



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnenamn: SYKSB3001

Emnekode: Sjukepleie, forskning og fagutvikling
(bacheloroppgåve)

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 47

Leveringsfrist: 21.02.2014

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Vegleiar: Tove Klepsvik



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

BRUK AV TVANG I PSYKIATRISKHELSETENESTE

Bevaring av verdighet under utførelse av tvang

Bacheloroppgave i sjukepleie, HSH avd. Stord, 2014

Kull 2011

Antall ord: 8022

Samandrag

Tittel: Bruk av tvang i psykiatrisk helseteneste

Bakgrunn for val av tema : Temaet har i seinare tid fått nasjonalt auka merksemd rundt . Eg har gjennom utdanninga mi vert i situasjonar der tvang blir utført, og den medfølelsen hadde for pasienten i etterkant har fremma lysta til å få meir kunnskap om korleis eg kan best mogleg kan opptre i ein slik situasjon.

Problemformulering : ”Korleis kan ein som sjukepleiar utøve bruk av tvang og samtidig ivareta verdigheten til pasienten? ”

Oppgåvas hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å auke kunnskapen kom korleis ein kan ivareta verdigheten til pasienten sjølv om ein er i ein situasjon der ein utøver tvang og leite etter, for så å belyse, forslag som kan vere med på å betre utøvinga av sjukepleie.

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudie der søk etter forskning har føregått i databasar som CINAHL og OvidNursing. Studiane er plukka ut etter søk med søkeorda ”nursing”, ”psychiatry”, ”dignity”, ”compulsion”, ”coercion”, ”seclusion” og ”restraint”. Ut frå søk med de nemnte søkeorda blei fire forskingsartiklar valt ut. Oppgåva presenterer studiane og drøftar dei opp mot kvarandre, anna teori og mine egne synspunkt.

Resultat: Funna de 4 forskingsartiklane som er inkludert kjem med forslag til handlingar som skal vere med på å ivareta verdigheten til pasienten. To av forskingsartiklane er skriven ut frå sjukepleiaren sine erfaringar, og ein tar føre seg pasientperspektivet. Fellestrekka for artiklane er at de ynskjer å bidra til forbetre praksis slik at pasientens verdighet kan bli ivaretatt.

Oppsummering: Ein har som sjukepleiar plikt til å ivareta pasientens verdighet, og sjølv om kriteria for at ein tvangsbestemmeing blir innfridd, så forsvinner ikkje denne plikta. Å klare å ivareta pasientens verdighet under utøvelsen av tvang er ei oppgåve som stiller krav til utøvelsen av sjukepleie. Gjennom å ha kunnskap om kva som er med på å ivareta og kva som krenkar verdighet, kan sjukepleiaren ha eit betre grunnlag for å kunne oppnå ivaretakelse av pasientens verdighet.

Nøkkelord : Psykiatri, sjukepleie, verdighet, tvang

Summary

Title: Use of coercion in mental health services.

Background: The subject has in recent years gained increased national attention. I have throughout my nursing studies been in situations where force has been used. I have felt compassion for the patient, and this forms the background for a wish to increase my knowledge on what the best way to act in such situations can be.

Issue: “How can one as a nurse execute the use of force, but at the same time preserve the dignity of the patient?”

Purpose: The purpose of this assignment is to increase the knowledge about how to preserve the dignity of a patient, even throughout situations where force is used. The assignment will look for, and try to shed light on, suggestions that can improve the executing of nursing.

Method: The assignment is a literary study. Data bases such as CINAHL and OvidNursing have been used to find relevant research on the subject. The studies have been picked out by using the following search words: “nursing”, “psychiatry”, “dignity”, “compulsion”, “coercion”, “seclusion” and “restraint”. Out of the results found by the mentioned search words, four research articles were chosen. This assignment will present the studies, and they will be discussed, both by comparing them to each other, but also with the use of different theory and my own thoughts.

Results: The findings in the four research articles that have been included give suggestions for actions that can help to preserve the dignity of the patient. Two of the articles are written out of the experiences of the nurse, and one other deals with the perspective of the patient.

Summary: As a nurse, it is one's duty to preserve a patient's dignity, and even though the criteria for the use of force are not followed, this duty does not disappear. To be able to keep the patient's dignity whilst executing force, is a demanding task in the execution of nursing. Through having knowledge about what preserves, but also what violates, dignity, the nurse may have a better foundation to achieve preservation of the patient's dignity.

Key words: Psychiatry, nursing, dignity, coercion

INNHALDSLISTE

| | |
|---|----|
| 1. INNLEIING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for val av tema | 1 |
| 1.2 Problemformulering | 1 |
| 1.3 Avgrensing og presisering | 2 |
| 2 TEORI | 3 |
| 2.1 Sjukepleieteori..... | 3 |
| 2.1.1 Empati..... | 3 |
| 2.1.2 Sympati..... | 4 |
| 2.1.3 Kommunikasjon..... | 4 |
| 2.1.4 Menneske-til-menneske-forholdet..... | 5 |
| 2.2 Verdighet..... | 5 |
| 2.3 Lovverk | 6 |
| 2.3.1 Psykisk helsevernlov | 6 |
| 2.3.2 Pasientrettighetsloven | 7 |
| 2.3.3 Yrkesetiske retningslinjer..... | 7 |
| 2.4 Tvang | 8 |
| 2.4.1 Kva er tvang ? | 8 |
| 2.4.2 Bruk av tvang i psykiske helsetenester..... | 9 |
| 2.4.3 Effekt av tvang..... | 9 |
| 3 METODE | 10 |
| 3.1 Litteraturstudie | 10 |
| 3.2 Framgangsmåte | 11 |
| 3.2.1 Tabell 1 – CINAHL | 12 |
| 3.2.2 Tabell 2 – CINAHL | 12 |
| 3.2.3 Tabell 2 – OvidNusing | 13 |
| 3.3 Metodekritikk..... | 13 |
| 3.4 Forskingsetikk..... | 15 |
| 4 RESULTAT..... | 15 |
| 4.1 Presentasjon av artiklar..... | 15 |
| 5 DRØFTING..... | 19 |
| 5.1 Avslutning..... | 24 |
| REFERANSELISTE | 26 |

VEDLEGG 1 – Resultattabell

1. INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom utdanninga mi har forståing av opplevinga av det å vere pasient vert ein sentral del. Gjennom å sjå positive og negative pasientopplevingar kan ein vurdere korleis jobben ein gjer i helsevesenet blir sett på av pasienten. Dette kan vere med på å bidra til eit betre tilbod for mottakaren av helsetenesta. På nyåret i 2013 hadde eg mine 8 veker praksis i psykisk helsevern på lukka avdeling på psykiatrisk sjukehus. Tema til bachelor oppgåva har eg valt på bakgrunn av erfaringar frå denne praksisperioden. Det var i min andre praksisperiode eg hadde mitt første møte med psykisk helearbeid, eg var relativt ny som sjukepleiarstudent og eg hadde ikkje erfaringar som gjorde meg forberedt på denne type arbeid. Det var mange nye inntrykk å få gjennom å arbeide med psykisk helse, nokre av dei som sitt godt igjen omhandlar bruk av tvang. Eg har sjølve ikkje vert fysisk med på å bruke tvang på pasientar, men var vitne til dette gjennom praksisperioden min. Bruk av tvang kan etter mine erfaringar ytre seg på mange ulike måtar, i nokre situasjonar tar ein med seg som positive erfaringar, og andre kan ein stille spørsmålet til om blei gjort på best mogleg måte. Eg har gjennom mine erfaringar fått eit syn der eg ser på tvang som eit , til tider, nødvendig tiltak, men som i mange tilfelle opplevas negativt for pasienten.

Hatling(2013, s.243) skriv at bruken av tvang i behandlinga av personar med psykiske lidelsar blir sett på som eit av dei mest aktuelle og kontroversielle områda i den psykisk helsetenesta i Noreg. Noreg har i seinare tid hatt høg merksemd rundt dette området.

På grunnlag av eigne opplevingar og utsegn frå pensum litteratur ynskjer eg å auka kunnskapen min om korleis eg som sjukepleiar kan utøve tvang på best mogleg måte slik at eg seinare kan yte god sjukepleie.

