tvang skaper dilemmaer både for ansatte og pasienter innen psykisk helsevern.

Formål: Formålet med studien er å bidra med kunnskap om hva uformell tvang kan innebære i psykisk helsevern. Det vil også være relevant i hvilke situasjoner uformell tvang er aktuelt. Studiens problemstilling er: «*Hvordan forstår og beskriver ansatte i psykisk helsevern uformell tvang?*».

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk hermeneutisk forankring. Data ble innsamlet med fokusgruppeintervju, og fire deltakere deltok. Deltakerne i studien er ansatte ved en DPS, og de er rekruttert via deres leder. For å analysere datamaterialet har jeg brukt refleksiv tematisk analyse slik den er beskrevet av Braun & Clarke (2022).

Resultat: Resultatene i denne studien viser at uformell tvang er mer enn det deltakerne er bevisst på, og oppstår i flere ulike situasjoner. Det dreier seg om medisiner, permisjoner, personlig hygiene og begrensninger på avdelingen. Studien viser at deltakerne ikke bruker betegnelsen uformell tvang, men heller beskriver at de presser, motiverer, anbefaler og kommer med henstillinger ovenfor pasienter. Ubalansen i relasjonen mellom deltakerne og pasientene viste seg å ha stor betydning for samarbeidet.

Konklusjon: Uformell tvang er aktuelt innen psykisk helsevern og ved DPS. Bruk av uformell tvang oppstår i mange situasjoner ved DPS. Deltakerne bruker uformell tvang fordi de anser det som nødvendig, som en hjelp og fordi rutinene og begrensningene ved avdelingen setter deltakerne i en posisjon der de opplever at de må fortelle pasientene hva de skal gjøre.

Abstract

Background: It is desirable that mental health services have minimal use of coercion. At the same time, in recent years there has been a gradual increase in the use of coercion within mental health services. The use of informal coercion is in a grey area for what is legal practice. The use of informal coercion creates dilemmas for both employees and patients in mental health care.

Purpose: The aim of the study was to contribute knowledge about what informal coercion may involve in mental healthcare. It was also interesting in which situations informal coercion was relevant. The study's research questions are: *"How does employees in mental healthcare understand and describe informal coercion?"*.

Method: The study has a qualitative research design with a phenomenological hermeneutic approach. Data was collected with focus group interviews, and four participants participated. The participants in this study are employees at DPS and was recruited via their manager. The data was analyzed by using reflexive thematic analysis as described by Braun & Clarke (2022).

Results: The result in this study shows that informal coercion is more than the participants are aware of and occurs in several different situations. It's about medication, personal hygiene and restrictions in the ward. The study shows that the participants does not use the term informal coercion, but rather that they use terms as pressure, motivate and make recommendation to patients. The imbalance in the relation between the participants and the patients turns out to be important for the cooperation.

Conclusion: Informal coercion is relevant in mental healthcare, and at DPS. Use of informal coercion occurs in many different situations at DPS. The participants use informal coercion because they consider it necessary, as an aid and because the routines and limitations of the ward put the participants in a position where they must tell the patients what to do.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.3 Sentrale begreper	10
1.4 Oppgavens oppbygging	11
1.5 Tidligere forskning	11
1.5.1 Litteratursøk	11
1.6 Kunnskapsoppsummering.....	13
1.6.1 Norske studier	13
1.6.2 Internasjonale studier	15
1.6.3 Oppsummering	17
2 Teoretisk referanseramme	19
2.1 Tvang og makt i psykiske helsetjenester	19
2.2 Makt som motstand	21
2.3 Makt og sosial kontroll	21
2.4 Makt som avmakt.....	22
2.5 Makt og brukermedvirkning	23
2.6 Hierarki av behandlingspress	23
3 Metoder	28
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	28
3.1.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.....	28
3.1.2 Kvalitativ metode	29
3.2 Datainnsamling.....	30
3.2.1 Kvalitativt intervju som metode.....	30
3.2.2 Intervjuguide	31
3.2.3 Studiens kontekst	31
3.2.4 Utvalg og rekruttering	32

3.2.5	Gjennomføring av intervjuet	33
3.3	Analyseprosessen	34
3.3.1	Tematisk analyse	34
3.3.2	Bli kjent med datasettene	35
3.3.3	Koding	36
3.3.4	Utforme innledende temaer	36
3.3.5	Utvikle og evaluere tema.....	36
3.3.6	Videreutvikle, definere og navngi tema	37
3.3.7	Skrive opp funnene.....	37
3.4	Forskningsetikk	39
3.5	Forforståelse	40
4	Resultater	42
4.1	Mer enn det vi vet og tror	42
4.2	Ubalansen i relasjonen mellom ansatte og pasienter	45
4.3	Rutiner og begrensninger ved avdelingen	52
5	Diskusjon	57
5.1	Brukermedvirkning og maktulikhet.....	57
5.2	Miljøterapeutiske tiltak og press.....	59
5.3	Avmakt og utfordrende situasjoner	61
5.4	Husregler og sosial kontroll	64
5.5	Studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet	65
6	Konklusjon	68
	Referanser	70
	Oversikt over tabeller og vedlegg	75
	Tabell 1: Søkelogg	75
	Tabell 2: Utvelgelse av litteratur.....	75
	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	77
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	79
	Vedlegg 3: Intervjuguide	82

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på to år som student ved Universitetet i Sørøst-Norge og master i samfunn og helse, studieretning psykisk helse og rusarbeid. Det har vært to spennende år hvor jeg har møtt hyggelige mennesker, dyktige forelesere og lært mye spennende. Det er mange som fortjener en stor takk.

Jeg vil først si tusen takk til veilederen min, Knut Tore Sælør. Du har vært en god støtte for meg gjennom denne prosessen. Jeg har satt stor pris på dine tilbakemeldinger, faglig innspill og møter vi har hatt det siste halvåret.

Takk til alle deltakerne som har bidratt til denne studien. Uten deres innspill, erfaringer og deltakelse hadde det ikke blitt noe masteroppgave. Jeg setter pris på at dere ønsket å delta, og at det var mulig å gjennomføre intervju i en travel arbeidshverdag på DPS.

Til slutt ønsker jeg å takke mine nærmeste for støtten gjennom de siste fem årene som student, og i arbeid med denne masteroppgaven. Det har vært fint å kunne diskutere fag, bekymringer og gleder med dere i denne prosessen.

Elverum, 13.05.2023

Elise Novum

1 Innledning

Det er estimert at mellom 30 og 50 prosent av den voksne norske befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 9). Årlig tilsvarer det at mellom 16-22 prosent har en psykisk lidelse i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 20). Psykiske lidelser defineres i dag som en av de største folkehelseutfordringene i samfunnet (Kogstad, 2021, s. 13). Begrepet psykiske lidelser blir brukt når kriteriene for en bestemt diagnose er oppfylt, en person kan likevel kjenne på psykiske plager uten at det foreligger en bestemt diagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 9).

Frivillighet og samarbeid skal være et viktig prinsipp innen psykiske helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 32). Det er et ønske om at psykiske helsetjenestene i størst mulig grad er basert på frivillighet (Helsedirektoratet, 2021, s. 5). Bruk av tvang er allikevel en stor utfordring i psykiske helsetjenester, og regjeringen har et mål om at tvangsbruk skal reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 32). Tvangsbruk kan forebygges ved å tilby gode tilrettelagte tjenester, som FACT-team, lavterskeltilbud, kriseplan eller tilgjengelige tilbud i kommunene (Helsedirektoratet, 2014, s. 62). Tall fra Helsedirektoratet viser at det har vært en gradvis økning i antall tvangsmiddelvedtak i perioden 2015-2021 fra 10.339 til 18.766 ulike vedtak (Helsedirektoratet, u.å.). Innen psykisk helsevern innebærer tvangsbruk ulike handlinger som tvangsmedisinering, innleggelse på tvang eller bruk av tvangsmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 32). Det er variasjon mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i faglig kunnskap og praksis når det gjelder bruk av tvang, noe som kan føre til feilbehandling av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 29). Det brukes for mye tvang der det ikke er til fordel for pasientene, og det kan ha en negativ innvirkning på samarbeidet mellom pasienten og helsetjenesten. I tillegg er tvang et alvorlig inngrep i menneskers liv, og kan bidra til traumatiske opplevelser hos den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 32; Lauveng, 2020, s. 297).

Det skilles mellom ulike former for tvang, og det deles blant annet inn i formell, uformell og opplevd tvang (Husum et al., 2017, s. 191; Pedersen, 2020, s. 95). Denne studien tar for seg den uformelle tvangen i psykisk helsevern. Uformell tvang kan

defineres som «*tvang uten hjemmel i lov og tvang som ikke kan dokumenteres*» (Pedersen, 2020, s. 95). Uformell tvang havner ofte i en gråsoner for hva som er lovlig praksis (Lauveng & Skuterud, 2021, s. 72). I faglitteratur blir blant annet begreper som skjult tvang og gråsonetvang benyttet, men uformell tvang er det begrepet som oftest går igjen for å beskrive tvang uten hjemmel i lov og tvang som ikke kan dokumenteres (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2017, s. 18). Uformell tvang kan oppstå i situasjoner der pasienten ikke opplever valgmuligheter, føler seg presset eller manipulert. Uformell tvang kan også være handlinger der det ikke blir tatt hensyn til pasientens ønske, pårørende eller restriksjoner på avdelingen (Husum et al., 2017, s. 196). Utøvelse av uformell tvang kan påvirkes av den enkeltes ansattes holdninger, og det kan være store variasjoner på en arbeidsplass (Husum et al., 2017, s. 196).

Psykisk helsevern i Norge er en del av spesialisthelsetjenesten og tilbyr behandling og undersøkelse av mennesker med ulike psykiske lidelser. Et av tilbudene innen psykisk helsevern er distriktpsikiatriske sentre (DPS). DPS består av døgntilbud, poliklinikk og akutt-team. DPS har ansvar for generelle tilbud innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (Ramsland, 2020, s. 477).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne masteroppgaven er en del av master i samfunn og helse, studieretning psykisk helse og rusarbeid. De siste årene har jeg jobbet på en døgnavdeling ved en DPS (distriktpsikiatrisk senter). Pasientene ved denne avdelingen er innlagt etter §2-1 i psykisk helsevernlov (Psykisk helsevernloven, 1999, §2-1). Dette betyr at innleggelsen og behandlingen er basert på frivillighet. Dette er i tråd med helsedirektoratets anbefaling om at psykiske helsetjenester i størst mulig grad er basert på frivillighet (Helsedirektoratet, 2021, s. 5).

Gjennom arbeid på DPS opplever jeg at pasientene har noe medvirkning i sin behandling. Allikevel er det situasjoner der pasientene ikke har valgmuligheter, og det oppstår situasjoner jeg mener kan minne om uformell tvang. Det kan dreie seg om medisiner, låste dører og restriksjoner i forhold til permisjoner.

Erfaringene jeg har fått gjennom arbeid på DPS har vekket en interesse for uformell tvang, og er en viktig motivasjon inn i arbeidet med denne studien. Tvangsforskning har i sin forskningsplan beskrevet at det er nødvendig med mer forskning om hva uformell tvang kan innebære (Tvangsforskning, u.å., s.6).

Hensikten med denne studien er å bidra med mer kunnskap om uformell tvang. Ansatte i psykisk helsevern har gjennom fokusgruppeintervju delt sine beskrivelser og erfaringer med uformell tvang. Målet er at det kan bli mer bevisstgjøring rundt daglige utfordringer, som kan minne om uformell tvang. I tillegg er det positivt hvis uformell tvang kan bli et tema som diskuteres på arbeidsplassen, slik at det kan bidra til en bevisstgjøring hos ansatte, og en bedret opplevelse for pasientene.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Masteroppgavens problemstilling er følgende:

«Hvordan forstår og beskriver ansatte i psykisk helsevern uformell tvang?»

Ut fra problemstillingen har jeg kommet fram til følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstår ansatte i psykisk helsevern begrepet uformell tvang?
2. Hvordan beskriver de ansatte begrepet uformell tvang med utgangspunkt i sin kliniske hverdag?

1.3 Sentrale begreper

Uformell tvang blir definert som «*tvang uten hjemmel i lov eller tvang som ikke kan dokumenteres*» (Pedersen, 2020, s. 95). Andre begreper som skjult tvang og gråsonetvang blir også brukt i litteraturen for å beskrive uformell tvang. Jeg har valgt å benytte begrepet uformell tvang, fremfor skjult eller gråsonetvang fordi det finnes en klar definisjon av begrepet.

Psykisk helsevern blir beskrevet i psykisk helsevernlov §1-2 som «spesialisthelsetjenestenes undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykiske lidelse, samt den pleie og omsorg det krever» (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2).

1.4 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven er skrevet som en monografi og er delt inn i 6 kapitler. Første kapittel består av innledning, bakgrunn for valg av tema og hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, sentrale begreper, litteratursøk og tidligere forskning. Andre kapittel tar for seg oppgavens teoretiske referanseramme. Tredje kapittel tar for seg studiens metode. Her blir studien vitenskapeteoretiske forankring, datainnsamling, analyseprosessen og forskningsetikk beskrevet. I kapittel fire blir studienes resultater presentert. I kapittel fem blir studiens resultater diskutert. I tillegg blir studiens pålitelighet, troverdighet og overførbarhet diskutert i dette kapitlet. I kapittel seks er oppgavens konklusjon.

1.5 Tidligere forskning

1.5.1 Litteratursøk

I forbindelse med prosjektbeskrivelsen jeg skrev til masteroppgaven gjennomførte jeg høsten 2022 flere litteratursøk. Dette for å få en oversikt over eksisterende litteratur på feltet. I arbeid med denne studien gjennomførte jeg våren 2023 nye litteratursøk, med de samme søkeordene for å se etter nyere og relevant litteratur. I prosessen med litteratursøk var det mulig å endre studiens problemstilling, slik at studien kan bidra med ny og relevant kunnskap til feltet.

Litteratursøkene ble gjennomført i databasene Oria og EBSCOhost. I løpet av prosessen med litteratursøk fikk jeg veiledning av en bibliotekar ved universitetet i Sørøst-Norge. Dette for å sikre at kvaliteten på søkene var god.

Jeg søkte etter litteratur på både norsk og engelsk, samt studier som var gjennomført i Norge og internasjonalt. Jeg benyttet blant annet disse søkeordene i ulike kombinasjoner: tvang, psykisk helse, uformell tvang, coercion, informal coercion, mental health, psychiatry, attitude og ethics. Se tabell 1 og 2 for fullstendig oversikt over søkene. Jeg avgrenset søket til å kun gjelde fagfelleverderte artikler, for å sikre at kvaliteten i de utvalgte artiklene er vurdert.

For å identifisere relevant litteratur ble resultatene av litteratursøkene systematisk gjennomgått. Jeg startet med å lese tittel og abstrakt. Deretter plukket jeg ut relevante artikler som ble grundigere gjennomlest, hvor noen studier ble inkludert, og andre ekskludert. Studiene jeg inkluderte er gjennomført i kommunale psykiske helsetjenester eller psykisk helsevern. Felles for studiene som er inkludert er at de tar for seg etiske utfordringer, holdninger eller utfordringer knyttet til tvang eller uformell tvang. Felles for studiene som ble ekskludert var at de ikke var gjennomført i psykisk helsevern eller kommunale psykiske helsetjenester, hadde manglende kvaliteter, og var ikke relevant i forhold til denne studiens problemstilling.

Blant artiklene jeg identifiserte i litteratursøkene fant jeg flere artikler som tar for seg tvangsbruk i psykisk helsevern og kommunale psykiske helsetjenester, både i Norge og internasjonalt. Jeg har valgt å inkludere tre studier fra Norge og norske forhold, og fire internasjonale studier. Organisering og gjennomføring av de psykiske helsetjenestene er annerledes i andre land enn Norge (Helsedirektoratet, 2015, s. 8). Det er heller ingen internasjonal enighet om hvordan tvang skal defineres eller måles, da dette bestemmes av nasjonale lover og regler (Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Jeg har allikevel vurdert at de internasjonale studiene jeg inkluderer i denne kunnskapsoppsummering er relevante for å belyse ulike perspektiver på tvang, uformell tvang og etiske utfordringer i arbeid med mennesker med psykiske lidelser.

De utvalgte artiklene danner grunnlag for studiens kunnskapsoppsummering (Aasland et al., 2018; Elmer et al., 2018; Husum et al., 2018; Karlsen et al., 2018; Klingemann et al., 2022; Pelto-Piri et al., 2019; Valenti et al., 2015).

1.6 Kunnskapsoppsummering

1.6.1 Norske studier

Studien til Husum et al. (2018) ser på helsepersonells erfaringer med etiske utfordringer, tvang og krenkelser innen psykiske helsetjenester. Studien baserer seg på en kvantitativ spørreundersøkelse, og en kvalitativ analyse av kortere tekster. For å få beskrivelse av hva respondentene fant etisk utfordrende i arbeidet relatert til tvang inneholdt spørreskjemaet et åpent spørsmål (Husum et al., 2018, s. 98-101).

«Beskriv ved hjelp av egne ord ett eller flere eksempler på situasjoner i ditt arbeid der du mener at bruk av tvang (formell eller uformell) er etisk problematisk» (Husum et al., 2018, s. 101).