1.2 Problemformulering

”Korleis kan ein som sjukepleiar utøve bruk av tvang og samtidig ivareta verdigheten til pasienten? ”

1.3 Avgrensing og presisering

Oppgåva er skriven som ein litteraturstudie for å utforske temaet. Teorien i oppgåva er prioritert på grunnlag av problemstillinga mi.. Lover er til dømes med i oppgåva fordi det regulerer sjukepleiaren sin utførelse av tvang. Oppgåva sett ikkje avgrensingar for kva bruk av tvang som blir utført, alle situasjonar som er prega av ein tvangshandling må utførast med intensjon om å ivareta verdigheten til pasienten. Det er ikkje sett avgrensingar til kva aldersgruppe pasientane skal vere under, men oppgåva går ikkje inn på barne og ungdomspsykiatrien.

Oppgåva er skriven ut frå tanken om at ein samhandlar med pasienten uansett kva situasjon ein er i. På grunnlag av dette bygger oppgåva på Joyce Travelbee sin sjukepleieteori som bygger på samhandling og de mellommenneskelege aspekta ved sjukepleie (Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A., 2011, s. 213).

Eg har valt å bruke ordet sjukepleiar i drøftinga, sjølv om artiklar har brukt ordet omsorgsperson, helsearbeider og liknande. Dette for å gjere oppgåve meir konkret i forhold til problemstillinga.

2 TEORI

2.1 Sjukepleieteori

Travelbee J.(1926-1973) bygger sin teori på eit eksistensialistisk menneskesyn og meiner at liding og smerte er ein uunngåeleg del av det menneskelege livet. Sjukepleie skal bestå av å hjelpe den sjuke til å finne mening i situasjonen sin. Travelbee(1999) sin teori tar for seg ulike fasar for å oppnå det ho kallar menneske-til-menneske-forhold mellom den sjuke og sjukepleiaren. Travelbee(1999, s.29) definerer sjukepleie slik :

Sjukepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sjukepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringar med sjukdom, lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringane.

2.1.1 *Empati*

Blir beskrive som evna til å trenge inn i eller å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som ein anna person er i der og da. Samtidig skal ein halde sitt eige liv åtskild. Empati er ein bevisst intellektuell prosess som ikkje er avhengig av om ein liker eller misliker den andre parten. Empati er ikkje ein kontinuerleg prosess, men kan opplevast i enkelte situasjonar, glimt og augeblikk. Travelbee sin forståing av empati skil seg frå nyare empatiforskning i fag som psykologi, filosofi og etterkvart medisin (Travelbee, 1999).

Som Lillestø B. (2010, s410-411) seier inneberer empati å vere i stand til, så lenge det er mulig, å sette seg inn i samt forstå koreleis pasienten har det og opplever sin eigen situasjon. Det er likevull grenser for kor langt sjukepleiaren skal gå når det kjem til å møte pasienten. Det å lage ein nær og personleg kontakt, er ein relasjon ein ellers forbeheld familie og nære venner. Derfor kan ein stille spørsmålsteikn til om empatiomgrepet er tilstrekkeleg å bruke innanfor delar av sjukepleie. Ein kan dermed ikkje pålegge sjukepleiaren å utvikle empatiske haldningar for alle pasientar. Men ein kan sette krav til at haldningane overfor pasienten uttrykker moralsk annerkjennsle. Når sjukepleiaren handlar epmatisk ovanfor nokre av pasientane kan dette oppfattast som urettferdig ovanfor andre pasientar.

Travelbee (1999) skriv at situasjonar med empati er prega av nærleik og kontakt. Empati mellom to personar forandrar forholdet mellom dei, eit band blir knytt. Empati bygger på visse likskap i partanes erfaringsgrunnlag og evna til empatisk forståing er avhengig og blir avgrensa av likskap i erfaringsbakgrunnen. Eit menneske kan ikkje forstå noko den ikkje, på ein eller anna måte, kan knytte sine egne erfaringar til.

2.1.2 Sympati

Er eit resultat av den empatiske modellen. Empati er ein nøytral følelse som ikkje er knytt til handling eller ønske om å gjere noko for å betre situasjonen. Empati blir til sympati då ynskje om å hjelpe eller samarbeide er tilstade. Sympati romma rein varme som ikkje er tilstade i utøvinga av empati. Empati oppfattar den andre sitt ubehag medan den sympatiske føler det, blir rørt av det og ynskjer å gjere noko aktivt får å hjelpe eller lette tilstanden. Sympati er ein innstilling og haldning, ein måte å tenke og føle på. For å uttrykke sympati for andre visar ein engasjement og at ein bryr seg om personen, dette kan komme til syne verbalt eller ikkje-verbalt gjennom holdning og veremåte. Det er gjennom holdning og veremåte sjukepleiaren i mange situasjonar formidlar sin sympati eller mangel på sympati ovanfor pasienten. Gjennom at pasienten kjenner at ein viser sympati treng han ikkje bere byrda åleine. Opplevinga av sympati påverkar på fysisk og psykisk (Travelbee, 1999).

2.1.3 Kommunikasjon

Er eit viktig reiskap då det kjem til å etablere viktige menneske-til-menneske-forhold til pasienten. For å oppnå menneske-til-menneske-forholdet må sjukepleiaren gjennom all interaksjon med pasienten bli kjend med han som menneske og ivareta hans behov. Det så avgjer om sjukepleiaren når målet er sjukepleiarens åtferd i prosessen og graden av hensiktsmessighet for den sjuke i handlingane sine. Sjukepleiaren må vere i stand til å forstå korleis den enkelte kommuniserer, og bruke dette i planlegginga av sjukepleiarintervensjonar. Kommunikasjon blir ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å utvikle eit menneske-til-menneske-forhold. Sjukepleiaren brukar sine erfaringar mellom mennesket som sjukepleiar og det sjuke mennesket

slik at individets sjukepleiebehov blir ivaretatt. Gjennom profesjonell sjukepleie etablerer og oppretthaldas menneske-til-menneske-forholdet. Gjennom kommunikasjon mellom det sjuke mennesket og sjukepleiaren går påverknad og motpåverknad fram og tilbake, observasjonar av kvarandre og utveksling av tankar, følelsar og holdningar. Kommunikasjon er ein gjensidig prosess som sjukepleiaren brukar for å søke og gi informasjon, og den sjuke og familien hans brukar for å få hjelp. Gjennom kommunikasjon formidlar sjukepleiaren omsorg, ofte nonverbalt, gjennom blikk eller måten tenester blir utført på. Kommunikasjon kan brukast til å trekke andre menneske nærmare, men også til å støyte bort, gi hjelp eller til å såre (Travelbee, 1999).

2.1.4 Menneske-til-menneske-forholdet

Omgrepet pasient er mykje brukt i sjukepleie og medisin. Å bruke slike omgrep om ei gruppe menneskjer kan føre til stereotypisering. Dermed kategoriserer me individet og reaksjonar blir på kategorien, og ikkje på individet. Det krev lite omtanke, anstrengelse eller følelsemessig engasjement for ein sjukepleiar å sjå på mennesket som pasient. Sjukepleiaren si oppfatning av det sjuke menneske kjem til uttrykk i handling som blir gjort med og for den sjuke. Eit menneske-til-menneske-forhold oppstår først då sjukepleiar og pasient klarar å overskride kategoriseringa slik at ein kan sjå kvarandre som individ. Menneske-til-menneske-forholdet er eit verkemiddel som gjer det mogleg å oppfylle sjukepleiaren sitt mål og hensikt. Alt som blir sagt og gjort er for å bidra til å oppfylle mål og hensikt. All kontakt vert eit skritt på vegen mot menneske-til-menneske-forholdet. Dette forholdet blir ikkje oppretta på ein dag, men dag for dag gjennom samhandling (Travelbee, 1999).

2.2 Verdighet

Ifølge Knutstad (2010, s.21) er verdighet er eit relasjonelt omgrep fordi det omfattar 3 aspekt. Omgrepet har ein *filosofisk dimensjon* som meiner at mennesket er unikt og at det har ein verdi ved bare det å vere menneske. Verdighet er også ein eigenskap ved sjølvvet som kan opplevast *subjektivt* som ein kvalitet ved seg sjølv, som har med stolthet og respekt å gjere. Det siste aspektet er ein *åtferdsdimensjon* som dreier seg om både korleis ein skal opptre for å vere verdig , samt korleis andre skal opptre for å ivareta vår verdighet.