Informantene i studien har mange og varierte erfaringer knyttet til etiske utfordringer relatert til tvangsbruk i psykisk helsevern. Hovedtemaet *andre former for restriksjoner* er særlig relevant for studien min. Situasjoner der det ikke foreligger formelle tvangsvedtak blir beskrevet som press, manipulasjoner, trusler og overtalelser. Disse hendelsene blir beskrevet som uformell tvang, og informantene beskriver at det oppleves etisk utfordrende. I tillegg er det variasjon i personalgruppen, som gjør bruken av uformell tvang ekstra utfordrende fordi det ikke blir diskutert og reflektert rundt (Husum et al., 2018, s. 104).

Studien viser at tvangsbruk reiser mange etiske utfordringer i psykiske helsetjenester, og at de ansatte oppgir at det er etisk problematisk å bruke tvang. Hele 77 prosent av informantene oppgir at de synes det blir brukt for mye tvang. Usikkerhet knyttet til egen praksis og uformell tvang er sentralt. Utformingen av tjenestene, ulik praksis og lav formell utdanning hos ansatte er en bekymring. Samtidig ser det ut til at åpenhet rundt etiske utfordringer kan være med på å avdekke uheldig praksis (Husum et al., 2018, s. 108-110).

I perioden 2007-2015 ble prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» gjennomført, hvor målet var å styrke den etiske kompetansen i helse-, sosial- og

omsorgstjenestene i kommunene. Karlsen et al. (2018) ser med sin studie på hvilke saker de ansatte drøftet i etikkrefleksjonen (Karlsen et al., 2018, s. 22-23).

Gjennom fokusgruppeintervju drøftet de ansatte flere etiske utfordringer som var vanskelige å mestre. Her kommer det fram at tvang er utfordrende, i tillegg til samarbeid med pårørende og ressursmangel. En økt etikkompetanse kommer både ansatte og brukere til gode. Økt kompetanse bidrar til trygghet og åpenhet, og en økt forståelse for hverandre. De ansatte står ovenfor mange etiske utfordringer, og en mulighet for å diskutere disse etiske utfordringene sees på som positivt (Karlsen et al., 2018, s. 24-30).

Bruk av tvang ovenfor mennesker med psykiske lidelser ble drøftet av de ansatte i fokusgruppeintervjuene. Enkelte mente at det var mer tvangsbruk nå enn tidligere, og at det fortsatt forekom tvangsbruk. Flere situasjoner der det ble brukt lirking og luring opplevde de ansatte at det var etisk utfordrende. Balansegangen mellom hva som var best for de ansatte og pasienten var utfordrende. De beskriver det som en gråsoner, der de prøver å overtale pasienten, til tross for at de har sagt nei. I tilfeller der ansatte benyttet tvang var det i beste mening, og i en tro på at det var til det beste for pasienten (Karlsen et al., 2018, s. 27-31).

Aasland et al. (2018) har gjennomført en landsdekkende undersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern i Norge, for å undersøke mulige årsaker til den ulike praksisen som blir brukt. Bakgrunnen for undersøkelsen var et behov for mer kunnskap om hvordan en kan redusere tvang og uformell tvang i psykisk helsevern i Norge (Aasland et al., 2018, s. 106).

Spørreskjemaet inneholdt seks ulike situasjoner, med tilhørende svaralternativer. «*Velfungerende pasient med schizofreni nekter å ta medisiner*» er blant situasjonene i undersøkelsen. Hele 52 prosent av respondentene svarte at de ville avvete, og heller prøvd å overtale pasienten til å ta medisinen senere. Kun 1,2 prosent av respondentene ville latt pasienten bestemt selv (Aasland et al., 2018, s. 109).

Bruk av tvang reiser flere etiske utfordringer. Studien viser at flertallet av respondentene foretrekker handlinger som er ulovlige. Det ser ut til at individuelle meninger og variasjon på arbeidsplasser ofte overstyrer lovverket i forhold til bruk av tvang (Aasland et al., 2018, s. 109-112).

1.6.2 Internasjonale studier

Valenti et al. (2015) sin studie ser på ansatte i psykisk helse sine holdninger og opplevelser med bruk av uformell tvang. Studien inkluderer informanter fra ti forskjellige land. Canada, Chile, Kroatia, Tyskland, Italia, Mexico, Norge, Spania, Sverige og Storbritannia er representert i studien. Fokusgrupper ble benyttet for å samle data (Valenti et al., 2015, s. 1297).

Informantene i studien har mange og varierte opplevelser med uformell tvang. Flertallet av informantene mener at bruk av uformell tvang er effektivt. Episoder informantene mener uformell tvang er effektivt er knyttet til medisiner, ernæring og permisjoner. Til tross for at informantene mener at uformell tvang er effektivt, oppgir flere at bruk av uformell tvang er etisk utfordrende. Funnene viser at ansatte ofte bruker uformell tvang mer i praksis, enn de føler er riktig i prinsippet. Informantene beskrev bruken av uformell tvang nødvendig, selv om de opplever det uetisk (Valenti et al., 2015, s. 1300-1306).

En svensk studie har gjennom fokusgruppeintervju undersøkt hvordan ansatte i psykisk helse beskriver og reflekterer rundt ulike former for uformell tvang. For å forstå resultatene benyttet de Szmulik & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress (Pelto-Piri et al., 2019, s. 1).

Overtalelser blir beskrevet som mye brukt av informantene i studien. Enkelte informanter mener derimot at overtalelser ikke er en form for uformell tvang, men heller forhandlinger. Det er ikke alltid overtalelser fungerer, og da beskriver informantene at de er nødt til å true pasientene. Dette er ofte i situasjoner som handler om medisiner. Uformell tvang blir også beskrevet som å henvise til regler og rutiner ved den aktuelle avdelingen. Bruken av tvang reiser flere etiske utfordringer, og er

utfordrende for de ansatte. Det er også utfordrende for pasientene som ikke har den autonomien, og rett til å bestemme selv (Pelto-Piri et al., 2019, s. 2-4).

Uformell tvang er en ofte brukt form for kommunikasjon blant ansatte i psykisk helse for å påvirke utfallet av behandling. Elmer et al. (2018) undersøker med sin studie holdninger og ulike former for uformell tvang blant ansatte i psykisk helse i Tyskland og Sveits (Elmer et al., 2018, s. 400).

Studien påpeker at uformell tvang har vært en del av psykiatrien i mange år. Det kommer fram at en bevisst bruk av uformell tvang er viktig. Et grunnleggende prinsipp er at de samme etiske vurderingene som blir tatt ved formell tvang, burde også bli tatt ved uformell tvang. Den uformelle tvangen kan ha en negativ effekt på den terapeutiske relasjonen mellom pasient og ansatt, særlig hvis en pasient føler seg presset til noe en selv ikke ønsker. Eksempler som blir gitt på uformell tvang er medisiner. Dersom pasienten tar medisinen, så unngår de tvangsmedisinering. Det blir også beskrevet andre goder, som en tur på butikken hvis de tar medisiner. Informantene i studien beskriver at de bevisst bruker uformell tvang, for å forhindre å bruke formelle tvangsvedtak (Elmer et al., 2018, s. 401-406).

En studie gjennomført i Italia, Polen og Storbritannia har sett på ulike former for behandlingspress som legges på pasienter, både fra ansatte og pårørende under innleggelse på psykiatriske sykehus. Bakgrunnen for studien er at det de siste årene har vært mye fokus på tvang i psykiske helsetjenester. Samtidig har det vært lite fokus på pasienter som er frivillig innlagt, men allikevel har erfart høy grad av opplevd tvang. Studien baserer seg på kvalitative intervjuer med pasienter og forfatterne anvender Szmulik & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress for å forstå resultatene (Klingemann et al., 2022, s. 457-458).

Resultatene i studien indikerer at det kan være tre former for uformell tvang: *trusler, noen andres valg og vold*. Uformell tvang i form av trusler forekommer. Funnene i studien viser at trusler enten kommer ansatte eller pårørende. Ansatte bruker ofte uformell tvang fordi de har flere muligheter til å påvirke pasienten. Noen andres valg blir beskrevet som uformell tvang fordi pasienten mister sin autonomi, og muligheten til

å ta valg for seg selv. Den siste formen for uformell tvang er vold. Her blir også pasientenes autonomi fratatt, og det blir beskrevet at pasienter blir fraktet til behandling mot sin vilje enten av familiemedlemmer eller politiet (Klingemann et al., 2022, s. 460-461).

I denne studien blir uformell tvang beskrevet som en praksis for å presse pasienter til behandling ved å true, få dem til å tro at de ikke har noe valg, og ta fra dem makt til selvstendig beslutninger. Andre og mildere handlinger som overtalelser, råd og veiledning i forhold til behandling blir i denne studien beskrevet som behandlingspress, og ikke uformell tvang. Studien beskriver at behandlingspress ikke fratår pasientenes autonomi, som ved uformell tvang (Klingemann et al., 2022, s. 461-462).

1.6.3 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen tydeliggjør at tvang reiser flere etiske utfordringer innen psykiske helsetjenester. Studiene indikerer at det er utfordrende for ansatte å skille mellom tvang, uformell tvang og grensesetting. Det blir beskrevet flere utfordrende situasjoner, der det blir tatt valg som de ansatte vet ikke er til det beste for pasientene. Tilfeller der tvang bevisst blir brukt for å oppnå noe blir beskrevet. Uformell tvang blir bevisst brukt, og skaper etiske utfordringer for ansatte. Det er ulike beskrivelser av hva uformell tvang innebærer, som manipulasjon, lirking, luring og press (Aasland et al., 2018, s. 109-112; Elmer et al., 2018, s. 401-406; Husum et al., 2018, s. 108-110; Karlsen et al., 2018, s. 24-31; Klingemann et al., 2022, s. 460-462; Pelto-Piri et al., 2019, s. 2-4; Valenti et al., 2015, s. 1300-1306).

Funn i studiene viser at åpenhet rundt etiske dilemmaer kan være verdifullt for en god praksis. Det å sette ord på utfordrende situasjoner, kunne diskutere utfordringer med kollegaer og ha en åpenhet rundt etiske dilemmaer er viktig (Husum et al., 2018, s. 108-110; Karlsen et al., 2018, s. 24-30).

Flere av studiene gir implikasjoner for videre forskning. Blant annet er det behov for mer forskning på uformell tvang. Dette gjelder bruken av uformell tvang, samt hvordan god kommunikasjon kan bidra til å redusere uformell tvang. Lokale variasjoner i

tvangsbruk bidrar til at det er behov for ytterligere forskning om bruk av uformell tvang (Aasland et al., 2022, s. 111; Elmer et al., 2018, s. 405; Peltó-Piri et al., 2019, s. 3; Valenti et al., 2015, s. 1307). Studiene sine implikasjoner for videre forskning samsvarer med innholdet i tvangsforskning sin forskningsplan for 2020-2025. Her presenteres det at det er behov for mer forskning om uformell tvang, og hva uformell tvang kan innebærer (Tvangsforskning, u.å., s.6).

2 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet blir oppgavens teoretiske referanseramme presentert. Det teoretiske rammeverket er valgt ut fordi det anses som relevant i forhold til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I etterkant av den induktive analysen av datamaterialet var det særlig noen temaer som virket relevant for å belyse funnene i studien. Litteratur om makt anses relevant for å bedre forstå ubalansen i relasjonen mellom deltakerne og pasientene, samtidig som det belyser noen av utfordringene knyttet til uformell tvang. I tillegg blir et hierarki av behandlingspress presentert (Szmukler & Appelbaum, 2008). Hierarkiet av behandlingspress er relevant for å definere ulike former for press, og se det i sammenheng med uformell tvang og deltakernes erfaringer. Litteraturgjennomgangen viser at flere av studiene anvender Szmukler & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress for å forstå sine resultater knyttet til uformell tvang (Klingemann et al., 2022; Peltó-Piri et al., 2019).

2.1 Tvang og makt i psykiske helsetjenester

For å forstå makt i relasjon til psykiske helsetjenestene er det nødvendig å redegjøre for tvang i denne konteksten. Det er viktig å se bruk av makt og tvang i sammenheng fordi begge har potensiale til å krenke pasienten (Aarre, 2018, s. 139). Ansatte har en annen posisjon i forhold til pasienten, og dette påvirker både maktulikheten og muligheten for at pasienten føler seg krenket (Hem et al., 2017, s. 210).

Bruk av tvang anses som kontroversielt og er potensielt skadelig for pasienten, og ikke minst relasjonen mellom de ansatte og pasientene. I tillegg er det et uttrykt ønske fra myndighetene og fagfeltet med mer frivillighet innen de psykiske helsetjenestene (Hatling, 2013, s. 243-244). Hatling (2013) beskriver at tvang er et vidt og flertydig begrep. Tvang blir gjerne ansett som et kontinuum, hvor det er glidende overganger mellom frivillighet og tvang (Hatling, 2013, s. 252-253). Pedersen (2020) skiller mellom formell, uformell og opplevd tvang. Den formelle tvangen er regulert gjennom psykisk helsevernlov, men den uformelle tvangen er tvangsaspekter som grensesetting eller husregler og som ikke er regulert i psykisk helsevernlov, men allikevel forekommer ofte i

de psykiske helsetjenestene. Den opplevde tvangen omhandler det pasienten opplever som tvang eller ikke og kan både ha utgangspunkt i den formelle og uformelle tvangen (Pedersen, 2020, s. 94-96). Hem & Gonzalez (2020) beskriver at bruk av tvang noen ganger kan anses som nødvendig for å komme i posisjon til å hjelpe pasienten. I slike tilfeller anses tvang som noe som bidrar til å ansvarliggjøre pasienten, samtidig en mulighet og plikt til å hjelpe pasienten. Forfatterne understreker at det er viktig å være reflektert over bruken av tvang (Hem & Gonzalez, 2020, s. 87-88). Det å reflektere over bruk av den uformelle tvangen vil også være relevant i psykisk helsevern ved DPS, der pasientene er frivillig innlagt. Det kan være aktuelt i situasjoner som omhandler personlig hygiene, medisiner og permisjoner. Det finnes mange situasjoner der pasientene kan ha andre ønsker enn de ansatte, og det blir en balansegang mellom frivillighet og formell eller uformell tvang.

Makt og sosial kontroll inngår som en naturlig del av samfunnet, inkludert de psykiske helsetjenestene. Det finnes mange ulike måter å forstå begrepet makt på, og det er heller ingen enighet i hvordan makt skal defineres. Øye & Norvoll (2013) bruker Max Weber sin beskrivelse av makt: *«ett eller flere mennesker sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand»* (Øye & Norvoll, 2013, s. 75). Denne forståelsen av makt kjennetegnes med at den som besitter makten har mulighet til å begrense den andres makt eller valgmuligheter. Blir maktutøvelsen for stor, vil den andre oppleve at en ikke har noen valgmuligheter (Øye & Norvoll, 2013, s. 75-76). Makt er særlig relevant innen de psykiske helsetjenestene der makten i utgangspunktet er asymmetrisk i relasjonen mellom de overmektige ansatte og avmektige pasienter (Aarre, 2018, s. 139). Det at ansatte i psykisk helsevern har mulighet til å utøve makt og tvang ovenfor pasienter har innvirkning på relasjonen mellom ansatte og pasienter (Øye & Norvoll, 2013, s. 73). Makten kan være strukturelt til stede, fordi tjenestene er organisert på en måte som gjør at det er en forskjell mellom makten som de ansatte og pasientene har (Øye & Norvoll, 2013, s. 76).

2.2 Makt som motstand

Makt som motstand er en del av maktrelasjonen mellom ansatte og pasienter i psykiske helsetjenester (Øye & Norvoll, 2013, s. 79). Øye (2018) anvender Foucaults tenkning om sublim tvangsformer for å forstå makt som motstand. Ifølge Øye (2018) innebærer Foucault sin tenkning at frihet må regnes som en forutsetning for utøvelsen av makt. For å kunne beskrive noe som makt, så må det finnes en måte å komme seg unna på. Er det ingen mulighet for pasientene å komme unna på vil det regnes som tvang og ikke makt (Øye, 2018, s. 102-103). Med Foucault sin tenkning om sublim tvangsformer og forståelse av makt betyr det at innen psykisk helsevern hvor pasientene er frivillig innlagt, så kan pasientene allikevel oppleve situasjoner som tvang fordi det i realiteten ikke er andre valgmuligheter. Det kan eksempelvis være aktuelt dersom en pasient ønsker å forlate avdelingen, men ikke får lov til det. Da regnes det som tvang, og ikke makt.

2.3 Makt og sosial kontroll

Sosial kontroll er knyttet til sosial orden og har til hensikt å begrense ulike former for atferd (Øye & Norvoll, 2013, s. 77). Sosial kontroll er også en viktig del av forståelsen av makt. Innen de psykiske helsetjenestene handler sosial kontroll om maktutøvelsen ovenfor personer med psykiske lidelser. Sosial kontroll er ofte rettet mot regulering av avvikende atferd hos personer med ulike psykiske lidelser. Den sosiale kontrollen vil bli brukt av de ansatte ved å grensesette og iverksette ulike miljøtiltak og for å få pasientene til å endre atferd til det vi anser som normal sosial atferd (Øye & Norvoll, 2013, s. 77). Innen psykisk helsevern kan dette for eksempel være at ansatte grensesetter, korrigerer eller henviser til husreglene ovenfor de innlagte pasientene. Sosial kontroll er relevant i denne studien for å forstå deltakerens handlinger, og se det i sammenheng med uformell tvang.