Verdighet er då avhengig av korleis ein oppfattar seg sjølve og korleis ein opptrer, korleis andre oppfattar ein som person, og korleis andre oppfører seg. Pasientar kan oppleve det å vere avhengig av hjelp som nedverdiggande i seg sjølve (Knutstad, 2010, s.21).

Ein har som personale ei klar plikt om å ivareta og beskytte den enkeltes pasients integritet og verdighet. Som pasient står ein i fare for å bli utsatt for ulike former for krenkelse. På grunn av faren for krenkelse må man dyrke ein omsorgskultur der personens verdighet blir oppretthaldt og den enkelte personen blir respektert (Hummelvoll, 2012, 486-487).

2.3 Lovverk

2.3.1 Psykisk helsevernlov

Syse, A. (2010, s. 250-265) skriv om psykisk helsevernlov (2001) som regulerer det psykiske helsevernet i Norge. Loven tredde i kraft 1 januar 2001 og avløyste *lov om psykisk helsevern* av 28.april 1961 nr 2. Loven regulerer etablering og gjennomføring av det frivillige vernet og tvangsvernet både i og utanfor sjukehus og andre helseinstitusjonar. Det er bare spesialisthelsetenestas tilbud og tiltak som blir regulert gjennom lovens hjemmel, samt pasientens rettsstilling som frivillig innlagt pasient eller som pasient som er underlagt tvunget psykisk helsevern. Loven omfattar pasientar som mottar polikliniske tenestar i psykisk helsevern, samt alle som går under lov om tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald på institusjon.

Loven blir praktisert i det offentlege psykiske helsevernet som er eigd og blir driven av staten.

Kap 4. i helsevernloven gir bestemming som regulerer bruk av ulike tvangsmessige foransaltninger under gjennomføringa av psykisk helsevern. Under dette inngår (Syse, 2010, s.259) :

§ 4-3 om skjerming, §4-5 om nekting av forbindelsen med omverdenen, §4-6 om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvistasjon, §4-7 om beslag, §4-8 om bruk av tvangsmidler , og §4-10 om overføring uten eget samtykke. I tillegg er det i §4-8 gitt særlige regler som hjemler tvangsbehandling, herunder behandling med legemidler og behabdling med tvangsnæring ved alvorlige spiseforstyrrelser.

Bruk av tvang må skje innanfor rammer som er laga av intergritetsvernet, nedfelt i menneskeloven og den inkorporerte menneskerettighetskonvensjonane samt i psykisk helsevernlov (Syse, 2010, s. 250-65)

2.3.2 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven gir føringar for kva rettigheter pasienten har i møtet med helsetenesta (Hellesø, 2011, s. 216). De har dei seinare åra blitt større fokus og betydeleg utvikling på kva rettigheter ein har når ein er pasient. Forholdet mellom rettsleg regulering av pasientens status i forhold til helsevesenet og helsepersonell er i dag gjennom regulert via lover og forskrifter. Sjukepleiaren kan dermed ikkje bare arbeider ut frå fag, etikk og instruksjonar frå sin arbeidsgivar. Lovane og forskriftene sett rettslege rammer for kvar ein skal og kan gjere. Som profesjonsutøvar har sjukepleiaren sjølvstendig ansvar for å etterleve de gitte lovene sjølv om de arbeidar som ansatt i helsetenesta. Dette vill seie at sjukepleiar bør kjenne til de lovverka som har relevans for det arbeidet dei utfører (Molven, 2011, s. 105).

Pasient- og brukerrrettighetsloven(2001) har blant anna som formål å ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverdet.

2.3.3 Yrkesetiske retningslinjer

Sneltvedt (2005, s. 88-104) skriv om kvifor sjukepleiaren treng eigne yrkesetiske retningslinjer. Å sikre høg etisk standar blant sjukepleiarar er eit av formåla til Norsk sjukepleiarforbund, forbundet reviderer og utarbeidar yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. Norge er eit av 120 land som er med i ICN (international Council of Nurses) som samarbeider for å fremme sjukepleie som fag. Både nasjonale og internasjonale etiske retningslinjer for sjukepleiaren bygger på menneskerettighetane, under dette kjem retten til liv, verdighet og til å bli behandla med respekt. Dette skal utøves uavhengig av alder, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning eller etnisk bakgrunn.

De yrkesetiske retningslinjene omhandlar sjukepleiarens plikter ovanfor samfunn, individ, pasient, pårørende, medarbeidarar og forholdet til eigen profesjon og praksis. Som sjukepleiar har ein makt til å ivareta andres liv og livsmoglegheit, denne må brukast på ein moralsk forsvarleg måte. Drivkrafta bak sjukepleiarens handling skal vere å bruke kunnskapane sine til å fremme helse, lindre lidelse og førebygge sjukdom. Som sjukepleiar skal ein ikkje utnytte maktposisjonen ein har i kraft av å vere ein fagperson til personleg fordel eller vinning (Sneltvedt, 2005, kap 6).

Formuleringa i de yrkesetiske retningslinjene går i stor grad hand i hand med lovverk som omhandlar utførelse av sjukepleie. Brot på lovverk gir strafferettslege konsekvensar, medan brot på dei yrkesetiske retningslinjene vil kunne gi utestenging frå fagforeninga (Sneltvedt, 2005, kap. 6). De yrkesetiske retningslinjene seier at ein som sjukepleiar skal beskytte pasienten mot krenkande handlingar, som til dømes ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang, samt at ein som sjukepleiar skal ivareta verdigheten og sikkerheten til pasienten i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling (Norsk sykepleierforbund, 2011).

2.4 Tvang

2.4.1 Kva er tvang ?

Hatling (2013, kap10) beskriv at gjennom forskning står tvang fram som eit kontekstuelet, vidt og fleirtydig omgrep. Mykje merksemd har vert retta mot den formelle tvangsbruken, derfor er det naudsynt med eit vidt tvangsomgrep slik at ein kan belyse fenomenet. Litteraturen skil ofte mellom legal, objektiv og opplevd tvang. Formell tvangsbruk er regulert gjennom psykisk helsevern. Den uformelle tvangsbruken omhandlar fenomen med tvangsaspekt som ikkje er regulert gjennom lov, døme på dette er grensesetting. Opplevd tvang, korleis pasient har opplevd den formelle eller uformelle tvangen som tvang eller ikkje. Spørsmålet om tvang er eit kontinuum som ikkje har eit tydeleg ja eller nei svar.

2.4.2 Bruk av tvang i psykiske helsetenester

Hatling (2013, kap 10) skriv at Bruk av tvang kan delast inn i tre hovudkategoriar som har ulike mekanismar, dette er tvungent psykisk helsevern (med eller utan døgnopphald), tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Hovudkriteriet for å anvende tvangsinnleggelse er tvangsinnleggelsesparagrafen §3-3 som er avhengig av at ein alvorleg sinnslidelse er tilstade. Dersom det er tvil om bestemmelsane i §3-3 er oppfylt kan ein leggast inn på observasjon i inntil 10 dagar utan samtykke (§3-2).

Pasientar som er underlagt tvungen omsorg, med og utan døgnomsorg, kan tvangsbehandlast. Ein har ikkje anledning til å tvangsbehandle pasientar som er innlagt på tvungen observasjon eller de som er frivillig innlagt (Hatling, 2013, kap. 10).

I 1977 blei tre former for tvangsbehandling godkjend for bruk i døgninstitusjonar, desse er isolasjon, mekaniske tvangsmidlar og farmakologiske tvangsmidlar. Isolasjon vill seie å bli innelåst på eit rom utan personale til stades. Mekaniske tvangsmidlar er i hovudsak forskjellige formar av belte, medan farmakologiske tvangsmidlar er kortidsvirkande legemidlar. Kortvarig halding er også definert som eit tvangsmiddel (Hatling, 2013, kap 10).

Bruk av tvang for å gi pasienten nødvendig helsehjelp fråtek ikkje helsepersonellet plikta om å vise respekt for pasientens kropp, verdighet, grunnleggande behov, ynskjer og rettigheter (Barbosa da Silva, A., 2010).