Når det er snakk om makt og sosial kontroll sammen blir ofte begrepet maktens dualitet benyttet. Dualiteten blir tydelig i kontrasten mellom makt som krenkende eller skadelig og makt som myndiggjøring eller det å handle når det er nødvendig. Det har både

positive og negative sider. Det betyr at makten både kan være mulighetsskapende og produserende på den ene siden, og innsnevrende og hemmende på den andre siden (Øye & Norvoll, 2013, s. 74). Øye & Norvoll (2013) beskriver at når makten er produserende, så vil det ha en positiv effekt på den psykiske helsen. Det kommer til uttrykk ved at det bidrar positivt med å bedre levekår, redusere avmakt, fremme mestring og medvirkning. Innenfor de psykiske helsetjenestene kan makten være positiv og produserende ved at pasienten opplever trygghet og får muligheten til å bruke ressursene sine. Når makten på den andre siden er hemmende og negativ vil pasienten kunne oppleve begrensning i frihet og autonomi (Øye & Norvoll, 2013, s. 75).

2.4 Makt som avmakt

Det er som nevnt både positive og negative sider ved makt, og avmakt vil oftest oppleves negativt. Avmakt blir beskrevet med at den som er avmektig, ofte en pasient, ikke har mulighet til å komme ut av situasjoner som oppleves ubehagelige eller krevende (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Det å føle avmakt har sammenheng med følelser som aggresjon, frykt og skam. Ofte er tilbaketrekning vanlig når pasienter opplever avmakt. Selvskading er et eksempel på pasienters måte å uttrykke opplevd avmakt på (Øye & Norvoll, 2013, s. 81).

Det å være den som har makten innebærer å kunne ta frie selvstendige valg. Pasienter i psykiske helsetjenestene innehar ikke den samme makten som de ansatte. Måten de ansatte utøver makten på har betydning for relasjonen mellom de ansatte og pasientene. Det grunnleggende maktforholdet og ulikheten mellom de ansatte og pasienter vil alltid være til stede. De ansatte kan derimot være bevisst på å utøve makten på en respektfull måte ovenfor pasienten, slik at det ikke er til mer skade for pasienten enn nødvendig. Pasienter kan uansett oppleve avmakt fordi de ikke har hatt innflytelse på beslutninger (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Det kan være beslutninger som angår pasienten, uten at vedkommende har vært involvert i beslutningen. Slike beslutninger innen psykisk helsevern kan dreie seg om medisiner, permisjoner eller utskrivelse.

2.5 Makt og brukermedvirkning

Brukermedvirkning er lovfestet og handler om at pasienter og brukere har rett til å påvirke sin behandling. Brukermedvirkningen skal gjelde i gjennomføringen av helsetjenester på kommunalt nivå, og i spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Betegnelsen *bruker* blir ofte brukt i kommunal sammenheng, men i spesialisthelsetjenesten er det snakk om *pasienter*. Felles for rollen som bruker og pasient innebærer det å kunne ta frie valg og handle på selvstendig grunnlag. Som innlagt pasient i psykisk helsevern har en ikke de samme valgmulighetene til å fritt velge ulike behandlingsmuligheter (Øye & Norvoll, 2013, s. 94-95). Brukermedvirkning og selvstendige valg blir i denne studien drøftet opp mot studiens kontekst, der pasientene er frivillige innlagt ved en DPS.

Det er en målsetning at mennesker med psykiske lidelser skal ta større ansvar for sin egen psykiske helse. Denne målsetningen fjerner ikke maktforholdet i relasjonen mellom ansatte og pasienten, men det muliggjør at pasienten får ta mer ansvar over valg som angår en selv. Brukermedvirkning vil derfor bidra til å utfordre maktrelasjonen mellom ansatte og pasienter, hvor pasientene kanskje vil oppleve mer frihet i valg som angår en selv (Øye & Norvoll, 2013, s. 95-96).

2.6 Hierarki av behandlingspress

Szmukler & Appelbaum (2008) har utarbeidet et hierarki av behandlingspress for å kunne definere hovedformene for press som pasienter blir utsatt for i psykisk helsevern (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 233). Begrepet behandlingspress blir brukt for å beskrive handlinger som har til hensikt å få pasienter til å ta imot tilbud om behandling, ofte mot sin egen vilje. Det kan blant annet handle om medisinerings, deltakelse i ulike former for aktiviteter eller behandling, eller andre former samarbeid mellom pasienten og den ansatte (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 234). Hierarkiet av behandlingspress anses som relevant for å forstå deltakerne i denne studien sine erfaringer knyttet til bruk av uformell tvang.

Begrepet press blir ofte brukt synonymt med tvang. Press oppstår i komplekse samspill mellom pasienter og ansatte. Det finnes ulike nivåer av behandlingspress. Det er eksempelvis forskjell fra overtalelse om å delta på aktiviteter til trusler om å ringe politiet hvis du ikke gjør som den ansatte sier (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 234). Hierarkiet av behandlingspress går fra 1-5, der nivå en representerer den minst problematiske formen for behandlingspress. Nivåene inkluderer (1) overtalelse, (2) mellommenneskelige innflytelse, (3) tilskyndelser, (4) trusler og (5) tvunget behandling (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 234). De ulike nivåene av behandlingspress i hierarkiet blir nå presentert.

Overtalelse

Det første steget i hierarkiet av behandlingspress er overtalelse, og det anses som den minst problematiske formen for press. I situasjoner hvor overtalelse blir brukt appelleres det til det som beskrives som fornuften og det gjøres vurderinger av hva som kan anses som riktig å gjøre. Overtalelse foregår i samspill mellom pasienter og ansatte. Det kan dreie seg om at en pasient ønsker å slutte med medisiner eller ønsker å reise på permisjon. Ofte blir det diskutert fordeler og ulemper med saken, og pasientens ønske blir respektert (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235).

Mellommenneskelige innflytelse

Det andre steget i hierarkiet blir kalt mellommenneskelig innflytelse eller mellommenneskelig press. I dette steget handler det i større grad om relasjonen mellom den ansatte og pasienten. Her er det et nærere forhold, som muliggjør at pasienten kan uttrykke glede eller fortvilelse over den ansattes forslag. Forholdet mellom den ansatte og pasienten er det som muliggjør at det kan oppstå mellommenneskelig press (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235).

Tilskyndelser

Det tredje steget i hierarkiet er tilskyndelser. Det handler om forholdet mellom ansatte og pasienter. Der den ansatte har et gode til pasienten i form av materielle ting. For at pasienten skal få denne fordelten forutsette det at pasienten gjør det den ansatte foreslår (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235). Forfatterne kommer med flere

eksempler på tilskyndelser under det fjerde steget i hierarkiet *trusler* (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235).

Trusler

Det fjerde steget i hierarkiet av behandlingspress er trusler. Truslene som blir beskrevet handler om at hvis pasienten ikke etterkommer et forslag fra ansatte, så får det en konsekvens. Dersom pasienten blir med på forslaget, så blir det et annet utfall enn om pasienten sier imot. Det kan være at en pasient ikke får reise på permisjon hvis de ikke tar medisinene sine, til tross for at pasienten er frivillig innlagt (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235). Szmukler & Appelbaum (2008) beskriver ulike typer trusler. De ulike typene trusler blir nå beskrevet nærmere (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 245-238).

Tvang: trusler og tilbud

Det er et skille og en forskjell mellom trusler og tilbud som pasientene mottar. Trusler blir beskrevet som at det tvinger pasienten til visse ting, for eksempel det å trappe ned på medisiner. Med tilbud så har pasienten en valgmulighet, og kan si nei. Pasienten er ikke nødt til å etterkomme den ansattes tilbud. Det blir beskrevet at situasjonen til pasienten blir verre med trusler, enn med tilbud. Det oppleves mer problematisk å føle seg tvunget til handlinger, fremfor å få tilbud. Med trusler har ikke pasienten valgmuligheten på samme måte som med tilbud (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235-236).

Subjektive versus objektive beretninger om tvang

Szmukler & Appelbaum (2008) beskriver at hvis en handling skal telle som tvang, så forutsetter det at den som er utsatt for tvang opplever det som tvang. Det er ofte pasienter som opplever handlinger som kan minne om tvang. Særlig innen psykisk helsevern hvor det er en maktulighet mellom de ansatte og pasientene. Uformell tvang blir også plassert her, og refererer til hvorvidt pasienten opplever en handling som tvang eller en trussel. Samtidig som det får en negativ konsekvens for pasienten å ikke etterkomme de ansattes tilbud eller trusler (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 236-237).

Bedrag

Ansatte som jobber innen psykisk helsevern har en viktig jobb med å formidle informasjon til pasienter. Det dreier seg om alt fra hverdagslige beskjeder, til viktig informasjon om eksempelvis medisiner eller utskrivelse. Pasientenes forståelse av de beskjedene som da blir gitt er viktig. Det kan betegnes som tvang dersom en ansatt med vilje unnlater å korrigere pasientens misforståelse. Det gjelder også hvis en ansatt ikke informerer pasienten tilstrekkelig. Pasienten kan oppfatte noe som en trussel, basert på mangel av informasjon som en ansatt kunne gitt. Dette tydeliggjør også at maktubalansen mellom ansatte og pasienter er stor (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 237).

Handlinger som minner om tvangstrusler

I tillegg til handlinger som minner om tvang blir uvelkomne spådommer og forklaringer diskutert. Dersom en pasient skal slutte på medisin avhenger mye av forklaringen som blir gitt til pasienten av den ansatte. Det er viktig at eventuelle konsekvenser blir fremstilt på en måte slik at pasienten forstår hva det innebærer å slutte på medisinen. En forståelig forklaring på noe uønsket anses ikke som tvang, men det kan bli ansett som tvang hvis en ansatt ber en pasient om å slutte med medisiner uten å presentere denne informasjonen på en tilfredsstillende måte (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 237-238).

Problematisk tilbud eller tilskyndelser

Her blir tilskyndelser som også er det tredje steget i hierarkiet beskrevet nærmere. Tilskyndelser blir beskrevet med at pasientene får en fordel i form av penger, materielle goder eller fordeler ved avdelingen, dersom de etterkommer det den ansatte ønsker. Det kan være at de får se på tv hvis de tar medisiner eller får reise på permisjon. Tilskyndelser er problematisk fordi det undergraver pasientens beslutningsmulighet. Pasientene får ikke muligheten til å ta frie og selvstendige valg, dersom valgene er basert på at de får et gode og etterkommer de ansattes tilbud (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 238-239).

Tvang

Det femte og siste steget i hierarkiet av behandlingspress er tvang. Dette er den mest alvorlige formen for behandlingspress. Det innebærer tvunget behandling, som er støttet av loverket. Her er det formelle tvangsvedtak som gjelder, og pasientene har liten eller ingen mulighet for å påvirke behandlingen her (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 239).

3 Metoder

I dette kapitlet presenterer jeg metoder som er brukt i denne studien. Først blir studiens vitenskapsteoretiske forankring beskrevet, deretter datainnsamling, analyseprosessen og til slutt forskningsetikk.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Metode kan forstås som et verktøy, og hjelper oss til å følge en bestemt vei mot et mål. Metoden beskriver fremgangsmåten en velger for å samle og analysere data som er egnet for å belyse studiens problemstilling. Innen kvalitativ og fenomenologisk forskning er intervju og observasjon hovedsakelig brukt som metode (Johannessen et al., 2021, s. 21; Thoresen et al., 2020, s. 45).

3.1.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

I arbeidet med denne studien har jeg inntatt et fenomenologisk hermeneutisk vitenskapssyn. Fenomenologien har bakgrunn fra filosofen Edmund Husserl på 1900-tallet. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen til enkeltpersoner, og forsøker å oppnå en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. De felles erfaringene av et fenomen gir grunnlag for at vi kan utvikle en generell forståelse av det fenomenet vi studerer (Thagaard, 2018, s. 36). I denne studien er det deltakernes erfaringer med uformell tvang som er relevant. Førstepersonsperspektivet er sentralt innen fenomenologi. Førstepersonsperspektivet innebærer at fenomenene som studeres, utforskes fra et jeg-perspektiv. Fenomenologiens oppgave blir å beskrive førstepersonserfaringer med et fenomen. Et annet viktig begrep i fenomenologien er livsverden. Livsverden er verden slik vi møter den i dagliglivet, slik den fremtrer umiddelbart (Thoresen et al., 2020, s. 22-26).

En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikk legger vekt på meningsinnholdet. I tillegg bygger hermeneutikk på prinsippet om at mening kun kan forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer inngår i (Thagaard, 2018, s. 37).

I en fenomenologisk hermeneutisk studie legges det vekt på å redegjøre for sin egen forforståelse. Inn i arbeidet med studien blir det imidlertid viktig å sette denne forforståelsen i parentes for å gå inn i prosjektet med en større grad av bevissthet, åpenhet og nysgjerrighet (Thoresen et al., 2020, s. 35-37). Jeg kan ikke frigjøre meg fra min forforståelse, og det er derfor ekstra viktig å redegjøre for den, og ha et bevisst forhold til den underveis i arbeidet med studien. Slik vil informantenes beskrivelser og forståelse av fenomenet komme tydelig fram (Malterud, 2017, s. 45-46).

Der fenomenologien er rettet mot hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, er hermeneutikken opptatt av fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33). Hensikten med en fenomenologisk hermeneutikk studie er å få nyanserte og detaljerte beskrivelse av fenomenet (Thoresen et al., 2020, s. 39). I denne studien er hensikten å få ansatte i psykisk helsevern sine beskrivelser og forståelse av uformell tvang, og gjennom analyse fortolke meningen. Hvor målet er å utvikle nyanserte og detaljerte beskrivelser av hva uformell tvang kan innebære.

3.1.2 Kvalitativ metode

Innen fenomenologisk hermeneutisk vitenskapssyn er det velegnet å benytte kvalitative intervjuer eller observasjon som metode for datainnsamling, og for å belyse studiens problemstilling (Thoresen et al., 2020, s. 46). I denne studien har jeg anvendt fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Deltakerne i fokusgruppen er ansatte i psykisk helsevern, de er valgt med bakgrunn i deres kompetanse og erfaringer med uformell tvang. For å analysere dataene i denne studien ble tematisk analyse brukt slik den er beskrevet av Braun & Clarke (2022). Tematisk analyse består av seks steg, og er en metode som identifiserer, analyserer og finner likheter på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 35-36).

3.2 Datainnsamling

I denne delen av kapittelet presenterer jeg de metodiske valgene jeg har tatt i arbeidet med datainnsamling.

3.2.1 Kvalitativt intervju som metode

Innen kvalitative studier finnes det flere ulike metoder for å samle datamaterialet på. Individuelle intervjuer, fokusgrupper, observasjon eller dokumentanalyse er eksempler på metoder for datainnsamling (Malterud, 2017, s. 69-71). I forkant av denne studien vurderte jeg både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju. Valget falt på fokusgruppe fordi det vil være interessant å utforske de ulike erfaringene ansatte i psykisk helsevern har med fenomenet uformell tvang. I tillegg er det mulig gjennom fokusgruppeintervju å få fram ulike holdninger og synspunkter underveis. Samspillet mellom deltakerne i fokusgruppeintervjuet er også viktig. Det at deltakerne har et felles grunnlag for å diskutere uformell tvang og kan gi hverandre respons på hverandres utsagn er relevant (Thagaard, 2018, s. 92).

For å samle data til denne studien valgte jeg kvalitative fokusgruppeintervju som metode. Fokusgruppeintervju egner seg der vi ønsker innsikt i holdninger og meninger. Fokusgrupper er særlig egnet hvis vi er interessert i erfaringer, holdninger eller synspunkter innenfor ett bestemt miljø (Malterud, 2017, s. 138). I denne studien er det ansatte innen psykisk helsevern sine beskrivelser og erfaringer med uformell tvang som er relevant, i kontekst av jobben deres på DPS. Fokusgrupper gir mulighet til at vi kan få innsikt i variasjonene innad i gruppen, samt at deltakerne kan gi respons på hverandres synspunkter (Thagaard, 2018, s. 92). Fokusgrupper gir en mulighet til at deltakerne kan få andre perspektiver på uformell tvang, og at det kan utvikles mening i løpet av prosessen (Jacobsen, 2015, s. 160). Valg av fokusgruppeintervju som metode er i tråd med studiens vitenskapsteoretiske syn, da fokusgruppeintervju bygger på erfaringer og fortolkninger (Malterud, 2012, s. 19).

3.2.2 Intervjuguide

I forkant av fokusgruppeintervjuene utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide som intervjuene baserte seg på. Intervjuguiden har en semistrukturert utforming. Semistrukturert intervjuguide kjennetegnes av at det er noen overordnede temaer eller hovedspørsmål som utgangspunkt, men spørsmål, temaer eller rekkefølgen kan variere. Fordelen med en semistrukturert intervjuguide er at intervjuet kan bevege seg fram og tilbake underveis, og skape god flyt, framfor ustrukturert eller strukturert intervjuguide (Johannessen et al., 2021, s. 107-108). Hovedspørsmålene i intervjuguiden bør utformes slik at informantene får presentert erfaringer og synspunkter som er sentrale for studiens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 95).

Jeg valgte å inkludere spørsmål om navn, alder, utdanning og arbeidserfaring i starten av intervjuguiden. Det kan være fint å starte med slike spørsmål for å skape litt tillitt, og bli litt kjent før selve intervjuet starter (Dalland, 2020, s. 83). Jeg erfarte at dette fungerte godt, og at det var med på å løsne stemningen mellom deltakerne og meg. I tillegg ga det en mulighet til at alle deltakerne fikk sagt noe før selve intervjuet startet.

Resten av intervjuguiden baserte seg på fire hovedspørsmål, med forslag til oppfølgingsspørsmål under (Se vedlegg 3). Første spørsmål i intervjuguiden er «*Hva tenker dere at uformell tvang innebærer?*». Det er et åpent spørsmål, som inviterer deltakerne til å gi beskrivelser, og en mulighet til å utforske de erfaringene deltakerne har med fenomenet uformell tvang forankret i deres livsverden. Spørsmål som inviterer til deltakernes subjektive erfaring med et fenomen er i tråd med studiens vitenskapsteoretiske syn (Malterud, 2012, s. 32-33; Malterud, 2017, s. 134; Thoresen et al., 2020, s. 47).

3.2.3 Studiens kontekst

Studiens kontekst er en døgnavdeling ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). DPS har ansvar for generelle tilbud innen psykisk helsevern som døgnavdelinger, poliklinikker og akutt-team. Det tilbys behandling til mennesker med ulike psykiske lidelser (Ramsdal, 2020, s. 477-478). Pasientene som er innlagt ved den aktuelle DPS er frivillig innlagt

etter §2-1 i psykisk helsevernlov (Psykisk helsevernloven, 1999, §2-1). Deltakerne i denne studien jobber ved den aktuelle DPS, og har alle i sitt daglige arbeid kontakt med pasientene som er innlagt.

3.2.4 Utvalg og rekruttering

Jeg hadde noen inklusjons og eksklusjonskriterier for deltagelse i studien.

Inklusjonskriteriene var at informantene jobbet ved en DPS, jobbet i miljøet og hadde kontakt med pasientene i sitt daglige arbeid. I tillegg til at de måtte være over 18 år.

Utvalget i denne studien består av fire personer. Samtlige informanter jobber ved den aktuelle DPS, og er i sitt daglige arbeid i kontakt med pasienter. Alle informantene er utdannet sykepleiere, hvor en er spesialsykepleier. Informantene er i alderen 23-54 år, og de har jobbet ved den aktuelle DPS fra ett til fire år.

Ved utvelgelse av informanter til denne studien benyttet jeg strategisk utvelgelse. Et strategisk utvalg innebærer å rekruttere personer eller enheter som er relevante i forhold til oppgavens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). For denne studien er ansatte i psykisk helsevern relevante, med sin kompetanse og erfaring fra arbeid ved DPS. Hvor mange informanter som er tilstrekkelig er vanskelig å vite, siden kvaliteten i dataene kan variere. Flere mener at 10-15 informanter i undersøkelser er tilstrekkelig, men at i studentoppgaver er det greit med et lavere antall informanter med tanke på analyse og studiens tidsbegrensning (Johannessen et al, 2021, s. 74; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). I denne studien hadde jeg fire deltakere. Johannessen et al. (2021) beskriver at grupper med et lavere antall deltakere også har sine fordeler. Det blir mer tid til hver enkelt deltaker, mulighet for diskusjon av sensitive temaer og mulighet for å få fram detaljerte beskrivelser. Det blir imidlertid viktig som moderator av gruppen å invitere alle til å snakke, slik at det blir en god flyt i samtalen hvor alle deltar (Johannessen et al., 2021, s. 76).

Arbeidet med rekruttering har vært utfordrende. Rekrutteringen til denne studien foregikk fra desember 2022 til februar 2023. I første omgang ringte jeg til ulike DPS, og fikk på denne måten e-post adressen til enhetsledere eller andre med fagansvar. Jeg

sendte deretter ut en e-post med forespørsel om å gjennomføre intervjuer ved den aktuelle avdelingen, i tillegg til et informasjonsskriv om studien (se vedlegg 2). Informasjonsskrivet er utformet etter mal fra Norsk senter for forskningsdata. Jeg erfarte at det var mer effektivt å sende e-post, enn å gjøre avtaler over telefon. I rekrutteringsprosessen fikk jeg en del avslag. Det var en DPS som var positive til å la meg gjennomføre intervjuene ved avdelingen.

Etter å ha fått positiv respons om å gjennomføre intervju ved den aktuelle DPS avdelingen startet organiseringen av gjennomførelsen av intervjuet. Kommunikasjonen med den aktuelle DPS har foregått på e-post, noe som har fungert godt. Det ble avtalt tid og sted for intervju. De ansatte hadde fått utlevert informasjonsskrivet om studien i forkant, slik at de hadde tilstrekkelig informasjon. Lederen ved den aktuelle DPS organiserte og samlet informanter til å gjennomføre fokusgruppeintervjuet.

3.2.5 Gjennomføring av intervjuet

Jeg gjennomførte et fokusgruppeintervju februar 2023. Fokusgruppeintervjuet fant sted på informantenes arbeidsplass. Lederen ved den aktuelle DPS hadde reservert rom i avdelingen, der intervjuet fant sted. Informantene hadde fått utlevert informasjonsskriv om studien (se vedlegg 2) i forkant av intervjuet.

Jeg innledet intervjuet med å ønske velkommen. Innledningsvis fortalt jeg kort om bakgrunn og hensikt med studien. Informantene fikk mulighet til å stille spørsmål hvis noe var uklart. Samtlige informanter hadde i forkant av intervjuet signert samtykke til å delta, jeg valgte allikevel å kort gå gjennom informasjonsskrivet for å sikre at de hadde fått informasjon. I tillegg informere jeg om at de forblir anonyme i fremstillingen av masteroppgaven. Før intervjuet startet ønsket jeg å ha noen retningslinjer, for å skape en god flyt underveis i intervjuet. Jeg oppfordret informantene til å diskutere med hverandre, respektere ulike synspunkter, og at en og en snakket om gangen. For å sikre konfidensialiteten til pasientene, ble informantene oppfordret til å ikke nevne navn til pasienter, men heller beskrive generelle situasjoner.

Intervjuet ble tatt opp med UIO sin diktafon app, hvor intervjuet ble lastet opp til nettskjema i etterkant. Intervjuet hadde en varighet på en time. Jeg opplevde at informantene hadde tenkt gjennom temaet uformell tvang på forhånd, og at de hadde gjort seg noen refleksjoner i forkant av intervjuet. Det fungerte godt å følge den semistrukturerte intervjuguiden, jeg opplevde også at informantene svarte på flere av spørsmålene uten at jeg behøvde å stille de. Det første spørsmålet «*Hva tenker dere at uformell tvang innebærer?*» ga mange refleksjoner. Her svarte de allerede på i hvilke situasjoner det var aktuelt, og jeg valgte da underveis i intervjuet å heller stille oppfølgingsspørsmål, og ba om flere eksempler. En av fordelene med en semistrukturert intervjuguide, at en har mulighet til å bevege seg frem og tilbake underveis i intervjuet (Johannessen et al., 2021, s. 107-108).

I etterkant av intervjuet spurte jeg hvordan deltakerne opplevde intervjusituasjonen. Tilbakemeldingen gikk ut på at det var et spennende og viktig tema. Det var også fint å sette av tid til å reflektere og diskutere rundt ulike utfordringer.

3.3 Analyseprosessen

I dette avsnittet viser jeg hvordan jeg har arbeidet med analysen av datamaterialet til denne studien.

3.3.1 Tematisk analyse

For å analysere datamaterialet i denne studien har jeg brukt refleksiv tematisk analyse slik den er beskrevet av Braun & Clarke (2022). Tematisk analyse er en grunnleggende og fleksibel analyseform. Tematisk analyse er en tydelig og lett anvendelig metode, og egner seg dersom en ikke har forsket før (Braun & Clarke, 2022, s. 5). Valg av tematisk analyse for å analysere datamaterialet i denne studien baserer seg på at det virket som en tydelig metode med gode beskrivelser av fremgangsmåter, samt at metoden egner seg for studenter uten tidligere erfaring med forskning.

I tematisk analyse kan en velge mellom en induktiv eller en deduktiv tilnærming for å analysere datamaterialet. En induktiv tilnærming kjennetegnes av at temaer utvikles på bakgrunn av det empiriske datamaterialet. Der en deduktiv tilnærming tar utgangspunkt i en allerede eksisterende teori for å analysere datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 10). Jeg har gjennomført en induktiv analyse av datamaterialet mitt, der jeg ikke var styrt av tidligere teorier og analysen var styrt av datamaterialet. Jeg gjennomførte en latent analyse, ved å undersøke den dypere mening med datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 10). En latent innholdsanalyse er også i tråd med studiens vitenskapsteoretiske syn.

Tematisk analyse er en metode som identifiserer, analyserer og finner likheter på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 35-36). Tematisk analyse er en seks-steps analyse. Disse er å bli kjent med datasettene, koding, utforme innledende temaer, utvikle og evaluere tema, videreutvikle, definere og navngi tema og skrive opp funnene (Braun & Clarke, 2022, s. 34). Jeg skal nå beskrive de ulike stegene i den tematiske analysen jeg har gjennomført nærmere.

3.3.2 Bli kjent med datasettene

Det første steget i den tematiske analysen handler om å bli kjent med datasettene. I dette steget er det nødvendig å transkribere intervjuene for å utføre en tematisk analyse. Ved å transkribere intervjuet selv, er det en god mulighet for å bli godt kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Dagen etter gjennomføring av intervjuet transkriberte jeg intervjuet. Jeg hørte på intervjuet inne på nettskjema, og skrev transkriberingen i Word. Underveis i prosessen måtte jeg gå frem og tilbake flere ganger, for å sikre at jeg skrev ned det som faktisk ble sagt. Det var til stor hjelp underveis i prosessen at det var mulig å justere ned hastigheten på opptaket. Jeg transkriberte alt ord for ord, og valgte å inkludere «ehm» og «hmm». Navn ble fortløpende anonymisert med (navn) i transkripsjonen. Jeg hørte gjennom intervjuet flere ganger, samtidig som jeg leste transkripsjonen for å sikre at transkripsjonen stemte overens med lydfilen.

3.3.3 Koding

Det andre steget i den tematiske analysen handler om å danne innledende koder (Braun & Clarke, 2022, s. 35). I dette steget skrev jeg ut transkripsjonen. Jeg markerte i teksten med markeringspenn, og skrev ned kodene i marginen. Underveis i denne prosessen gjorde jeg meg noen tanker om hvordan jeg ønsket å systematisere kodene. Eksempler på koder jeg dannet var: «mer enn det vi vet», «kaller det å motivere» og «anse det som tvang». Etter å ha skrevet koder på papir, gjennomførte jeg samme prosess i Word. Underveis i denne prosessen hadde jeg med meg kodene fra utskriftene for å se om jeg ville benytte de samme kodene, eller tenkte annerledes.

3.3.4 Utforme innledende temaer

Det tredje steget i den tematiske analysen handler om å utforme innledende temaer (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Jeg hadde noen formeninger om tema underveis i kodingen, men jeg skjønnte fort at temaene ble annerledes enn det jeg hadde sett for meg. I starten lignet temaene veldig på intervjuguiden. Hvor jeg så for meg at det var de spesifikke situasjonene uformell tvang var aktuelt i som skulle få størst plass. Etter litt prøving og feiling fant jeg mer ut av hva som var temaer, og ikke. Eksempler på temaer jeg fant var «rolleforskjellen», «til det beste for pasienten», «rutiner» og «opplevd tvang». Jeg samlet data som var relevant for de ulike temaene sammen. Jeg opprettet ett nytt word-dokument, hvor temaene og tilhørende data ble samlet.

3.3.5 Utvikle og evaluere tema

Det fjerde steget i den tematiske analysen handler om å utvikle og evaluere tema (Braun & Clarke, 2022, s. 35). I dette steget gikk jeg gjennom temaene for å se om kodene egentlig passet til temaene. Her gjorde jeg noen endringer. For eksempel hadde jeg opprinnelig tenkt at «uformell tvang» skulle være et eget tema, men etter hvert plasserte jeg det inn under temaet «mer enn det vi vet og tror».

3.3.6 Videreutvikle, definere og navngi tema

Det femte steget i den tematiske analysen handler om å videreutvikle, definere og navngi tema (Braun & Clarke, 2022, s. 36). Etter å ha sett på ulike muligheter og kombinasjoner endte jeg opp med tre hovedtemaer og begreper: «mer enn det vi vet og tror», relasjon mellom ansatte og pasienter» og «rutiner og begrensninger ved avdelingen».

3.3.7 Skrive opp funnene

Det sjette og siste punktet i den tematiske analysen er å skrive opp funnene (Braun & Clarke, 2022, s. 36). Funnene blir i dette tilfellet selve masteroppgaven, hvor resultatet av analysen blir presentert i kapittel 4.

Under viser jeg eksempel på analyseprosessen. Hvordan jeg har jobbet fra utsagnene fra deltakerne til koding, utforme innledende koder og videreutvikle, definere og navngi tema.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Utsagn	Koding	Utforme innledende temaer	Videreutvikle, definere og navngi tema
<i>«Ja det er jo den tvangen vi utfører i hverdagen som ikke er lovfestet da, eller opp mot lovverket». «Så jeg tror det er mer enn det vi vet at vi holder på med liksom, at det er mer enn det vi tror».</i>	Ikke er lovfestet Mer enn det vi vet	Beskrivelse av uformell tvang	Mer enn det vi vet og tror

«Vi kaller det aldri uformell tvang hvert fall».	Kaller det aldri det		
«I kraft av det at vi jobber her, og av stillingen vår så er vi jo ikke likeverdige med pasienten».	Ikke likeverdige med pasienten	Rolleforskjell	Relasjon mellom ansatte og pasienter
«De skjønner det jo når vi forklarer at det er til deres beste»	Til deres beste	Til det beste for pasienten?	Relasjon mellom ansatte og pasienter
«Få pasientene opp om morgningen. Vi kaller det jo å motivere til det, men de kan jo anse det som tvang kanskje».	Kaller det å motivere Anse som tvang	Opplevd tvang	Relasjon mellom ansatte og pasienter
«Det her med at vi ikke gir sovemedisiner når som helst. Hvis noen står opp klokka to på natta og vil ha sovemedisin, så får dem ikke det».	Gir ikke sovemedisin når som helst Får ikke sovemedisin	Rutiner	Rutiner og begrensninger ved avdelingen

3.4 Forskningsetikk

Som forsker er det flere etiske prinsipper som det er viktig å ta hensyn til gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Jeg presenterer i dette avsnittet hvilke etiske hensyn jeg har tatt i arbeidet med denne studien.

Prosjektet ble innsendt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) 07.12.2022 (se vedlegg 1). Det var nødvendig å få godkjenning av NSD fordi jeg i denne studien behandlet personopplysninger, og tok lydopptak av intervjuet. For å ta lydopptak brukte jeg UIO sin diktafonapp, hvor intervjuet i etterkant ble lastet opp til nettskjema.

For å innhente informert samtykke fra deltakerne fikk de utlevert et informasjonsskriv i forkant av intervjuet. Informasjonsskrivet og samtykke er etter mal fra NSD (se vedlegg 2). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om formålet med studien, hvem som har tilgang til dataene, hvordan resultatene blir brukt, konsekvenser av å delta og grunnlag for å delta i studien. Det ble også informert om at det ble tatt lydopptak av intervjuet, samt at de kunne trekke seg når som helst hvis de ønsker det. Informert samtykke sikrer at informantene deltar frivillig og har fått informasjon om studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Før selve intervjuet gjennomgikk jeg informasjonsskrivet, og åpnet for spørsmål fra informantene.

I denne studien var det kun fire deltagere i fokusgruppeintervjuet. For å sikre deltagerens konfidensialitet valgte jeg å ha med anonyme sitater, slik at det ikke er mulig å kjenne igjen enkeltpersoner. Hvilken DPS intervjuene er gjennomført på er heller ikke nevnt. Deltagerne ble oppfordret i forkant av intervjuet til å ikke dele personopplysninger om pasienter, men heller beskrive hendelser generelt, uten å nevne navn. For å sikre kravet om konfidensialitet er samtykke med informantens navn, oppbevart adskilt fra det øvrige datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 24).

Et viktig prinsipp i forskning er å forholde seg til hvilke konsekvenser det har for informantene å delta i forskning. Det kan knyttes til det etiske prinsippet *velgjørenhet*, som betyr at risikoen for deltagelse bør være lavest mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

107). For å sikre dette i denne studien oppfordret jeg deltakerne i forkant av intervjuet til å ikke dele navn eller personopplysninger om pasienter. Ved å informere om dette i forkant, kan det være med på å sikre at deltakerne ikke sitter igjen med en følelse av å ha delt for mye (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Med valg av fokusgruppe som metode for datainnsamling, fremfor individuelle intervjuer er det noen betraktninger jeg gjorde meg. Uformell tvang kan oppleves utfordrende eller sensitivt å snakke om. Derfor presenterte jeg i forkant noen retningslinjer for gjennomføringen av intervjuet. Disse retningslinjene gikk ut på at ingen svar var feil, det var ønskelig med diskusjon med hverandre så variasjon i meninger og erfaringer kom fram, ikke være ute etter å ta hverandre, og ikke dele sensitive opplysninger om pasientene. Ved å ha noen retningslinjer for gjennomføring av intervjuet var formålet å sikre at informantene ikke satt igjen med en negativ opplevelse av å delta i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107; Thagaard, 2018, s. 26-27).