2.4.3 Effekt av tvang

Å bryte inn med tvang blir i det norske lovverket grunna med to forhold: for å sikre betring i pasientens kliniske tilstand eller for å hindre negative hendingar for pasienten sjølv eller omgivnaden. I seinare tid er det komme omfattande litteratur som dokumenterer pasientens negative opplevingar ved tvangsbruk. Ein finn at tvangsinnleggelser ser ut til å gi samme betring av symptom som hos de som er frivillig innlagt, forskjellen er at tvangsinnlagte pasientar er mindre nøgd med behandling en de som er frivillig innlagt. Potensielle skadeverknadar av tvang har vert sentral i argumentet for redusert bruk av tvang samt for å fjerne bruken av tvang (Hatling, 2013, s255). Auka merksemd rundt menneskerettigheter internasjonalt har saman med langvarig mediemerksemd, endring i de kliniske miljøa sine perspektiv på utførselen og konsekvensane av tvang og den helsepolitiske ambisjonen om å redusere bruken av tvang vert med på å belyse temaet (Hatling, 2013, s. 243-244).

Alle situasjonar der ein utøvar tvang innbærer ein fare for krenkelse av pasienten. Omsorgens kvalitet gjer ein synleg gjennom samhandling med pasienten, og omsorgen kjem fram gjennom korleis pasienten blir møtt med respekt og verdighet uavhengig av situasjonen (Sjåstad, M., Larsen, A.,G. & Olsen, T., Å., 2013).

3 METODE

3.1 Litteraturstudie

Forsberg & Wengström (2013, s 26-32) skriv at tilstrekkeleg mengd studiar av god kvalitet som kan utgjer grunnlag for konklusjon og vurderingar er ein forutsetning for å kunne utføre eit systematisk litteraturstudie. Det er mange ulike kliniske problem som kan besvarast gjennom å gjere eit systematisk litteraturstudie.

Å utføre eit litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sette saman litteraturen innanfor eit valt tema eller problemstilling. Ein systematisk litteraturstudie er retta mot å gi ein oversikt over data frå tidligare gjennomførte studiar som undersøker verkelegheita. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innanfor det valte området og som er retta mot å finne støtte i klinisk verksemd. Litteraturen skal bygge på vitenskaplege tidsskrifter eller andre vitenskaplege rapportar (Forsberg & Wengström ,2013, s 26-32).

I ein litteraturstudie er det ingen regel for mengd studiar som skal inngå. Det beste er å finne og inkludere all relevant forskning innanfor eit område, men grunna praktiske og økonomiske avgrensingar er ikkje dette alltid mogleg. Mengd studiar som blir inkludert er valt ut på grunnlag av kva forfattaren finner relevant og kva krav studien stiller. Det er delte meiningar om kva studiar som er viktigast innanfor eit litteraturstudie, nokon meiner at randomiserte eksperimentelle studiar med tilfeldig fordeling av personar i grunnen manglar innanfor visse områder. Medan andre legg vekt på at der er viktig å inkludere pasientens oppleving av omsorgssituasjonen (Forsberg & Wengström ,2013, s 26-32).

For å utføre eit systematisk litteraturstudie må ein inkludere fleire steg som innebærer å først finne eit motiv for kvifor studien utføres, ei problemstilling, ein må deretter formulere kva spørsmål

som skal besvarast gjennom studien. Ein må lage ein plan for utførelsen av litteraturstudien derav bestemte søkeord og søkestrategi. Ein stor del av oppgåva er å identifisera og velje ut litteratur i form av vitenskaplege artiklar eller rapportar. Deretter kritisk vurdering, kvalitetsbedømming og utval av studiar som skal inngå i eigen studie, til slutt analyserer og diskuterer ein resultatet slik at ein finn fram til samansetningar og konklusjonar (Forsberg & Wengström ,2013, s 26-32) .

3.2 Framgangsmåte

Søkeord ble valt på bakgrunn av valt tema for oppgåva og ut frå problemstilling. Eg har tatt utgangspunkt i nøkkelord i temaet og problemstillinga, og oversett desse til engelsk. Søkeorda eg begynte ut med var sjukepleie, nursing på engelsk, verdighet, dignity på engelsk, psykiatri, psychiatry på engelsk og tvang som vart oversatt til compulsion og coercion på engelsk. Derav coercion gav best treff. For å øvesette de norske søkeorda har eg brukt Ordnett.no som er ei språk og ordbok teneste eg har tilgang til gjennom HSH sine sider.

Under søk etter forskingsartiklar med dei nemnte søkeorda dukka nye relevante søkeord opp, som seclusion og restraint. Det engelske språket har mange fleire ord som dekkar mitt norske søkeord/nøkkelord.

Søka er blitt gjort i CINAHL og OvidNursing, derav CINAHL har gitt klart best resultat. Eg har også søk i databasar som idunn.no, BIBSYS og SveMed+ utan å finne relevante forskingsartiklar, men funne artiklar som eg har tatt med i teoridelen.

Innkluksjonskriteria var at artiklane skulle omhandle forskning innanfor sjukepleie, at artiklane skulle vere av nyare dato, hovudsakleg ikkje meir en 5 år gamle, vert utført i Norden, omhandle eit eller fleire av søkeorda mine, vere etisk godkjend/evaluert samt var eg hovudsakleg ute etter kvalitativ forskning på grunn av at eg meiner at verdighet ikkje kan målast i tal. Eg var også på utkikk etter ein studie som belyste pasientens perspektiv

Eksklusjonskriterier var studiar som ikkje var utarbeida innanfor psykiatrisk helsevern og artiklar som har utarbeida utanfor Europa.

3.2.1 Tabell 1 – CINAHL

Søk i CHINAHL database 08.01.2014

| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
|--------|---|---------------------|-------------------|
| S1 | Nursing AND psykiatri AND dignity | | 0 |
| S2 | Nursing AND psykiatri AND dignity | | 0 |
| S3 | Psychiatry | | 11105 |
| S4 | Nursing AND psychiatry AND dignity | | 6 |
| S5 | Nursing AND dignity | | 1330 |
| S6 | Nursing AND dignity AND psychiatric | | 57 |

Artikkelen *Patient dignity in psychiatric nursing practice* (Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S. & Wigerblad, Å., 2012) blei valgt fra CHINAL søk 6.

3.2.2 Tabell 2 – CINAHL

Søk gjort i CINAHL database 17.1.2014

| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning(limit) | Resultat (antall) |
|--------|------------------|---------------------|-------------------|
| S1 | Nursing | | 452156 |
| S2 | Compulsion | | 148 |
| S3 | Psychiatry | | 11191 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 0 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | SmartText Searching | 236 |
| S6 | Dignity | | 3300 |
| S7 | S1 AND S2 AND S6 | | 6 |

Fra CINAHL søk S7 blei artikkelen *Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations* av Gustafsson, L.,K. ,Wigerblad, Å. & Lindwall, L. (2013) valgt.

3.2.3 Tabell 2 – OvidNusing

Søk gjort 22.1.2104 i databesen Ovid Nursing

| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning(limit) | Resultat(antall) |
|--------|------------------|--------------------|------------------|
| S1 | Nursing | | 506978 |
| S2 | Psychiatry | | 8628 |
| S3 | Coercion | | 323 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 20 |
| S5 | Seclusion | | 282 |
| S6 | Restraint | | 1814 |
| S7 | S2 AND S5 | | 48 |

Artikkelen *Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry* av Landeweer, E. GM., Abma, T. A. & Widdershoven, G. AM. (2011) med artikkelen: *Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry* blei valgt i S4.

Artikkelen *Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives* (Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M., 2012) blei vagt i S7

3.3 Metodekritikk

Vurdering av eigen oppgåve: Gjennom søk med de utvalte søkeorda har eg vert kritisk til kva artiklar eg har tatt med i oppgåva mi. Eg har funne mange artiklar som omhandlar bruk av tvang, men hadde vanksligheter med å finne artiklar som var tilfredsstillande for mi problemstilling. Dette resulterte i at mi oppgåve bare har inkludert 4 forskingsartiklar. Eg var bestemt på kva problemstillinga mi skulle vere før eg begynte å søke etter artiklar, vist eg ikkje hadde vert så bestemt hadde det mogleg blitt lettare å inkludere artiklar i studien og dermed hatt moglegheita til å endre problemstillinga etterkvart i arbeidet. Oppgåva hadde då fått eit anna resultat. Eg bestemte meg tidleg for at eg skulle bruke Joyce Travelbee sin sjukepleieteori i oppgåva, dette fordi den tar føre seg det unike forholdet mellom den sjuke og sjukepleiaren, oppgåva hadde også fått ein anna tilnærming dersom ein anna sjukepleieteoretikar hadde blitt nytta. Teorien som er blitt brukt i oppgåva har for det meste vert pensum litteratur, de artiklane som er blitt brukt for å belyse ulike deler av teorien har blitt kritisk vurdert iforhold til kvalitet.