3.5 Forforståelse

Forforståelse blir ofte beskrevet som den «ryggsekken» vi bringer med oss inn i forskningen, og påvirker hvordan vi samler, leser og tolker data på. Forforståelsen vår består av våre erfaringer, hypoteser og faglige perspektiver (Malterud, 2017, s. 44-45). Innen fenomenologisk forskning er det sentralt at forskeren redegjør for sin forforståelse så langt det er mulig. Ved å redegjøre for min forforståelse kan det bidra til at jeg går inn i forskningen med en større grad av bevissthet, åpenhet og nysgjerrighet (Thoresen, 2020, s. 36-37). Vår forforståelse er også en del av våre holdninger og språket vårt. Forforståelsen kan være en viktig motivasjon for å undersøke fenomener, og det som vekker vår interesse. Inn i arbeidet med denne studien er det viktig å ha et bevisst forhold til min forforståelse, og redegjøre for den (Thoresen, 2020, s. 75-76).

Parallelt med å studere master i samfunn og helse, studieretning psykisk helse og rusarbeid har jeg de siste årene jobbet på en DPS døgnavdeling som miljøterapeut. Ved denne avdelingen er pasientene frivillig innlagt etter §2-1 i psykisk helsevernlov. Arbeidet på DPS har gitt meg innsikt i arbeid med mennesker med ulike psykiske lidelser. Det har vært spennende å få et innblikk i psykisk helse og rusarbeid.

Gjennom arbeid på DPS opplever jeg at det er mange ulike dilemmaer og utfordringer som stadig dukker opp og er en del av arbeidshverdagen. Det er imidlertid ikke alltid like lett å møte disse utfordringene og dilemmaene. Disse utfordringene er det jeg ville karakterisert som uformell tvang. Det er situasjoner der dører er låst, avgjørelser blir tatt mot pasientens vilje eller uenigheter rundt medisinerer. Mine tanker i forkant av dette prosjektet er at uformell tvang ikke er noe som blir diskutert i særlig stor grad. I tillegg at det ikke alltid er bevisste handlinger, men at det er handlinger som skjer, uten noe ytterligere refleksjoner rundt situasjonen. Den uformelle tvangen har vekket en interesse og en nysgjerrighet hos meg. Derfor vil jeg undersøke ansatte ved DPS sine beskrivelser og forståelse av hva uformell tvang kan innebære.

4 Resultater

I dette kapittelet blir resultatene fra studien presentert. Funnene blir presentert med utgangspunkt i studiens problemstilling «*Hvordan forstår og beskriver ansatte i psykisk helsevern begrepet uformell tvang?*». Funnene er delt inn i tre hovedtemaer: «Mer enn det vi vet og tror», «Relasjonen mellom ansatte og pasienter» og «Rutiner og begrensninger ved avdelingen».

4.1 Mer enn det vi vet og tror

Underveis i fokusgruppeintervjuet kom deltakerne med mange ulike beskrivelser av hva uformell tvang kan innebære. Deltakere beskrev ulike måter de snakket om uformell tvang på, og i hvilke situasjoner det var aktuelt.

Deltakerne fikk underveis i intervjuet spørsmål om hva de tenkte at uformell tvang innebar. Deltakerne skildret uformell tvang på flere ulike måter. Felles for deltakerne var at de hadde andre beskrivelser av uformell tvang, enn å nødvendigvis kalle det for uformell tvang. Det var en enighet blant deltakerne at uformell tvang var mer enn det de trodde, og var bevisste på. Flere av deltakerne beskrev at uformell tvang var handlinger som det ikke var vedtak på, eller var lovfestet. En av deltakerne sa dette:

«Jeg tenker jo at det er veldig mye som er uformell tvang som vi ikke vet, men at det er ting vi pålegger eller foreslår og ikke har noe vedtak på».

En annen deltaker sa dette:

«Det er jo tvangen vi utfører i hverdagen som ikke er lovfestet da eller opp imot lovverket da. Det er ikke noe vedtak som følger med den tvangen. Jeg tror det er mer enn det vi vet at vi holder på med liksom. Det kan jo være avledning kanskje, bruk av makt på en måte, det er jo ikke holdig eller noe sånn type makt».

Videre i intervjuet ble uformell tvang skildret på flere ulike måter av deltakerne. Deltakerne hadde en felles forståelse for at uformell tvang var handlinger som ikke var lovfestet, men at det allikevel kunne oppleves utfordrende å vite hva som var frivillighet og hva som kunne bli ansett som uformell tvang. Deltakerne var opptatt av at uformell tvang også kunne være handlinger som var til det beste for pasienten, og at de ikke var ment som tvang. En av deltakerne sa dette:

«Jeg tror også at det er mer enn det vi tror. At det ofte blir uformell tvang det vi mener med god hensikt. At vi kanskje gjør det for å skåne eller for å hjelpe også blir det egentlig ansett som uformell tvang».

Under intervjuet beskrev deltakerne ulike situasjoner som opplevdes utfordrende i deres arbeidshverdag. Særlig situasjoner der det var opp til hver enkelt ansatt å gjøre en individuell vurdering var utfordrende. En av deltakerne beskrev det slikt:

«Jeg tenker at det her med uformell tvang kanskje er mer problematisk i de tilfellene hvor det er individuelt hva man gjør. Hvor det ikke er en regel som sier at etter klokka to får du ikke medisiner dine fordi da er det natt»

Deltakerne i denne studien er i sitt daglige arbeid i kontakt med både pasienter og andre ansatte. Deltakerne beskrev at de måtte håndtere ulike situasjoner, både individuelt og i samarbeid med kollegaer. Underveis i intervjuet ble det snakket om selvskadning, og hvordan en på best mulig måte kunne håndtere det. Det ble noen uenigheter om hva som var greit å be pasientene om å gjøre, og ikke. En av deltakerne sa:

«Å komme ut med en singlet og vise armer som er fulle av kutt og andre som lar seg trigge og hvordan griper man på det. Skal man si «ta på deg en genser» eller skal man si til pasienten som sier at de blir trigga at «sånn er det her» liksom».

En annen deltaker sa:

«Hvis man tvinger dem til å sette på seg en genser så er det jo det, på samme måte som hvis man tvinger noen til å gå i dusjen. Men jeg pleier ikke å gjøre det da. Da tenker jeg at hvis det er noen som akkurat har kuttet seg, så er det upassende å gå i singlet, men jeg tror jeg heller ville snakket med den som ble trigga. For jeg føler ikke vi kan si sett på deg en genser».

De to øvrige sitatene illustrerer at deltakerne ikke alltid var enige i hva som var best å gjøre i situasjoner der pasienter har selvskadet. Under intervjuet beskrev deltakerne at det nødvendigvis ikke finnes en gylden regel å løse ulike utfordringer på. Videre beskrev de at personalet ofte hadde ulike meninger om hva som var best å gjøre i ulike situasjoner. Dette gjaldt både ovenfor pasientens som har selvskadet, og med hensyn til medpasienter som kunne bli trigget av andres selvskading. De opplevde det utfordrende at det var mange ulike meninger og oppfatninger om en og samme situasjon.

Deltakerne beskrev allikevel at de hadde et arbeidsmiljø der de kunne snakke med kollegaer om utfordrende situasjoner og hendelser som skjer på avdelingen. Ved spørsmål om hvordan de snakket om uformell tvang blant kollegaer beskrev deltakerne at de ikke benyttet begrepet uformell tvang, men at de heller snakket om den spesielle situasjonen. En av deltakerne sa:

«Vi kaller det aldri uformell tvang hvert fall».

En annen deltaker sa:

«Også blir det snakk om på personalrommet om at det er ubehag og komme med krav eller henstillinger. At man kanskje trenger å si noe om det etterpå til en kollega, men vi bruker jo ikke det ordet da. At nå har jeg utført stor grad av uformell tvang, det sier vi ikke. Men presse tror jeg kanskje vi sier da».

Flere av deltakerne skildret under intervjuet at de heller pratet om å presse pasienter, framfor å beskrive det som uformell tvang. Videre i intervjuet skildret deltakerne at de også benyttet skjerming og tiltak for å beskrive situasjoner som minnet om uformell tvang.

4.2 Ubalansen i relasjonen mellom ansatte og pasienter

Under fokusgruppeintervjuet ble det tydelig at relasjonen mellom de ansatte og pasientene var viktig. Deltakerne skildret ulike aktuelle temaer knyttet til uformell tvang, men også den underliggende rolleforskjellen og ubalansen i ansatt og pasient rollen. Dette kapitlet tar for seg relasjonen mellom deltakerne og pasientene, og ser på aktuelle temaer som deltakerne var opptatt av under intervjuet.

Deltakerne var opptatt av at de hadde en rolle ovenfor pasienten. Samtidig var det en rolleforskjell i samspeilet og i relasjonen de hadde til de innlagte pasientene. En av deltakerne fortalte:

«Jeg tenker jo i kraft av det at vi jobber her, og av stillingen vår så er det jo på en måte, så er vi jo ikke likeverdige med pasienten. Så bare der vil nok pasienten oppleve at vi har ganske mye vi skulle ha sagt, og kanskje føle seg litt tvunget til noen ting».

Underveis i intervjuet beskrev deltakerne at en viktig del av jobben deres var å påse at pasientene hadde det greit, og at de hadde et ansvar på avdelingen. Deltakerne skildret at det i noen tilfeller følte ubehagelig å ta den rollen ovenfor pasienten, der de opplevde at pasienten kanskje følte seg tvunget til visse ting. Enkelte av deltakerne beskrev også at det var nødvendig at de hadde en annen rolle enn pasientene. En av deltakerne sa dette:

«Også sa han til meg «jaja jeg får vel høre på hva du sier, må huske på at det er du som har nøkkelen». Og ja, det er faktisk jeg som har nøkkelen, men det var en beskrivelse av

den rollen jeg hadde ovenfor han og hvordan han sikkert følte seg litt tvunget da. Det vil jo alltid være der, at vi har en annen posisjon».

Underveis i intervjuet beskrev deltakerne flere ulike utfordringer som de møtte i deres arbeidshverdag knyttet til den rollen de hadde ovenfor pasienter. Deltakerne vektla at de hadde en del forventninger til pasientene som var innlagt ved den aktuelle DPS. Dette dreide seg særlig om deltagelse på avdelingens fastsatte aktiviteter. En av deltakerne sa dette:

«Vi har veldig fokus på aktiviteter. Som på en måte er frivillig, men som det blir stilt krav om at du deltar på egentlig. Du nyttiggjør deg kanskje ikke av innleggelsen hvis du ikke er med på disse aktivitetene».

Deltakerne beskrev at de hadde en del forventninger til de innlagte pasientene. Dette gjaldt både avdelingens felles aktiviteter, men også det å skulle være innlagt pasient ved DPS. En av deltakerne beskrev at de hadde forventninger om at pasientene skulle innordne seg og forstå rammene rundt behandling. Flere av deltakerne beskrev at selv om det var litt uformell tvang i behandling, så var det til det beste for pasienten.

Under fokusgruppeintervjuet var deltakerne opptatt av å begrunne at handlingene deres var til det beste for pasienten. Enten det var på kort eller lang sikt. Det ble skildret flere ulike situasjoner der handlingene ble begrunnet i at det var til det beste for pasienten. Mange av handlingene handlet også om at deltakerne var bekymret for pasientene, og at det enten var for å beskytte pasienten selv, eller medpasienter.

Deltakerne beskrev at de ofte snakket om å presse pasientene. Enten det er til dusjing, det å reise på permisjoner eller å delta på aktiviteter. Også her begrunnet deltakerne den uformelle tvangen med at det ofte var til det beste for pasientene. I dette tilfellet var det snakk om dusjing. En av deltakerne sa:

«Så er det jo ikke alle som ser sitt eget neste, noen ganger må jeg si at «nå må du dusje» eller «nå må du vaske klær». Det opplever jeg egentlig ganske ofte at vi må gjøre».

En annen deltaker fortalte:

«Jeg tror også det er begrunnet i det at vi i beste omgang tenker at det er det beste for pasienten da. At de vil føle seg bedre etter en dusj for eksempel. Vi ser om det gir en konsekvens som er positiv».

Deltakerne beskrev at det kunne oppleves ubehagelig å komme med krav eller presse pasientene til å gjennomføre ulike handlinger, for eksempel dusjing. Under intervjuet skildret deltakerne at de bevisst brukte uformell tvang og presset pasienter som et forebyggende tiltak. En av deltakerne sa:

«Kanskje det kan hindre større skade også, eller blamering som du snakker om. Bedre å sette inn ett lite uformell tvang, enn at det går enda lengre, så det må mere tiltak til».

En annen deltaker sa dette:

«Jeg prøver hele tiden å tenke eller si til meg selv at det er kjærlighet i det vi driver med. Vi gjør det ikke for å være leie eller for å ha makt, eller at det skal være noe skille der. Det er tilfeller der jeg synes det er ubehagelig. Det her med dusjing da, det er jo ikke noe gøy å si det, men det må til».

I tillegg til å presse skildret deltakerne at de ofte var i situasjoner der de måtte anbefale eller gjøre en slags forhandling med pasienten. Deltakerne beskrev at det kunne oppleves utfordrende fordi pasientene er frivillige innlagt, men at det allikevel var utfordrende og vanskelig å vite hva som var til det beste for pasienten. En av deltakerne sa dette:

«Hvis noen vil skrive seg ut etter den første dagen sier vi noe om at du har lov til det, men hvis jeg er bekymret for deg så kommer vi til å ringe politiet. Eller hvis du går ut nå, så er jeg bekymret for hva du finner på, så da ringer jeg politiet. Og da er det på en måte ikke helt frivillig da, hverken å bli her eller å gå ut en tur».

Deltakerne beskrev at det ikke alltid var like lett å vite hva som var best å gjøre. I sitatet over hvor en pasient ønsket å skrive seg ut sa en av deltakerne dette:

«Det føles litt rart ut, men man gjør det jo for å beskytte dem da. Da vet jeg ikke om det er vi som gjør tvangen, men det er vi som må melde fra hvis vi er såpass bekymret, og da er det en annen som utfører tvangen da. Det blir i så fall politiet. Men det kan være litt rart noen ganger å si sånn, ja det er frivillig».

I fokusgruppeintervjuet kom deltakerne med beskrivelser av en rekke hendelser der pasientene kunne oppleve å føle seg tvunget til ulike handlinger. Flere av disse hendelsene hadde til felles at deltakerne beskrev at pasientene kunne føle at de ble tvunget til enkelte ting. Særlig medisiner og personlig hygiene var deltakerne opptatt av. Opplevd tvang i forhold til medisiner og personlig hygiene blir presentert først, før deltakernes andre beskrivelser av opplevd tvang blir presentert.

Under intervjuet var medisiner noe deltakerne var opptatt av. Deltakerne beskrev at pasienter ofte var ambivalente i forhold til medisiner. Dette dreide seg om det å skulle starte på nye medisiner eller trappe ned på medisiner. En av deltakerne sa:

«Da blir det jo fort til at vi motiverer eller anbefaler. De har på en måte valget selv, men det er jo omstridt det her også da, hvor mye vi skal legge oss opp i det».

En annen deltaker svarte med:

«Vi presser jo også relativt ofte folk til å trappe ned på benzo for eksempel. Som absolutt ikke har lyst til å trappe ned på benzo».

Under intervjuet skildret deltakerne at det opplevdes noe utfordrende når pasienter opplevde en del bivirkninger. De beskrev at i situasjoner der pasienten følte seg fortvilet, så hjalp det for deltakerne å ha kunnskap om at bivirkninger ofte avtar. En av deltakerne sa:

«Så prøver vi kanskje å motivere til å holde ut noen dager til for å se om det gir seg. Det kan jo sikkert føles litt ja, at de føler seg presset da, til å gjøre det selv om det medfører en del ubehag».

Deltakerne beskrev også at det var en trygghet at den medisinske vurderingen ble tatt av en lege. Videre skildret de at legen var den som var ansvarlig overfor pasienten, og de var budbringerne og de som jobbet med pasientene. En av deltakerne sa:

«Vi får lov til å skyldte på legen, de har sagt det. Det gjør det lettere for oss sånn sett».

Under intervjuet ble det snakk om brukermedvirkning, og hvordan den ble ivaretatt i forhold til medisiner. Deltakerne beskrev at de hadde rutine for å dokumentere hvordan pasienten hadde brukermedvirkning under innleggelse. At pasientene hadde mulighet til å ytre ønske om å trappe ned på medisiner, si sin mening eller å bytte medisiner. Deltakerne beskrev allikevel at de ofte anbefalte og presset pasienter i forhold til medisiner. En av deltakerne sa:

«Vi har brukermedvirkning når det kommer til medisiner, at der er brukermedvirkningen at man sier meningen sin, og at man blir hørt i nedtrappingen av benzo. Men jeg skjønner jo at det er brukermedvirkning som vi kanskje fratar dem litt da».

En annen deltaker sa:

«Så gjør vi det jo aldri for å fjerne brukermedvirkningen da, det gjør vi aldri. Det er for å sikre den senere».

I tillegg til medisiner, var personlig hygiene hyppig tema under intervjuet. Deltakerne beskrev at det kunne være utfordrende for de psykisk syke pasientene å ivareta sin personlige hygiene. Deltakerne skildret at det var utfordrende å komme med anbefalinger eller motivere pasientene til å dusje. De beskrev at en del av deres ansvar nettopp var å ivareta den personlige hygien til pasientene, men at det var utfordrende og fort kunne bli ansett som uformell tvang. Deltakerne var noe uenig i hvor tydelige og hvor mye de skulle anbefale pasientene til å ta en dusj. En av deltakerne sa:

«Men jeg føler ikke at man har de samme mulighetene til å bastant sette ned foten klokken ni må du dusje», sånn at det ikke blir de tydelige grensene. Det blir mer motivering og prøve å pushe litt, men med medisiner bestemmer vi veldig. Der er det jo vårt ord som er lov».

En annen deltaker sa dette:

«Jeg tenker i forhold til hygiene så blir det mer og mer et krav fra oss, at hvis det påvirker medpasienter og at det blir såpass mye lukt da, så er jeg nok mere på da. Det er vel en grenseoppgang sikkert, vi tenker jo også at vi skal ivareta de rundt også».

Deltakerne beskrev at det å snakke med pasientene om personlig hygiene var viktig. Enten det var å anbefale, motivere eller å snakke om annen problematikk rundt personlig hygiene. Deltakerne skildret allikevel at det kunne være utfordrende å be pasienter om å måtte dusje eller ivareta annen personlig hygiene. En av deltakerne sa dette:

«Det oppleves nok ubehagelig syns jeg. Fordi man ønsker jo selvfølgelig at pasientene skal se det selv, men man gjør det jo som et bidrag til at pasientene skal se det selv etter hvert».

Deltakerne beskrev under intervjuet at de også var opptatt av pasientenes brukermedvirkning når det kom til personlig hygiene. En av deltakerne sa:

«Som for eksempel det med å dusje da. «Nei jeg vil gjøre det i morgen», da kan vi si at du får gjøre det i dag, eller at vi anbefaler at du gjør det i dag. Da føler jo jeg at den brukervedvirkningen egentlig er litt borte. Ofte da så prøver vi å inngå ett kompromiss, når vil du gjøre det i løpet av dagen, sånn at de kanskje får litt brukervedvirkning allikevel».

Underveis i intervjuet beskrev deltakerne at det ofte oppsto utfordrende situasjoner i forhold til personlig hygiene. Det ble tydelig at det var en gråson for hvor mye de skulle anbefale og motivere, før det ble ansett som uformell tvang. Deltakerne beskrev at de både måtte ta hensyn til pasienten selv, men også medpasienter og at det opplevdes ubehagelig og utfordrende. I tillegg var deltakerne opptatt av at pasientene skulle ha brukervedvirkning, men de beskrev at handlingene deres noen ganger fratok pasientene sin brukervedvirkning.

I tillegg til medisiner og personlig hygiene var det andre hverdagslige hendelser som deltakerne var opptatt av. Under intervjuet beskrev deltakerne at det å vekke pasientene kunne bli ansett som tvang. En av deltakerne beskrev det slik:

«Jeg tenker jo noe vi gjør daglig, som for eksempel å få pasientene opp om morgenen. Vi kaller det jo å motivere til det, men de kan jo anse det som tvang kanskje».

Deltagerne beskrev at permisjoner var en viktig del av behandlingen for de innlagte pasientene. Det å skulle forholde seg til hjemme, og prøve seg på permisjoner ble beskrevet som en sentral del av behandlingen. En av deltakerne sa:

«Jeg vet at det er en del samtaler rundt det med pasienter, også blir det til at de reiser på permisjon. Og da kan det hende at de har kjent på at de har følt seg presset eller tvunget til å reise hjem, selv om de ikke har kjent seg helt i stand til det».

Deltakerne beskrev at det var en del pasienter som drev med selvskading. De beskrev at det var mange dilemmaer knyttet til det. En av utfordringene var at mange av pasientene ønsket at ansatte skulle ta imot eller oppbevare gjenstander som hadde blitt brukt til å selvskade. Det var ikke rutine ved den aktuelle DPS å oppbevare gjenstander for pasienter. En av deltakerne sa dette:

«Vi har jo faktisk noen pasienter som kommer med oss med barberhøvlere og sier sånn «denne vil jeg ikke ha på rommet mitt». Og da oppbevarer jo faktisk ikke vi den, og det kan jo faktisk være litt. Og da sier vi at nei den må du ta ansvar for selv, enten så kaster du den eller så må du ha den på rommet, vi oppbevarer den ikke. Så det kan jo være at vi tvinger, eller at det er uformell tvang at vi ikke hjelper dem med det».

Under fokusgruppeintervjuet beskrev flere av deltakerne at det opplevdes utfordrende å ikke skulle ta imot gjenstander som pasientene hadde brukt for å skade seg selv. Felles for deltakerne var at de igjen tenkte at det var til det beste for pasienten, og at de ikke tok imot gjenstander som hadde blitt brukt til selvskading. Deltakerne begrunnet det med at det var for å ansvarliggjøre pasienten. I tillegg beskrev deltakerne at pasienten hadde kniver og andre gjenstander som kunne bli brukt til selvskading hjemme, så de forventet at pasienten tok ansvar for det selv under innleggelsen på DPS.

4.3 Rutiner og begrensninger ved avdelingen

Under fokusgruppeintervjuet var deltakerne som jobbet ved den aktuelle DPS opptatt av rutiner og regler ved avdelingen. De delte flere beskrivelser av hvordan disse rutinene både er til fordel, og ulempe for pasientene. Dette hovedtemaet tar for seg rutinene og begrensningene ved avdelingen, knyttet til uformell tvang.

Deltakerne beskrev at det var klare rammer, rutiner og regler for pasientene som var innlagt ved DPS. Et av tilbudene ved den aktuelle DPS er en brukerstyrt seng, som hele tiden ble rullert. Den brukerstyrte sengen beskrev deltakerne at det er andre rutiner for, enn ved en ordinær innleggelse. Det ble blant annet ikke gjort medisinvurdering,

det var forventet at pasientene deltok på alle aktivitetene, og det var ikke mulighet for å forlenge innleggelsen på fem dager. En av deltakerne sa:

«Det er ikke noe rom for at pasientene kan si at jeg føler jeg har behov for å være her mer, men da er det på en måte så tydelige regler og rammer der, at det ikke er noe unntak».

Deltakerne beskrev at det var vanskelig å skulle sende hjem pasienter, som de visste at absolutt ikke ønsket å reise hjem. En av de andre deltakerne sa:

«Vi ser også at de er i behov av det, men så er rammene sånn de er. Med da er det på en måte at vi anbefaler å ta kontakt med fastlege eller kommune for å sikre en god oppfølging videre».

Videre beskrev deltakerne at det var husregler ved den aktuelle DPS. En av reglene som var beskrevet i husreglene omhandlet hva det var greit å snakke om. Deltakerne beskrev at det ikke var lov for pasienter å snakke med medpasienter om sykdom og medisiner i fellesmijøet. En av deltakerne sa dette:

«For det er jo også en regel hvis man kan si det. For vi har jo noe på huset her som sier at man ikke skal snakke om sykdom og medisiner i fellesmijøet, og det er nettopp for å beskytte pasientene rundt, og den selv da selvfølgelig. Så da må vi korrigere og veilede, og grensesette på det».

Deltakerne beskrev at de ofte måtte grensesette og korrigere pasientene i forhold til hva de snakket om. Deltakerne skildret at det kunne oppleves unaturlig å grensesette pasienter i forhold til hva de pratet om, men at det var nødvendig. Deltakerne begrunnet det med at det var for å beskytte medpasienter, og pasienten selv. Deltakerne beskrev at avdelingen har en røykebu hvor pasientene har mulighet for å snakke fritt, og at røykebuen ble sett på som pasientenes friområde. Ofte var det der pasientene snakket om hva de ansatte gjorde, særlig grensesetting fortalte deltakerne. En av deltakerne sa:

«Vi har en røykebu her ute og vi har ikke kontroll på hva som skjer i den røykebuen».

I fokusgruppeintervjuet beskrev deltakerne ulike husregler og rutiner ved den aktuelle avdelingen. Deltakerne var opptatt av å følge disse reglene. Deltakerne beskrev ulike utfordringer knyttet til bruken av uformell tvang. En av deltakerne sa:

«Jeg vet ikke om jeg personlig synes det er så utfordrende med den. Fordi jeg føler at ja, det er uformell tvang, men vi har en ramme på det og vi har noen regler som vi følger, og så lenge jeg følger de føler jeg det ikke er problematisk».

Deltakerne beskrev at husreglene også var til hjelp for de ansatte i ulike situasjoner. En av deltakerne sa:

«Det er lettere å avise at noen skal ut da for eksempel, fordi man kan henvende seg til husregelen».

Deltakerne hadde ulike oppfatninger om hvorvidt det var utfordrende med uformell tvang. Enkelte deltakere beskrev at det bevisst ble brukt uformell tvang, men at det var i tråd med de reglene og rutinene avdelingen hadde. Andre deltakere beskrev at de syntes det var mer utfordrende, og at det ofte ble en gråsone for hva som var greit og ikke. Felles for deltakerne var at de opplevde støtte i husregelen når de sto i utfordrende situasjoner.

Deltakerne beskrev under fokusgruppeintervjuet at det var mange klokkeslett pasientene måtte forholde seg til under innleggelse på DPS. Det gjaldt fastsatte klokkeslett for medisiner, aktiviteter og måltider. Deltakerne beskrev at de fastsatte klokkeslettene var en del av rutinen, og at det var en del av det å være innlagt det å måtte forholde seg til de ulike klokkeslettene. Deltakerne beskrev at det ikke alltid var like lett når det var så fastsatte rutiner. I forhold til klokkeslett og medisiner sa den ene deltakeren dette:

«Jeg kom på en ting med dette med medisiner. Det her med at vi ikke gir sovemedisiner når som helst, hvis noen står opp klokka to på natta og vil ha sovemedisin så får dem ikke det. Vi har et klokkeslett vi ikke gir sovemedisin etter da».

Deltakerne beskrev at det var fastsatte klokkeslett gjennom dagen. Ikke sovemedisin etter et gitt klokkeslett var et eksempel. Deltakerne beskrev at det gjennom hele dagen var utfordringer knyttet til medisiner. I forhold til medisiner på natt beskrev en av deltakerne dette:

«På natt tenker jeg at det er mer utfordrende enn for oss på dag og kveld. For de er bare to, og de har ingen behandlere her. Sånn at de står litt mer alene i det da. Når det er en frustrert person som vil sove, så står de mer alene i det og sier «nei, det får du ikke» bare fordi hvor mye klokka er».

En av de andre deltakerne sa dette:

«Det går jo motsatt også. Det er jo ofte at vi må be de vente til klokka blir ni, hvis de vil ha sovemedisin klokken åtte. Så gir vi beskjed om at vi anbefaler sterkt å vente til klokken ni. Bare i det de kommer hit så samler jo vi inn alle medisinene, og vi tar på oss styring for alt. De mister jo sin påvirkning der».

Under fokusgruppeintervjuet beskrev deltakerne at de hadde regler på medisiner med tanke på døgnrytme, og at det ikke skulle gå utover miljøterapien på dagtid. Deltakerne beskrev at pasientene ofte ble oppgitte når de ikke fikk medisiner når de ønsket det, men at de tilpasset seg etter de fikk beskjed om at det var faste tidspunkt for medisinutlevering.

Under fokusgruppeintervjuet kom det fram at det også var faste klokkeslett for måltider, og når det ble servert kaffe. Flere av deltakerne mente at det var uformell tvang å ikke servere kaffe når som helst, og at det var en begrensning på det.

Deltakerne beskrev at det ble gjort i beste mening, for at pasientene skulle sove, men at det kunne bli ansett som uformell tvang. En av deltakerne sa dette:

«Det kan jo for eksempel være ikke noe kaffe etter klokken åtte, at det ikke er lov på avdelingen».

Låste dører var noe deltakerne var opptatt av under fokusgruppeintervjuet. Deltakerne beskrev at det var låste dører ved avdelingen, og at det naturlig kun var de ansatte som hadde nøkkel. Deltakerne skildret at det opplevdes ubehagelig at de låste seg inn på rommet til pasienter, etter de hadde gitt uttrykk for at de ønsket å være alene. En av deltakerne sa dette:

«Men det er jo litt det med at vi kan låse oss inn når som helst, at de ikke har noe valg på det. De kan ikke gjemme seg unna».

I samtale om hva som kunne være uformell tvang sa en av deltakerne dette:

«Kanskje det her med at dørene låses. Døra blir jo låst, og man kan åpne den, men nattevaktene vil jo sikkert ikke åpne dem for hva som helst på en måte. Hvis noen sier at de vil ut på natta, så tror jeg ikke nattevaktene hadde sluppet ut alle, selv om det er en åpen post».

En av de andre deltakerne i fokusgruppeintervjuet svarte med dette:

«Ja nå er det liksom natta, nå skal du sove. Det er en del av rutinen».

Sitatene over illustrerer at pasientene ikke hadde mulighet til å forlate avdelingen når de selv ønsket det, til tross for at de var frivillige innlagt. Enkelte av deltakerne beskrev at de mente at det var uformell tvang at de ikke låste ut pasientene når de ønsket det. Flere av deltakerne beskrev at det ble en begrensning i friheten til de innlagte pasientene at de ikke ble sluppet ut. Felles for deltakerne var at rutinen ved avdelingen var gjeldende, og at det innebar at pasienter ikke skulle bli sluppet ut på natten.

5 Diskusjon

Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om ansatte i psykisk helsevern sine erfaringer med hva uformell tvang kan innebære. Deltakerens forståelse av uformell tvang tar utgangspunkt i konteksten av jobben deres på en DPS. Jeg skal i dette kapitlet drøfte studiens resultater opp mot studiens teoretiske referanseramme og relevant litteratur for å belyse studiens problemstilling: «*hvordan beskriver ansatte i psykisk helsevern uformell tvang?*». Avslutningsvis blir studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet diskutert.

5.1 Brukermedvirkning og maktulikhet

Deltakerne i studien var opptatt av brukermedvirkning, og hvordan de innlagte pasientene ved DPS skulle ha brukermedvirkning i sin behandling. I samtale om hvordan deltakerne tilrettela brukermedvirkning for pasientene beskrev de at de utarbeidet et notat på hver pasient under innleggelse. Dette notatet inneholdt informasjon om hvordan pasientens muligheter for brukermedvirkning var ivaretatt. Det dreide seg blant annet om pasientenes ønsker i forhold til medisiner, pårørendesamtale og andre ønsker i forhold til innleggelsen. Innen psykiske helsetjenester er brukermedvirkning lovfestet i pasient og- brukerrettighetsloven kapittel 3 §3-1 til §3-7 (Pasient og- brukerrettighetsloven, 1999, §3-1-3-7). Loven sier at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Tilbudet skal også så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasienten selv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Til tross for at deltakerne var opptatt av at pasienten skulle ha mulighet for brukermedvirkning, så beskrev deltakerne at de regelmessig presset og anbefalte pasientene til å trappe ned på medisinene. Ofte var dette på tvers av pasienters ønske om å ikke trappe ned på medisinene de sto på. Deltakerne i studien beskrev at de ikke brukte ordet uformell tvang for å beskrive handlinger. De beskrev heller at de presset pasienter til visse handlinger. Bruk av press for å få pasientene til å gjøre det de ansatte ønsker kan forstås i sammenheng med Szmukler & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress. Det fjerde steget i hierarkiet av behandlingspress som handler om trusler er relevant. Szmukler &

Appelbaum (2008) skiller mellom trusler og tilbud, der trusler er mer problematiske enn tilbud fordi pasientene har da ikke noen mulighet til å ta et selvstendig valg (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235-236).

Tidligere forskning viser at ansatte i psykisk helsevern ofte ville overtalt pasientene til å ta medisiner, til tross for at pasienten ikke ønsket dette selv (Aasland et al., 2018, s. 109). Funn gjort i Aasland et al. (2018) samsvarer med funn gjort i min studie, der deltakerne beskrev at de presset pasientene til å trappe ned på medisiner. Deltakerne beskrev også at de forsto at de fjernet pasientenes mulighet for brukermedvirkning ved å presse dem. Deltakerne sa selv at det skjønte at det kunne bli ansett som uformell tvang, men at de allikevel presset pasientene fordi de mente at det var til det beste for pasienten.