Kritisk vurdering av forskingsartiklar

For å kunne vurdere forskingsartiklane som er valt ut til å vere med i litteraturstudien har eg nytta sjekklister for å vurdere den kvalitative forskinga, sjekklisene er henta frå kunnskapsenteret.no . Eg har tatt utgangspunkt i de momenta som sjekkliseta sett krav til og vurdert artiklane ut frå det. Eg har bare brukt forskingsartiklar som omfattar kvalitativ forskning, dette fordi Dalland (2012, s. 121) skriv at kvalitativ metode har som hensikt å fange opp opplevsar som ikkje lar seg talfeite eller som er målbare. Sjekklisene sett blant anna krav til etiske forhold, Lindwall et.al (2012), Gustafsson et.al (2013) og Kontio et.al (2012) sine artiklar var alle godkjend av etisk komité. Landeweer et.al (2011) sin forskingsartikkel et blitt sendt til etisk komité for vurdering men blei ikkje vurdert som invasiv medisinsk vitenskapleg forskning, og trengte derfor ikkje etisk godkjenning for å bli publisert.

Eg velje å greie ut om mi kritiske vurdering av bare ein av fire artiklar, dette på grunnlag av at de resterande tre artiklane har eg vurdert som fagfellegodkjend, og ikkje behov for vidare utgreiing om.

Landeweer et.al (2011) sin artikkel om moralske marginar i forhold til bruken av tvang i psykiatrien er den artikkelen som trengte mest vurdering i form av formålet med artikkelen samt dens relevans for mi oppgåve. Ved gjennomgang av sjekkliseta finn eg på nokre punkt vanskelegheitlar med å gå god for at artikkelen er av god kvalitet. Dette på grunnlag av at utvalet av deltakarar ikkje blei valt ut på grunnlag av denne spesifikke studien, men på grunnlag av ein større studie som denne artikkelen er ein del av. På grunn av at artikkelen presenterer både hensikta med denne delstudien og den større, var det lett å bli forvirra rundt kva som var hensikt, metode og datasamling fordi dette blir forklart for begge studiane. Studien tar utgangspunkt i ein case som er reel for deltakarane, og ynskjer å sjå om de kan endre de moralske synspunkta til deltakarane gjennom å dra inn andre sine synspunkt. Dette er grunnen til at eg, til tross for skepsisen, veljar å bruke artikkelen i min litteraturstudie. Artikkelen viker også frå nokon av inklusjonskriteriane mine, som at den skal vere etisk godkjend samt at den skal vere utført i Norden. Eg ser likevell at studien har fokusert på etikk ved at caset som vart vart diskutert blei anonymisert samt at studien er sendt til godkjenning i etisk komité. På grunn av at artikkelen belyser moral og konkluderer med korleis ein kan endre sjukepleiepraksis til det betre for pasienten ynskjer eg likevell å inkludere den i oppgåva mi.

3.4 Forskingsetikk

For at ein skal kunne arbeide med personopplysningar er ein underlagt ulike krav frå samfunnet. I helsesektoren føregår det stadig forskning der innsamling og behandling av pasientopplysningar er ein del av forskinga. Det er ein del etiske overveielsar som er knytt til dette, etiske overveielsar og ryddig bruk av personopplysningar er ein forutsetning for god forskning og oppgåveskriving. Offentlege forskingsutval legg stor vekt på å beskytte forsøkspersoner (Dalland, 2007, kap 10). Dalland (2007, s 279) skriv om viktigheten av å gjere reie for alle kjeldene som er brukt i arbeidet som blir gjort. Derfor har eg gjennom denne oppgåva vert fokusert på å oppgi referansar slik at det ikkje blir plagiat.

4 RESULTAT

Ein oversiktstabell over artiklanes tittel, hensikt, metode og datasamling, utvalg og resultat ligg som VEDLEGG 1.

4.1 Presentasjon av artiklar

Patient dignity in psychiatric nursing practice

Artikkelen er skrevet av Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S. & Wigerblad, Å. og utgitt i 2012. Studien er eit samarbeidsprosjekt mellom eit universitet og tre ulike lokal sjukehus i midt Sverige. Studiens hovudfokus er verdighet innanfor psykisk helsearbeid.

Utvalet måtte vere villig til å skrive om kritikkverdige situasjonar. Med kritisk meinar ein at hendelsen må ha merkbar innvirkning på eit utfall, enten negativt eller positivt bidrag til gjennomføringa av ein aktivitet av interesse. Deltakarane skulle notere kva som skjedde gjennom spørsmåla; korleis det starta, kva skjedde og korleis enda det. Alle deltakarane følgjet de samme kriteria.

Lindwall et.al (2012) presenterer i funna frå studien at psykiatriske omsorgspersonar viser pasienten verdighet gjennom å ha tillit til å vere til stede i situasjonen gjennom å tillate seg å bli rørt av pasientens historie, gjennom å sjå pasientens usagte ønske om å bli lytta til og at ein møte

pasientens uttrykte behov ivaretek ein pasientens verdighet. Gjennom dialog blir pasienten ein viktig person, då to menneske møtes med gjensidig respekt og lar seg bli rørt av kvarandre. Gjennom å invitere pasienten til samtale der pasienten har moglegheit til å fortelle om seg sjølve og sin eigen sårbarhet som pasienten har behov for å snakke om, kan vise verdighet overfor pasienten. For å kunne bekrefte pasientens verdighet, må sjukepleiaren støtte pasienten gjennom følelsar, også sinne. Gjennom at sjukepleiaren jobbar saman med pasienten kan sjukepleiaren sjå mennesket bak til dømes sinnet.

Krenkelse av verdighet oppstår når omsorgspersonen skapar avmakt. Verdikonfliktar kan oppstå når indre verdiar og den omsorgen ein meiner er hensiktsmessig ikkje er like, profesjonell sjukepleie kan då bli utført utan iveretakelse av verdighet. Profesjonellomsorg framstår som ei handling inspirert av medfølelse, ansvar, skyld, mot og menneskeverd. Dersom menneskeverd, kjerna i omsorgen, ikkje blir ivaretatt skapar ein avmakt.

Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations

Artikkelen er skreve av Gustafsson, L.,K. ,Wigerblad, Å. & Lindwall, L. og er utgitt i 2013. Gustafsson et.al (2013) ynskjer å demonstrere meininga av å ivareta pasientens verdighet i kliniske situasjonar innanfor rettsmedisinsk omsorg, gjennom sjukepleiarens erfaringar. Studien er gjennomført i Sverige på tre like avdelingar på eit rettsmedisinsk sjukehus.

Kriteriet for utvalet var at de måtte ha minst to års erfaring på området.. Forfattarane søkte etter å utforske individuelle beskrivelsar av erfaringa. Fokusgruppa blei intervjuar ein gong i månaden, 3 månader pause gjennom sommaren, i tidsrommet februar-desember i 2007. Utvalet blei spørt om få spørsmål.

Identifisering og analyse av data resulterte i tre funn som viser at oppretthaldelse av pasientens verdighet er å beskytte og respektere pasienten samt å vise medmennesklegheit.

Å beskytte pasienten blir ifølge studien gjort gjennom indre og ytre form. Indre form for beskyttelse av pasienten kan bli gjort gjennom å skape sjølvtilitt og eit positivt sjølvbilde hos

pasienten, pasienten kan bli betre rysta til å ytre egne ynskjer. Å beskytte pasienten i ytre form kan gjerast gjennom å beskytte pasienten for situasjonen som kan utsette pasienten for faren eller ydmykelse, slike situasjonar har pasienten ofte vanskeleg for å unngå sjølve.

Å respektere pasienten kan også gjerast i indre og ytre form. Indre form for respekt blir for eksempel å lære pasienten å forvente respekt gjennom pasientens verdighet og retten til å vere verdig i ein kvar situasjon. Ytre form for respekt kan blant anna visast gjennom å ta pasientens uttrykk alvorleg.