I samspillet mellom deltakerne i denne studien og pasientene som var innlagt ved den aktuelle DPS er det alltid en maktulikhet i relasjonen deres. Dette kommer blant annet til uttrykk ved deltakernes utsagn om at de ofte sto i ulike situasjoner der de måtte fortelle pasienten hva de skulle gjøre. Det dreide seg om medisiner og forhold knyttet til personlig hygiene og permisjoner. Øye & Norvoll (2013) beskriver at en målsetning med brukermedvirkning er at pasienten skal ta større ansvar for valg som angår en selv. Økt brukermedvirkning vil ikke fjerne maktulikheten i relasjonen, men pasienten kan oppleve mer frihet, og en mulighet til å ta valg for seg selv (Øye & Norvoll, 2013, s. 95-96). Da brukermedvirkning ble innført handlet det om å utfordre maktrelasjonen mellom ansatte og pasienter, hvor det var sentralt at det ikke var de ansatte som skulle definere hva som var best for pasientene (Kogstad, 2021, s. 166).

Funn gjort i tidligere studier (Elmer et al., 2018; Valenti et al., 2015) viser at uformell tvang bevisst blir brukt av ansatte i psykiske helsetjenester. Dette fordi uformell tvang blir ansett som effektivt, men også forebyggende for å unngå formelle tvangsvedtak. I tillegg anså deltakerne i de tidligere studiene at det var viktig å ha et bevisst forhold til bruk av den uformelle tvangen, da de opplevde den etisk utfordrende. Her ble situasjoner rundt medisiner og permisjoner anvendt som aktuelle eksempler (Elmer et al., 2018, s. 401-406; Valenti et al., 2015, s. 1300-1306). Funn fra tidligere studier samsvarer godt med funn gjort i min studie. Deltakerne i denne studien var opptatt av

at pasientene ikke alltid så sitt eget beste. Dette resulterte i at deltakerne ofte opplevde at de måtte be pasienter om å dusje, rydde eller å ta medisiner. Deltakerne var bevisst på at de i enkelte situasjoner ikke ga pasientene noe valgmulighet. Deltakerne beskrev at de synes det var bedre å bruke uformell tvang, enn at det skulle få større konsekvenser senere. Deltakerne beskrev videre at de brukte uformell tvang som et forebyggende tiltak. Hem & Gonzalez (2020) beskriver at det noen ganger er nødvendig med tvang for å komme i posisjon for å kunne hjelpe pasientene, samtidig som det er viktig å være reflektert over bruken av tvang (Hem & Gonzalez, 2020, s. 87-88). Hem & Gonzalez (2020) sin forståelse av bruk av tvang samsvarer med det deltakerne i denne studien beskrev. Det at deltakerne i denne studien beskrev at det å presse pasienter noen ganger var nødvendig, kan ses i sammenheng med vennligsinnet pågåenhet. Det å stille krav, utøve press og invitere pasientene beskriver Skatvedt & Andvig (2014) som vennligsinnet pågåenhet. De beskriver at som ansatt så kan det være omsorg i det å stille krav og presse pasienten til å eksempelvis å delta på avdelingens aktiviteter. De beskriver videre at det krever en god relasjon for at press skal bidra til bedring hos pasienten (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 68-69).

5.2 Miljøterapeutiske tiltak og press

En del av rutinene ved den aktuelle DPS var at det ble gitt medisiner til faste klokkeslett gjennom dagen. Deltakerne beskrev at det kunne være utfordrende å enten be pasienter om å vente, eller å si at de ikke får medisiner. Det at sovemedisin kun blir gitt til faste tidspunkt på dagen begrunnet deltakerne med at de ikke ønsket at pasientene skulle sove utover dagen, og at det da ville gått utover miljøterapien. Skorpen et al. (2009) beskriver at miljøterapi er et bredt spekter av terapeutiske verktøy, som alle har til hensikt å bedre pasientenes situasjon på sykehus og hjemme. Innen psykiske helsetjenester inkluderer miljøterapien de daglige aktivitetene ved avdelingen, som også har til hensikt å bidra til pasientenes bedring (Skorpen et al., 2009, s. 409-410). Funn gjort i denne studien viser at deltakerne som jobber ved DPS var opptatt av rutiner, regler og aktiviteter. Deltakerne beskrev at aktiviteter var en viktig del av behandlingen til pasientene, og at det var forventning om deltakelse på de ulike aktivitetene. Det ble beskrevet at deltakelse på aktiviteter på en måte er frivillig, men at

pasientene kanskje ikke nyttiggjør seg av innleggelsen hvis de ikke deltok. Hatling (2013) beskriver at det ofte er glidende overganger mellom frivillighet og tvang (Hatling, 2013, s. 252-253). Funn gjort i denne studien viser at deltakerne hadde forventninger om at pasienten skulle innordne seg etter reglene ved avdelingen og delta på ulike aktiviteter under innleggelse. I tillegg beskrev deltakerne at til tross for at det var uformell tvang i form av at de presset pasienter, så gjorde de det fordi de anså at det var til det beste for pasienten. Rolleforskjellen mellom pasienter og ansatte kan ses i sammenheng med makt. Øye & Norvoll (2013) beskriver at makt er strukturelt til stede, fordi tjenestene er organisert på en måte som gjør at det er en forskjell på de ansatte og de innlagte pasientene (Øye & Norvoll, 2013, s. 76). Funn gjort i denne studien viser at deltakerne ikke nødvendigvis presset eller brukte uformell tvang for å ha makt, men at de anså det som nødvendig ovenfor pasientene. Deltakerne var også bevisst på at stillingen deres ved DPS gjorde at de ikke var likeverdige med pasientene, og at de hadde et annet ansvar. Martinsen (2005) beskriver at den profesjonelle og den som hjelper har fagkunnskap og en maktposisjon, som den som mottar hjelp ikke har. Derfor blir det ekstra viktig for den som gir hjelp å lytte og høre på det pasienten forteller (Martinsen, 2005, s. 39). I utfordrende situasjoner der deltakerne beskrev at de brukte uformell tvang fordi de anså det som nødvendig, ville det vært hensiktsmessig å kunne snakke og reflektere rundt situasjonen med pasienten og kollegaer i etterkant.

Det å ha permisjoner i løpet av innleggelsen anså deltakerne som en viktig del av behandlingen. Deltakerne beskrev at de ofte presset pasienter til å reise på permisjon, og at pasientene kunne føle seg tvunget til å reise på permisjon. Også i dette tilfellet er hierarkiet av behandlingspress til Szmukler & Appelbaum (2008) relevant for å forstå press. Dersom det hadde vært en samtale med pasienten, der pasientens ønske om å slippe å reise på permisjon hadde blitt hørt, så ville situasjonen tilsvart det Szmukler & Appelbaum (2008) betegner som overtalelse, som altså er den mildeste formen for behandlingspress. Siden deltakerne i denne studien beskrev at de presset pasienter, og pasientene følte seg tvunget til å reise på permisjon kan handlingene plasseres i Szmukler & Appelbaum (2008) fjerde steg i hierarkiet av behandlingspress og karakteriseres som *trusler* (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235). Også her når det gjelder å reise på permisjoner blir det glidende overganger mellom frivillighet og tvang

(Hatling, 2013, s. 252-253). Hvor deltakerne i denne studien var opptatt av at permisjoner var en viktig del av behandlingen, mens pasientene ikke alltid ønsket å reise fra avdelingen. Som ansatt i psykisk helsevern vil det være interessant å diskutere med pasientene hvorfor de ikke ønsker å reise på permisjon, og finne ut en løsning sammen. God kommunikasjon og relasjon kan bidra til en bedret opplevelse for pasientene og er vesentlig innen psykisk helsearbeid (Gonzalez, 2020, s. 58).

Deltakerne i studien var opptatt av å begrunne handlingene sine med at det var til det beste for pasienten. Det gjaldt også bruk av uformell tvang, press og anbefalinger for å få pasientene til eksempelvis dusje. Deltakerne beskrev at ved å presse og bruke litt uformell tvang, så håpet de at pasientene etter hvert skulle for eksempel dusje på eget initiativ. Funn gjort i Karlsen et al. (2018) sin studie viser at ansatte bruker uformell tvang fordi de har en tro på at det er til det beste for pasienten. De beskriver også at det er en gråsonerområde det å skulle overtale pasienter til visse handlinger, til tross for at de har sagt nei (Karlsen et al., 2018, s. 27-31). Funn gjort i denne studien og i Karlsen et al. (2018) samsvarer fordi begge studiene viser at bruk av uformell tvang ble utført fordi det ble ansett som det beste for pasientene.

5.3 Avmakt og utfordrende situasjoner

Innen psykiske helsetjenester kan makt komme til uttrykk på mange ulike måter. Øye & Norvoll (2013) beskriver at pasienter ofte kan oppleve makt som avmakt, og det kan komme til uttrykk ved at beslutninger blir tatt uten pasienten. Pasienten kan også oppleve avmakt ved at en ikke har mulighet til å komme seg unna situasjoner som oppleves krevende eller ubehagelige (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Deltakerne i denne studien beskrev en rekke hendelser der pasienten ikke hadde noen valgmuligheter, eller at pasienten ikke ble inkludert i beslutningene. Særlig de låste dørene ved avdelingen engasjerte deltakerne. Deltakerne i denne studien jobber ved en DPS der pasientene er frivillig innlagt etter §2-1 i psykisk helsevernlov (Psykisk helsevernloven, 1999, §2-1). Deltakerne beskrev allikevel at det var låste dører ved avdelingen. Deltakerne trakk fram låste dører på natten som en utfordring, hvor pasienter som ønsket å gå ut ikke fikk muligheten til det. Låste dører og det at deltakerne i denne studien ikke slapp ut hvem

som helst kan med utgangspunkt i Szmukler & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress minne om tvang og trusler som betegnes som den nest strengeste formen for behandlingspress i hierarkiet (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235). Det at deltakerne ikke slapp ut de frivillige innlagte pasientene har kunnet bidra til at pasientenes opplevelse av avmakt ble forsterket fordi de opplevde å ikke ha noe valg og følte seg tvunget til å bli på DPS (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Slike situasjoner kan bidra til å forsterke maktubalansen mellom deltakerne og pasienten. Det blir et tydelig skille mellom hvem som er i posisjon til å fortelle hva den andre skal gjøre. Det blir ekstra viktig i slike situasjoner å være respektfull ovenfor pasienten, slik at følelsen av avmakt ikke blir forsterket ytterligere (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-83).

Funn gjort i denne studien viser at deltakerne sto i utfordrende situasjonen i sin arbeidshverdag på DPS. Deltakerne beskrev at det opplevdes utfordrende når pasienter de er bekymret for ønsket å forlate avdelingen. Deltakerne beskrev videre at de ofte havnet i en forhandling med pasienten der de begrunnet sin bekymring, og fortalte at de var nødt til å ringe politiet hvis de ble bekymret. Det er en balansegang mellom å true pasienten til å bli på avdelingen, og det å komme med trusler om å ringe politiet. Det kan ses i sammenheng med Szmukler & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress. Når deltakerne ikke ga pasientene noen valgmuligheter kan det plasseres i det fjerde steget i hierarkiet *trusler*. Dersom pasienten allikevel velger å reise, og deltakerne måtte ringe politiet og noen andre utførte tvangen vil det bli plassert i den femte og strengeste formen for behandlingspress *tvang* (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235-239). Deltakerne beskrev at balansegangen mellom frivillighet og tvang kunne oppleves utfordrende, og at det kunne bli ansett som uformell tvang fordi pasienten ikke fikk en valgmulighet. I tillegg beskrev deltakerne at de ofte gjorde handlinger for å skåne eller hjelpe pasienten, men at det kunne bli ansett som uformell tvang. Når pasienter ikke får en valgmulighet eller en mulighet til å komme unna kan det forstås som avmakt (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Deltakerne beskrev at det opplevdes ubehagelig å stille krav til pasientene, men at det allikevel var nødvendig at de tok den rollen ovenfor de innlagte pasientene.

Maktens dualitet er relevant for å forstå pasientenes opplevelse av å føle avmakt og få begrensning av frihet. Øye & Norvoll (2013) beskriver at maktens dualitet handler om at makten på den ene siden kan være krenkende eller skadelig og på den andre siden være myndiggjørende eller det å handle når det er nødvendig. Når pasientene ikke opplever å få en valgmulighet vil makten være hemmende. Det er fordi pasientene opplever en begrensning i frihet og mister sin autonomi (Øye & Norvoll, 2013, s. 75).

Funn i denne studien viser at deltakerne var opptatt av pasienter som drev med selvskading, og at selvskading skapte mange ulike dilemmaer som deltakerne måtte forholde seg til. Deltakerne opplevde det utfordrende at det ikke var helt klare retningslinjer for hvordan de skulle håndtere pasienter som hadde selvskadet. Funn gjort i Aasland et al. (2018) viser at individuelle meninger ofte overstyrer lovverket i forhold til bruk av tvang (Aasland et al., 2018, s. 109-112). Tofthagen & Gonzalez (2020) beskriver at innlagte pasienter kan oppleve ulike tilnærminger fra ansatte i psykisk helsevern dersom de skader seg selv. Enkelte steder får pasienten selvskade, men ved andre avdelinger blir pasienten stoppet. Ulik faglig tilnærming ved selvskading forekommer, det kan komme til uttrykk ved å forby selvskading, være til stede eller å bruke tvang for å unngå selvskading (Tofthagen & Gonzalez, 2020, s. 324). Funn gjort i denne studien viser at deltakerne har valgt en tilnærming der de ikke fratruk pasienten som har selvskadet redskapene som er blitt brukt. Dette ble begrunnet med at de ønsket at pasienten skulle ta ansvar for det selv. Deltakerne beskrev også at det kunne være uformell tvang at de ikke hjalp pasienter som har selvskadet, og at pasienten satt igjen med en følelse av opplevd tvang. For å forstå pasientenes opplevelse av tvang og å ikke ha valgmuligheter er Øye (2018) sin beskrivelse av Foucault sin tenkning om sublim tvangsformer relevant. Foucault mener at sublim tvangsformer handler om at frihet må regnes som en forutsetning for utøvelsen av makt. Hvis ikke anses det som tvang (Øye, 2018, s. 103). Innen psykisk helsevern kan det komme til uttrykk ved at pasienter som ønsker å levere fra seg redskaper som er blitt brukt til selvskading ikke får mulighet til det, så anses det som tvang. Fordi de ikke opplevde en valgmulighet.

5.4 Husregler og sosial kontroll

Funn i denne studien viser at det er mange regler og rutiner som pasienter og deltakerne som jobber ved DPS måtte forholde seg til. Deltakerne var særlig opptatt av husreglene. Disse opplevde deltakerne som en støtte, og kunne begrunne mange av handlingene sine ved å henvise til husreglene. Noen av husreglene ved den aktuelle DPS slår fast at pasienter ikke skulle snakke med medpasienter om medisiner og sykdom. Husregler skal være nødvendige, og ansatte har ikke mulighet til å fritt lage og innføre ulike husregler. Husreglene skal gjenspeile de rammer og regler ellers i samfunnet (Stensrud, 2020, s. 421). Deltakerne beskrev at de korrigerte, veiledet og grensesatt pasienter i forhold til hva de snakket om. Det å korrigere, veilede og grensesette kan ses i sammenheng med sosial kontroll og makt. Øye & Norvoll (2013) beskriver at hensikten med sosial kontroll er å begrense ulike former for atferd. Innen psykiske helsetjenester kan det være å grensesette og iverksette ulike miljøtiltak for å få pasienten til å endre atferd (Øye & Norvoll, 2013, s. 77). Deltakerne i denne studien beskrev at det var nødvendig at de måtte grensesette pasienter. Dette fordi deltakerne anså det som nødvendig å beskytte pasienten som delte egne sykdomserfaringer og av hensyn til medpasienter. Enkelte av deltakerne beskrev at de opplevde det uproblematisk å grensesette pasientene, til tross for at det kunne bli ansett som uformell tvang. Dette ble begrunnet med at så lenge grensesettingen var i henhold til eksisterende husregler, så opplevde ikke deltakerne det som problematisk. Funn fra tidligere forskning viser også at ansatte innen psykisk helse anser det som uformell tvang å henvise til husregler og rutiner ved avdelingen i samtale med pasienter (Pelto-Piri et al., 2019, s. 2-4). Klingemann et al. (2022) sin studie viser derimot at pasienter ikke anser overtalelse, råd og veiledning som uformell tvang, men at det heller er behandlingspress. Dette blir begrunnet med at behandlingspress ikke fratår pasientene sin autonomi til å ta selvstendige valg (Klingemann et al., 2022, s. 461-462). Overtalelse er den mildeste formen for press i hierarkiet av behandlingspress (Szmukler & Appelbaum, 2008, s. 235). Funn gjort i tidligere studier og deltakernes erfaringer fra denne studien viste at det var varierende meninger om det er uformell tvang å grensesette og korrigere pasienter (Klingemann et al., 2022, s. 461-462; Pelto-Piri et al., 2019, s. 2-4). Det vil være varierende praksis i forhold til det å grensesette og veilede pasienter ved ulike avdelinger innen psykisk helsevern. Det kan være en fordel å diskutere grensesetting og

veiledning på arbeidsplassen, fordi ansatte kan ha ulik tilnærming til hva som er akseptabelt og hva som anses som uformell tvang. Husum et al. (2018) beskriver viktigheten av å diskutere utfordringer på arbeidsplassen, nettopp for å avdekke uheldig praksis knyttet til uformell tvang og etiske utfordringer (Husum et al., 2018, s. 108-110). Dette vil være relevant innen psykisk helsevern, kommunale psykiske helsetjenester og i andre sektorer i samfunnet der det er arbeides med mennesker.