Å møte pasienten med medmennesklighet kan komme til syne gjennom å gjere det lite ekstra for pasienten, noko som ikkje er forventa av ein.

Som omsorgsgivar kan ein ikkje gi pasienten verdigheit som ein gåve, men ein kan støtte og møte pasienten med respekt slik at han/ho kan oppretthalde sin eigen verdighet. Likt som at alle individ er unike, at all opplevelse av lidelse og at aller personers relasjon til deira eigen verdighet er unike må ein sjå på kvar situasjon som ny.

Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives.

Artikkelens forfattarar er Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. Artikkelen er utgitt i 2012. Forfattarane av artikkelen ønska å undersøke psykiatriske pasientars opplevelse av, og deira forslag til forbetring av isolering/tvangsbruk og alternativ til bruken av dette. Studien er utført i sør-Finnland på seks lukka akuttavdelingar på to psykiatriske sjukehus i perioden 12 Mai til 31 Oktober i 2007.

Pasientane oppleve isolasjon / bruk av tvang som ein langtidsgåande prosess. Pasientane var i stor grad utilfreds med måten personalet behandla dei, tok seg av dei og korelsi dei blei snakka til. I intervjuar kom det fram at sjukepleiaren ute i avdelinga var profesjonell og høfleg, men sjukepleiaren på isolatet var harde og uvennlege. Følelsar som kom fram under utførselen av isolering / tvang var sinne, frykt og einsamhet, men også tryggleik. Pasientane gav uttrykk for missnøye relatert til grunnleggande behov som vask, toalett besøk, mat og drikke. Behandlingas fasilitetar gav ikkje pasienten moglegheit til å oppretthande deira grunnleggande behov. De

positive opplelsane med kommunikasjon med personalet var relatert til nærvær og kroppskontakt samt nonverbal kommunikasjon og at personalet viste forståelse for situasjonen.

Pasientanes forslag til forbedring av praksis var menneskelig og profesjonell behandling, respektfull oppmerksomhet og informasjon.

Forfattarane foreslår at ein sjukepleiar skal ha ansvar for samhandling, kommunikasjon og informasjon under isoleringa/bruken av tvang, for å betre pasientens bemerkning på at det var mangel på terapeutisk samhandling mellom personale og pasient. Alle pasientar som har negative erfaringa etter isolering/tvangsbruk burde få moglegheita til å diskutere opplevelsen med både personale og ein utanforståande part, nokre dagar etterpå.

Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry

Artikkelen er skreven av Landeweer, E. GM., Abma, T. A. & Widdershoven, G. AM. og utgitt i 2011. Studien er utført ved to Tyske psykiatriske sjukehus.

Studien fokuserer på korleis moralske bestemelsar blir tatt og korleis dei kan forbeholdt i forhold til bruken av tvangsisolering. Funna i artikkelen kjem fram frå eit case studie.

Landeweer et.al (2011) tar utgangspunkt i at sosiale prosessar spelar ei viktig rolle i moralske overvegelser og at moralsk utvikling kan fremmast ved å bringe inn nye perspektiv gjennom dialog.

Først etter at to utanforståande såg på caset sette deltakarane spørsmålsteikn til eigen måte å handtere situasjonen. Gjennom dialog fann deltakarane ut at deira moralske marginar begrensa moglegheitene for god behandling for pasienten, som vart diskutert i caset. Det nye perspektivet som kjem fram i gjennomgangen av caset blir sett på som kvalitativ betre en det det sjukepleiarane hadde før fokusgruppene starta.

Gjennomgang av moralske utfordrande situasjonar kan vere eit praktisk verktøy for å systematisk organisere moralske refleksjonar på arbeidsgolvet og som kan avlaste de moralske utfordringane sjukepleiarar møter. For sjukepleiaren kan dette vere ein måte å reflektere over korleis praksisen deira bidra til god omsorg.. Merksemd på at de moralske marginane sette ei begrensning gir ikkje automatisk endring av praksis, men det er eit steg på vegen for å sjå situasjonen frå nytt lys, slik at nye intuisjonar kan bli triggja.

Å utvikle ei kritisk og reflekterande haldning mot kvarandres moralske perspektiv og argument som leder til bestemmelse kan hjelpe til å forbetre kvaliteten av bestemmelsane og beslutningsprosessar. Ein slik måte å reflektere på kan hemmast av fråværet av eit etisk miljø der det er vanleg å stille spørsmål og reflektere over sosiale vanar i arbeidsrutinane. I situasjonar som er verdt å tvile på er ofte autonomien til personalet høgt respektert, og kritikken blir ikkje tatt seriøst. På grunn av dette er det ikkje lett å skape eit kritisk og reflektert standpunkt mot moralske perspektiv. Ein slik refleksjon er avhengig av openhet og tillit mellom dei som deltek

Studien er ein del av eit større forskningsprosjekt som har som hensikt å minske tala for bruk av isolasjon. Casestudien var ein del av dette prosjektet og hadde som hensikt å evaluere prosjektet samt bidra til å få deltakarar til å dele opplevsar og identifisere fallgruver og moglegheitar til å redusere bruken av isolering.

5 DRØFTING

Eg skal drøfte funna i artiklane opp mot kvarandre, teorien og mine eige tankar for å svare på problemstillinga mi som er ”korleis kan ein som sjukepleiar utøve bruk av tvang og samtidig ivareta verdigheten til pasienten?”.

Bruken av tvang blir, som Hatling (2013) skriv, delt inn i tre hovudkategoriar, tvunget psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Det er tre former for tvangsbehandling som er godkjent for bruk i institusjonar i Norge, dette er mekaniske tvangsmidlar, isolasjon og farmakologiske tvangsmidlar. Kortvarig halding er også definert som eit tvangsmiddel. Tvang blir derfor eit vidt og fleirtydleg omgrep som blir belyst frå ulike synspunkt slik som Hatling (2013) beskriv. Forskings artiklane som er brukt i oppgåva har ulik tilnærming til tvangsomgrepet. Gustafsson et al.(2013) skriv om pasientar som er under rettsmedisinsbehandling, altså tvangsbehandling. Artikkelen til Kontio et al.(2012) omhandlar pasientar som har vert utsett for isolering eller tvangsbruk i likheit med Landeweer et al.(2011) som i sin artikkel som tek utgangspunkt i eit case der isolering vart brukt. Ein ser at artiklane si

tilnærming til tvang er i samsvar med det norske lovverket, og derfor relevant tilnærming for problemstillinga.

Studien til Lindwall et al.(2012) visar i sine funn kva handlingar sjukepleiaren må velje for å ivareta pasientens verdighet. Ein må tillate seg sjølve å vere til stades i situasjonen, å la seg bli rørt av pasientens historie, lytte til pasienten og møte pasientens uttrykte behov. I lyset av Travelbee (1999) sin sjukepleieteori må sjukepleiaren bruke kommunikasjon som eit reiskap for å bli kjend med pasienten som eit individ. Sjukepleiaren brukar kommunikasjon for å formidle omsorgen sin ,slik at ein ytrar lyst til å hjelpe pasienten. Kommunikasjonen mellom den sjuke og sjukepleiaren går fram og tilbake mellom partane, observasjonar og utvekslingar av tankar og følelsar er eit steg på vegen mot å oppnå eit menneske-til-menneske-forhold slik at begge partar kan sjå på kvarandre som individ. For sjukepleiaren så må alt som blir sagt og gjort ha som hensikt å bidra til oppnåing av menneske-til-menneske-forholdet. Gjennom handling som blir gjort for den sjuke kjem sjukepleiaren sin oppfatning av individet fram.

Her vill eg trekke fram viktigheten med å velje de omsorgsfulle handlingane som ivaretek pasienten sin verdighet slik som studien til Lindwall et al.(2012) skriv, både for å oppnå menneske-til-menneske-forholdet men også for å ivareta pasienten sin verdighet gjennom situasjonar der tvang blir utøvd. Som Hatling (2013) skriv, blir tvang utført i ulike former men personalet har som Hummelvoll(2012) seier, som plikt å ivareta og beskytte den enkeltes pasient sin verdighet.

Gjennom dialog kan to menneske møtes med respekt og la seg bli rørt av kvarandre og dermed bli viktig viktige personar for kvarandre (Lindwall et al., 2012). Travelbee (1999) baserar sin teori på samhandling og oppnåing av menneske-til-menneske-forholdet, som ho presiserer at blir opprettar over tid. Oppnåelsen av menneske-til-menneske-forholdet skal hjelpe sjukepleiaren til å oppnå målet sitt, som er å hjelpe den sjuke til å meistre erfaringar med sjukdom eller lidelse, og eventuelt hjelpe til å finne meining. Den siste fasen i utviklinga av eit menneske-til-menneske-forhold omhandlar å skape kontakt og gjensidig forståing. Lindwall et al.(2012) skriv at ein gjennom å vise tolmodighet og engasjement kan man lære pasienten å kjenne. På denne måten kan ein ivareta pasientens verdighet undervegs til oppnåinga av eit menneske-til-menneske-forhold der pasienten og sjukepleiar kan overskride kategoriseringa og sjå kvarandre som individ.

Eg vel å sjå det slik at dersom pasienten og sjukepleiaren ser kvarandre som individ, og samtidig har respekt for kvarandre, blir det vere ein positiv faktor i å ivareta verdigheten til pasienten i ein situasjon der tvang skal utførast.

Sidan fokuset på å ivareta verdigheten til pasienten er blitt stort, er det mykje som tyder på at det ikkje er sjølvstøtt at de omsorgsfulle handlingane blir valt av sjukepleiar. Lindwall et al.(2012) skriv om de omsorgsarbeidarane som istadenfor å velje handlingar som representerer profesjonell omsorg vel handlingar som krenker verdigheten til pasienten. Gjennom missbruk av den makta ein har, velje å straffe pasienten, oversjå pasientens behov og fornerme skapar ein krenkelse av pasientens verdighet. Dersom sjukeleiar vel slike handlingar kan ein sjå at sympati omgrepet som Travelbee (1999) skriv om, ikkje er til stades. Dersom ein har klart å utvikle sympati ovanfor pasienten, har man ei haldning og eit ynskje om å gjer noko for å lette pasienten sin tilstand. Sympatien kjem til syne verbalt eller ikkje-verbalt gjennom haldning og væremåte. Pasienten vill oppleve sympatien, eller den manglande tilstadeværelsen av sympati, både fysisk og psykisk.

Landeweer et al.(2011) skriv at ein gjennom å ha ei kritisk og reflekterande haldning mot kvarandres moralske perspektiv, som fører til slutning og derav handlingar, kan hjelpa til å forbetre kvaliteten på slutning og slutningsprosessane. Dette kva vere eit hjelpemiddel på vegen mot å velje de rette omsorgshandlingane som Lindwall et al.(2012) skriv om. Som sjukepleiar skal ein følge de yrkesetiske retningslinjene, dei seier blant anna at ein som sjukepleiar skal beskytte pasienten for krenkande handlingar, som unødvendig tvang (Norsk sjukepleieforbund). Eg meiner at ein som sjukepleiar ikkje skal sjå på bruk av tvang som eit alternativ i utgangspunktet, men det skal vere siste utveg. Eg støttar meg på Hatling (2013) sin uttalelse om at bruk av tvang blir sett på som ein høgrisiko intervensjon for både pasienten og sjukepleiaren, og at ein kvar situasjon der tvang blir nytta utgjer ein fare for krenkelse av pasientens verdighet (Sjåstad et al., 2013). Som Landeweer et al.(2011) skriv, kan moralske marginar vere med på å skape begrensningar for pleien og omsorgens kvalitet. Om ein har kjørt seg fast i eit spor, der tvang blir utført konsekvent, skapar ein begrensningar for den omsorgen som pasienten kan ha behov for.

Hummelvoll (2012) beskriver viktigheten av å dyrke ein omsorgskultur der personens verdighet blir oppretthaldt og Landeweer et al.(2011) hevdar at ein gjennom å skape eit etiske miljø kan vere med på å på skape eit kritisk og reflektert standpunkt mot egne og andres moralske perspektiv . Ein kan då ta opp problemstillinga om pasientens verdighet blir ivaretatt., og ein kan då klare å beskytte pasienten mot unødvendig krenkelse slik som de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sjukepleieforbund) krev. Eg ser viktigheten av å skape eit miljø som ser kritisk på handlingar, på grunn av at ein då kan unngå å komme i konflikter mellom indre verdiar og den omsorgen som ein meiner er viktig for at profesjonell sjukepleie kan bli utført og verdigheten til pasienten blir ivaretatt(Lindwall et al.,2012). Landeweer et al.(2011) sin openheit om at ein slik refleksjon er avhengig av tillit og openheit mellom dei som utfører pleien er viktig og få fram. Mine erfaringar er at alle ynskjer å yte god og profesjonell omsorg for pasienten, men gjennom å skape eit miljø som godtek at eins handlingar blir kritisk vurdert ,kan det bidra til å forbetre kvaliteten på omsorgen, samt unngå unødvendig krenkelsar av pasientens verdighet under utførselen av tvang. Slik som Gustaffson et al.(2013) skriv, er alle sin oppleving av liding og relasjon til eigen verdighet unik, og må sjåast på som ny for kvar gong.

Både Gustafsson et al.(2013) og Lindwall et al.(2012) viser i sine studiar til handlingar som skal ivareta pasientens verdighet. Gustafsson et al.(2013) sine hovudfunn er at ein ivaretek pasientens verdighet gjennom å respektere, beskytte og vise medmenneskelegdom ovanfor pasienten. Utøving av tvang skjer i regi av psykisk helsevernlov (2001), og psykisk helsevernlov har som formål å sikre at tiltaka som blir beskriven i lova tar utgangspunkt i respekten for menneskeverdet. Pasient og brukerrettighetsloven (2001) har som formål å ivareta respekten for kvar pasient sitt liv, integritet og menneskeverd. Som sjukepleiar som utøver tvang er ein plikta til å følge både psyksikhelsevernlov og pasient og brukerrettighetslova, derfor er funna til Gustaffson et al.(2013) av stor betyding for sjukepleiaren sin opptreden overfor pasienten i forhold til situasjonar der tvang må nyttast. Her blir Barbosa da Silva (2010) sitt utsagn ,om at sjølv om kriteria for ein tvangshandling er til stades, gir ikkje dette sjukepleiaren fritak frå plikta om å respektere pasientens verdighet, ein gylden regel.

Lindwall et.al(2012) sin studie konkluderer med at ein ivaretek pasientens verdighet gjennom å tillagte seg sjølve å vere til stades i situasjonen, og å bli rørt av pasientens historie. Det å tillate seg sjølve å vere til stades i ein situasjon der tvang blir utøvd ser eg på som utruleg viktig.

Dersom ein har utvikla den sympatien som Travelbee(1999) påstår gir eit ønske om å hjelpe eit individ å lette situasjonen, tørr å la seg vere tilstade slik som Lindwall et al.(2012) skriv om og respekterer pasienten gjennom å ta pasienten sine uttrykk på alvor slik som Gustafsson et al.(2013) viser til i sin studie, vil eg sjå på som at sjukepleiaren er langt på veg for å ivareta pasientens verdighet.

Artiklane til Lindwall et al(2012) og Gustafsson et al.(2013) er bassert på kva sjukepleiaren meiner ivaretek verdigheten til pasienten. Kva meiner pasienten sjølv? Kontio et al.(2012) har i sin studie tatt for seg pasientens oppleving av bruken av tvang og isolering. Deltakarane i Kontio et al.(2012) sin studie hadde hovudsakleg negative opplevingar etter de hadde vert utsett for isolering eller tvang. Missnøyet var relatert til korleis personalet behandla dei, snakka til dei samt de negative følelsane som kom fram under situasjonen. De positive opplevelsane som utvalet hadde hatt var knytt til kommunikasjon, nærvær-og kroppskontakt samt forståing for situasjonen. Utvalet trakk fram menneskeleg og profesjonell behandling, respektfull merksemd og informasjon som forslag til forbetring for praksis. Det er bare Kontio et al.(2012) som nemner viktigheten med informasjon. Travelbee(1999) skriv at sjukepleiaren gjennom kommunikasjon både gir og samlar informasjon. Her kjem viktigheten med kommunikasjon fram i dei situasjonar der ein utfører tvang. Sjølv om ein utfører tvang, er ein likevett i samhandling med pasienten, og kunnskapen og erfaringane rundt kommunikasjon må heile tida bli brukt for å prøve å oppnå menneske-til-menneske-forholdet mellom det sjuke individet og sjukepleiaren. Slik at sjukepleiaren kan nå målet om å hjelpe til mestring av erfaringar med sjukdom og liding, eller hjelpe til å finne meining med dei (Travelbee, 1999).