Den sosiale kontrollen som deltakerne beskrev at de utøvde ovenfor pasientene muliggjøres fordi det var en maktulikhet. Deltakerne i denne studien som er ansatte ved DPS hadde en annen rolle enn de innlagte pasientene, og deltakerne var i en posisjon der de kunne korrigere og grensesette. Maktulikheten mellom deltakerne og pasientene muliggjorde at deltakerne kunne bruke uformell tvang, og at pasientene kunne føle avmakt som resultat av den uformelle tvangen (Øye & Norvoll, 2013, s. 80-81). Skorpen et al. (2009) sin studie viser at røykerom er pasientenes friområde, der pasienter kan være uten ansattes tilstedeværelse (Skorpen et al., 2009, s. 411). Dette samsvarer med funn gjort i denne studien. Deltakerne i denne studien beskrev at de ikke hadde kontroll på hva som skjedde i røykebuen, og at de anså det som pasientenes område. Røykebuen blir pasientenes område, der de kan diskutere de ansattes grensesetting og andre temaer som ikke kan diskuteres i fellesmiljøet.

5.5 Studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

Jeg skal her reflektere over mine metodevalg med utgangspunkt i pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Innen kvalitativ forskning blir begreper som pålitelighet, gyldighet og overførbarhet brukt for å si noe om kvaliteten på forskningen (Tjora, 2021, s. 259). Jeg vil nå redegjøre for hvordan dette er relevant i forhold til denne studien, og hvilke betraktninger jeg har gjort meg underveis i arbeidet med denne studien.

Pålitelighet

Pålitelighet i kvalitativ forskning handler om at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Ved å beskrive konkret og spesifikt hvilke fremgangsmåter som er brukt for å utvikle data, vil det være med på å styrke påliteligheten ved studien

(Thagaard, 2018, s. 188). Fremgangsmåter som er relevant å beskrive for å styrke påliteligheten ved studien er hvilke data som er brukt, hvordan det er samlet inn og hvordan de er bearbeidet (Johannessen et al., 2021, s. 256). Jeg har forsøkt å gjengi mine fremgangsmåter for datainnsamling så detaljert som mulig i kapittel 3 *metoder*.

I tillegg vil det være relevant å beskrive hvilken kontekst studien er gjennomført i, og hvilken relasjon forskeren har til deltakerne (Thagaard, 2018, s. 188). Jeg bestemte meg tidlig i arbeidet med masteroppgaven at jeg ønsket å gjennomføre intervjuet på en annen DPS enn den jeg jobber på. Dette fordi jeg ikke ønsket å ha kjennskap til deltakerne eller rutinene ved avdelingen. Jeg så for meg at jeg hadde gått glipp av noe vesentlig hvis jeg allerede kjente til rutinene. Under intervjuet forsøkte jeg å være undrende til det deltakerne fortalte og stille åpne spørsmål.

Gyldighet

Gyldigheten av studien knyttes til forskningen og hvordan vi tolker data, og i tillegg hvordan valgte fremgangsmåter og funn på riktig måte reflekterer formålet med studien (Johannessen et al., 2021, s. 256; Thagaard, 2018, s. 189). Gyldigheten ved studien styrkes ved at en annen person går gjennom analysen og resultatene. Det kan knyttes til *kommunikativt validitet* som går ut på at nettopp en annen person går igjennom dine analyser og resultater, og at de blir drøftet (Thoresen et al., 2020, s. 89). I arbeidet med denne studien har analysen, resultatene og relevant litteratur blitt diskutert med veileder, noe som er med på å styrke gyldigheten ved studien. I arbeidet med fremstilling av resultater forsøkte jeg å gjøre et tydelig skille mellom mine tolkninger, og deltakernes utsagn for å ivareta gyldigheten.

Overførbarhet

Thorsen et al. (2020) mener at resultatene fra en kvalitativ studie ikke kan generaliseres. Innen fenomenologiske studier er det ofte få deltakere, og da kan ikke resultatene generaliseres. Resultatene fra studien kan allikevel ha relevans og betydning for andre enn de som deltar i studien (Thoresen et al., 2020, s. 90). Hensikten med denne studien var å utvikle kunnskap om ansatte i psykisk helsevern sine erfaringer med

hva uformell tvang kan innebære. Om ikke resultatene fra denne studien kan generaliseres grunnet lavt antall deltakere i fokusgruppeintervjuet, så kan resultatene ha betydning og relevans. Studien kan ha bidratt til diskusjon om uformell tvang ved den aktuelle DPS. I tillegg til diskusjon om ulike utfordringer som de ansatte hver dag står ovenfor. Videre kan kanskje studien bidra til refleksjon og diskusjon rundt uformell tvang. Diskusjon rundt uformell tvang kan tenkes er relevant ved andre DPS der pasientene er frivillig innlagt, men også i andre deler av spesialisthelsetjenesten og i det kommunale psykiske helsetjenestene.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å utvikle kunnskap om ansatte i psykisk helsevern sine erfaringer med hva uformell tvang kan innebære. Ved hjelp av fokusgruppeintervju har jeg undersøkt hvordan ansatte ved et DPS beskriver og forstår uformell tvang med utgangspunkt i deres arbeidshverdag. Sentrale funn viser at deltakerne ikke nødvendigvis benyttet betegnelsen uformell tvang. Deltakernes forståelse av begrepet innebar at de forsto at uformell tvang var mer enn det de var bevisst på, og at de ofte brukte uformell tvang uten å helt være bevisst på det. Funn i studien viste også at deltakerne heller pratet om å presse, motivere, anbefale og komme med henstillinger til pasientene fremfor å benytte betegnelsen uformell tvang. I situasjoner hvor uformell tvang var aktuelt kom deltakerne med flere eksempler. Det dreier seg blant annet om medisiner, husregler, grensesetting, personlig hygiene, permisjoner og lengde på innleggelse. Avdelingens rutiner og fastsatte klokkeslett viste seg å ha betydning for uformell tvang. Det kom til uttrykk ved at deltakerne beskrev at de måtte presse pasienten til ulike handlinger, til tross for at pasienten ikke ønsket det. Funn i studien viser at Szmulik & Appelbaum (2008) sitt hierarki av behandlingspress er relevant for å forstå deltakernes erfaringer og beskrivelser av uformell tvang, samt at handlingene deres kan plasseres i de ulike nivåene i hierarkiet.

Ubalansen i relasjonen mellom de innlagte pasientene og deltakerne i studien viste seg å ha betydning for samarbeidet. Deltakerne var bevisst på at de hadde en rolle og et ansvar overfor pasientene. Ubalansen i makt kommer til uttrykk ved at deltakerne var i en posisjon der de kunne fortelle pasientene hva de skulle gjøre, og ikke. Til tross for maktubalansen tyder funn i studien på at deltakerne ikke brukte uformell tvang for å gjøre forskjellen større, men fordi de anså det som nødvendig at de tok den rollen ovenfor pasientene og at det kunne være til hjelp for pasientene på et senere tidspunkt.

Studien har noen implikasjoner for videre forskning. Det ville vært interessant og viktig å forske videre på uformell tvang, fordi det har stor betydning for hvordan pasienter opplever behandling. Samtidig er det viktig å kunne diskutere utfordrende situasjoner blant ansatte. Det er aktuelt med videre forskning på uformell tvang fra både ansatt og pasientperspektivet. Forskning på uformell tvang er aktuelt i andre avdelinger innen

psykisk helsevern, kommunalt psykisk helsearbeid og i arbeid med mennesker med psykiske lidelser. Det vil ha relevans i andre deler av samfunnet hvor det arbeides med mennesker.

Referanser

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., Mahlke, C., Heumann, K., Theodoridou, A. & Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262, 400-406.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge* (ISBN: 978-82-8082-878-1).

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid- sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutiske tilnærminger* (s. 57-67). Gyldendal.

Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I Norvoll, R. (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 243-284). Gyldendal.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (IS-2314). Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2021). *Kontroll av tvangsbruk 2020* (IS-3018). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202020>

[0.pdf/ / attachment/inline/51df21df-399e-4451-b5c4-b8ea2535e925:047ffd3fc68f2ab80f92921ecf4f3feebc83c82c/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202020.pdf](https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly)

Helsedirektoratet. (u.å.). *Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern*. Hentet 4.

Januar 2023 fra

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>

Hem, M. H. & Gonzalez, M. T. (2020). Etske utfordringer I arbeid med mennesker med psykiske lidelser. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 84-94). Gyldendal.

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

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

Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Etske dilemmaer ved bruk av tvang. I Pedersen, R. & Nortvedt, P. (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 190-209). Gyldendal Akademiske.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg.). Cappelen Damm Akademiske.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6.utg.). Abstrakt forlag.

Karlsen, H., Gjerberg, E., Førde, R., Magelssen, M., Pedersen, R. & Lillemoen, L. (2018). Etikkarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste. *Nordisk sygeplejeforskning* 8(1), 22-36. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-01-03>

- Klingemann, J., Switaj, P., Lasalavia, A. & Priebe, S. (2022). Behind the screen of voluntary psychiatric hospital admissions: A qualitative exploration of treatment pressures and informal coercion in experiences of patients in Italy, Poland and the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry* 68(2), (457-464). <https://doi.org/10.1177/00207640211003942>
- Kogstad, R. (2021). *Etikk og menneskerettigheter i psykisk helsevern*. Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern: -erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*. Erfaringskompetanse.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2017). *Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud: en nasjonal kartlegging*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2022-12-16-92). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pedersen, R. (2020). Tvang. I Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 94-105). Gyldendal.

- Pelto-Piri, V., Kjellin, L., Hylén, U., Valenti, E. & Priebe, S. (2019). Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study. *BMC Research Notes* 12(1), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4823-x>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Ramsdal, H. (2020). Tjenesteperspektiver på psykisk helsearbeid. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 476-483). Gyldendal.
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning* 9(1), 64-70. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.20>
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A. B. (2009). Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: Report from field work in a lock-up ward illustrated with a constructed case. *International Journal of Mental Health Nursing* 18(6), 409-416. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00630.x>
- Stensrud, B. (2020). Kliniske situasjoner som kan innebære bruk av tvang. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 419-429). Gyldendal.
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health* 17(3), 233-244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Fagbokforlaget.

Thoresen, L., Rugseh, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder* (4.utg.). Gyldendal.

Toftthagen, R. & Gonzalez, M. T. (2020). Å skade seg selv- forståelse og tilnærming. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 322-330). Gyldendal.

Tvangsforskning. (u.å.). *Forskningsplan 2020-2015*. Hentet 5. Januar 2023 fra <https://tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2022/05/Forskningsplan-2020-2025.pdf>

Valenti, E., Banks, C., Clacedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffman, K-A., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Mendoza, O. M., Mundt, A. P., Rugkåsa, J., Tubini, J. & Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1297–1308. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3>

Øye, C. (2018). På vei hjem? Frihetstvang og frihetstrang på sykehjem. I Øye, C., Sørensen, N. Ø. & Martinsen, K, *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene* (s. 91-109). Fagbokforlaget.

Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I Norvoll, R. (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 73- 97). Gyldendal.

Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>

Oversikt over tabeller og vedlegg

Tabell 1: Søkelogg

Tabell 1. Søkelogg			
Del A. Databasevalg	Del B. Søkeord med kombinasjonsord (AND brukes for å koble sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Del C. Eventuelle avgrensninger	Del D. Antall treff
EBSCOhost	Coercion OR informal coercion AND mental health OR psychiatry AND experience OR attitude AND ethics AND medical	Fagfellevurdert 2010-2023	82
Oria	Coercion OR informal coercion AND mental health AND psychiatry	Fagfellevurdert 2010-2023 Engelsk eller norsk språk	37
Oria	Tvang AND psykisk helse AND uformell	Fagfellevurdert 2010-2023	18
Del E. Totalt antall treff (minus duplikater)			137

Tabell 2: Utvelgelse av litteratur

Tabell 2 (eksempel 1) - Utvelgelse av litteratur		
Steg 1	Litteratursøk – totalt antall treff fra Tabell 1 Del E.	N=137
2	Ekskludert; ikke relevant etter lesing av tittel og abstrakt	N=101
3	Ekskludert etter lesing av fulltekst: ikke relevant for tema/problemstilling, manglende kvalitet	N=11

4	Inkludert, potensielt relevant; hentet fra andre kilder f.eks. litteraturlister, tips fra medstudent/lærer osv.	
5	Fulltekst litteratur, potensielt relevant for tema/problemstilling	N=16
6	Ekskludert: Ikke relevant/manglende kvalitet etter lesing av fulltekst	N=9
7	Inkludert fulltekst litteratur, relevant for tema/problemstilling	=7 Aasland et al. 2018 Elmer et al. 2018 Husum et al. 2018 Karlsen et al. 2018 Klingemann et al. 2022 Pelto-Piri et al. 2019 Valenti et al. 2015

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

13.12.2022, 11:03



[Meldeskjema](#) / [Uformell tvang i psykisk helsevern](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

945488

Vurderingstype

Automatisk

Dato

07.12.2022

Prosjekttittel

Uformell tvang i psykisk helsevern

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig

Knut Tore Sælør

Student

Elise Novum

Prosjektperiode

01.12.2022 - 31.07.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.07.2023.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/63834db4-97b0-4aec-98e8-74fbffdbd258>

Side 1 av 2

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Uformell tvang i psykisk helsevern»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke ansattes beskrivelser og forståelse av hva uformell tvang kan innebære i psykisk helsevern*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave i regi av universitet i Sørøst-Norge. Hvor jeg ønsker å undersøke ansatte i psykisk helsevern sine beskrivelser og forståelse av uformell tvang. Det er ønskelig at psykiske helsetjenester i størst mulig grad er basert på frivillighet. Samtidig viser tall fra Helseledningsdirektoratet at det har vært en jevn økning i antall tvangsmiddelvedtak fra 2015-2021. Flere studier viser at uformell tvang reiser flere etiske utfordringer, og at det foreligger ulikt syn på hva uformell tvang innebærer. Det mangler kunnskap om den uformelle tvangen i en norsk kontekst.

Masteroppgavens problemstilling er følgende:

«Hvordan forstår og beskriver ansatte i psykisk helsevern uformell tvang?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du er ansatt i psykisk helsevern. Målet er å rekruttere ca. 10 personer, og gjennomføre 2 fokusgrupper med 3-5 deltagere i hvert intervju.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det å være med på et fokusgruppeintervju med varighet på ca. 1 time. I gruppeintervjuet vil det være 3-5 deltakere, og jeg som intervjuer. Spørsmålene under intervjuet vil handle om forståelse av uformell tvang, hvordan dere beskriver det og hvordan det er å skille mellom formell og uformell tvang. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak, og anonymisert i transkriberingen. Personopplysninger som bli innsamlet er kjønn, alder og utdanning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Tilgang til datamaterialet er begrenset til student Elise Novum og veileder Knut Tore Sælør.

- Personopplysninger vil bli oppbevart adskilt fra det øvrige datamaterialet.
- Lydopptak fra intervjuet blir sikkert lagret på nettskjema. Navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste, adskilt fra øvrige data.
- Utdrag fra intervjuene vil bli brukt i masteroppgaven, men informantene vil ikke bli gjenkjent i publikasjonen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Under arbeidet med masteroppgaven vil datamaterialet anonymiseres, og det vil ikke være mulig å spore til enkeltpersoner. Prosjektet vil etter planen avsluttes 31. Juli 2023, og etter prosjektet er godkjent vil personopplysninger som er blitt behandlet bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD Norsk senter for forskningsdata vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved masterstudent Elise Novum på telefon 97649331 eller på epost elisen@live.no eller prosjektansvarlig Knut Tore Sælør på epost knut.tore.salor@usn.no
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg på telefon 35575053 / 91860041 eller på epost paal.a.solberg@usn.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53211500.

Ønsker du å delta i studien oppfordres du til å ta kontakt med:

- Masterstudent Elise Novum på epost elisen@live.no eller på telefon 97649331

Med vennlig hilsen

Elise Novum
Student

Knut Tore Sælør
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *uformell tvang i psykisk helsevern*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Bakgrunn

- Navn
- Alder
- Hva er deres utdanning?
- Hvor lenge har du arbeidet på denne arbeidsplassen?

Spørsmål:

Hva tenker dere at uformell tvang innebærer?

- Kan dere komme med eksempler
- Ønsker dere å utdype enda mer
- Er det noe mer dere ønsker å tilføye etter å ha hørt på de andre?
-

Med utgangspunkt i deres arbeidshverdag her på DPS- Hva opplever dere som utfordrende med uformell tvang?

- Har dere eksempler
- Kan dere fortelle om en situasjon der dere har opplevd/brukt uformell tvang?
- Hva er utfordrende

Hvordan snakker dere om uformell tvang i personalgruppen?

- Møter dere noen utfordringer
- Har dere eksempler
- Er det vanskelig å snakke om, helt greit

I hvilke situasjoner er uformell tvang aktuelt?

- Tema: medisinerings, personlig hygiene, grensesetting eller permisjoner
- Har dere eksempler
- Opplevs det utfordrende
- Hva kunne vært annerledes
- Hvordan tror dere at det påvirker pasientene