Ønske fra Kontio et al.(2012) sitt utval om respektfull merksemd belyser viktigheten av Lindwall et al.(2012) sitt funn, om å tillate seg sjølv å vere i situasjonen og å bli rørt av den. Dersom ein ser på den sjuke som eit individ, og ikkje ein pasient, slik som Travelbee (1999) belyser viktigheten av gjennom oppnåelsen av menneske-til-menneske-forholdet , kan ein gjennom å vere i situasjonen vise den sjuke respektfull merksemd som kan vere med på å gi individet følelsen av at verdigheten er ivarettatt. Verdighet er som Knutstad (2010) skriv, eit omgrep som har ulike dimensjoner som gjer at det både kan opplevast og utøvast.

Kontio et al.(2013) kjem i sin konklusjon med to forslag til forbetring av klinisk praksis. Det eine forslaget om å la alle pasientar som har hatt negative opplevsar som utfall av bruk av tvang få moglegheit til å snakke med enten sjukepleiar eller nokon utanforståande, ser eg på som ei handling som kan vere med på å ivareta pasientens verdighet. Gjennom psykisk helsevernlov (2001) har pasientar klagerett, som gir pasienten eller den nærmaste moglegheit til å klage på vedtaket om tvangsbehandling(Hatling, 2013, s. 267).

Det andre forslaget om å ha ein sjukepleiar som i ein tvangssituasjon som har ansvar for samhandling, kommunikasjon og informasjon til pasienten ser eg på som svært aktuelt. Gjennom å praktisere dette kan ein kvalitetssikre at nokon tar ansvaret om å ivareta verdigheten til pasienten. Verdigheten er som Knutstad (2010) skriv, eit relasjonelt omgrep som er avhengig av både korleis ein oppfattar seg sjølv, korleis andre oppfattar ein og opptrer ovanfor ein. Gustafsson et al.(2013) hevdar at ein som sjukepleiar ikkje kan gi verdighet til pasienten som ei gåve, men ein kan støtte og møte pasienten med respekt slik at pasienten kan oppretthalde sin eigen verdighet. Eg ser mykje meningsfullt med dette utsagnet, men ein kan ikkje forvente at pasienten skal skape sin eigen verdighet. Som sjukepleiar må ein vise verdighet for så å håpe at ein, gjennom å skape eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee,1999) ,kan få pasienten til å føle at verdigheten hans blir ivaretatt gjennom sjukepleiaren sine haldningar og handlingar.

Travelbee (1999) sitt menneske-til-menneske-forhold bli gjennom denne oppgåve eit positivt bidra på vegen mot å ivareta pasienten sin verdighet. Men eg stiller meg undrande til om dette er ein forutsetning for at pasienten sin verdighet skal bli ivaretatt. Travelbee (1999) sin teori er ein av mange sjukepleieteoriar, og eg meiner det må vere mogleg å kunne ivareta pasienten sin verdighet sjølv om ein brukar ein anna teori som handlingsgrunnlag.

5.1 Avslutning

Gjennom oppgåva har handlingar som vart verdigheten til pasienten blitt presentert, men ein fasit på kva som ivaretar kvar enkelt pasient sin verdighet er det ikkje mogleg å svare på. Det å ivareta verdigheten er ei plikt for sjukepleiaren. Oppnåelsen av eit menneske-til-menneske-forhold er ein positiv faktor for sjukepleiaren i situasjonar der tvang blir utøvd. Som sjukepleiar må ein sjå på kvart individ og kvar situasjon som ny, og deretter ta i betraktning at ikkje alle har likt syn på eigen verdighet og opplevelse av den.

Eg har gjennom denne litteraturstudien innsett at ein som sjukepleiar kan gå inn i ein situasjon å velje handlingar som gir pasienten moglegheit for å føle at verdigheten blir ivaretatt, men som oppgåva presiserer er verdighet eit relasjonelt omgrep, som ein ikkje kan gi pasienten. Ein må bidra til at pasienten kan ta imot verdigheten å lære å kjenne den.

Gjennom å sette funna i artiklane mot kvarande har eg fått betre forståing av kva som bidrar til ivaretagelse av verdighet og kva som krenkar verdighet . Tvang må bli utført som ei handling av profesjonell omsorg som ber preg av menneskeverd og respekten for pasienten slik at sjukepleiaren ivaretek pasientens verdighet.

REFERANSELISTE

Barbosa da Silva, A. (2010). *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 2010; 12: (4), 15-31.

Dalland O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Gustafsson, K.-K., Wigerblad, A. & Lindwall, L. (2013). *Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013, 20, 1-8. doi : <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01895.x>

Hatling, T. (2010). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. (1 utg. s. 243-284). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hellesø, R. (2011). Pasientjournalen og sykepleieres journalføring. I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. Utg. s. 213-246). Oslo : Akribe AS

Hummelvoll, J., K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (4. Utg). Oslo : Gyldendal akademisk

Knutstad, U. (Red.). (2010). *Sentralebegreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe

- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. (2011). *Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives*. Perspectives in Psychiatric Care 48 (2012) 14-24. doi : 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Landeweer, E. GM., Abma, T. A. & Widdershoven, G. AM. (2011). *Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry*. Nursing Ethics 18(2) 304-306.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011041997&site=ehost-live>
- Lillestø, B. (2011). Sykepleiens tre dimensjoner. U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3 utg., s. 393-416). Oslo: Akribe AS
- Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S. & Wigerblad Å. (2011). *Patient dignity in psychiatric nursing practice*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2012, 19, 569-576. doi: 10.1111/j.1365-2850-2011.01837.x
- Molven, O. (2011). Pasienters rettigheter og plikter. I M. Holter & T. E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. Utg. s. 105-135). Oslo : Akribe AS
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (2008, 14. mai) Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Henta 11. Februar 2014 frå
<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler;jsessionid=1108B3C80FAF17FCF25AE914E16BF7FF>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Brosjyre]. Oslo: Norsk sykepleierforbud.

Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykiske helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 01.01.2001 nr 30*. Hentet 06.02.14 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven – phlv. (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av av psykisk helsevern av 01.01.2001*. Hentet 18.02.14 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Sjåstad, M., Larsen, A.,G. & Olsen, T., Å. (2013). Hvordan styrke pasientenes integritet og verdighet når tvang er unngåelig?. *Geriatrisk Sykepleie 3-2013*.

Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (1.utg. s. 88-104). Oslo: Gyldendal Akademisk

Syse, A. (2010). Psykisk helsevernloven. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stanicke. (2010). *Psykiatriboken Sinn - Kropp - Samfunn*. (1. Utg., s. 250-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

VEDLEGG 1 – RESULTATTABELL

| Artikkel | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Resultat |
|---|---|--|--|--|
| <i>” Patient dignity in psychiatric nursing practice ”</i> | Beskrive korleis sjukepleiarar opplever situasjonar relatert til pasientars verdighet i psykiatrisk helsearbeid. | Kvalitativ studie som har ein hermeneutisk tilnerming. Data blei samla gjennom ein sjølvrapporterande metode for å fokusere på deltakararane sin opplevelse. Sluttmaterialet består av 77 kritiske hendelsar, derav omhandla 36 ivaretaking av verdighet og 41 krenkelse av verdighet. | 16 frivellige psykiatriske sjukepleiarar deltok i studien. Inklusjonskriterier blei brukt. | Sjukepleiarar i psykiatrisk helsearbeid tar deira etiske ansvar og bevarar verdigheten til både pasienten og dei sjølve gjennom å tillate seg sjølve til å velge omsorgsfulle handlingar som å vere tilstades og tillate seg sjølve til å bli rørt av pasientens historie, sjå pasientens usakte ønsker om å bli lytta til samt møte pasientens behov. |
| <i>”Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations ”</i> | Illustrere meininga av ivaretaking av pasientens verdighet i rettsvesenet. | Kvalitativ studie. Består av fokusgruppe intervju. Det blei tatt lydopptak av intervju, deretter blei opptaket gjort om til tekstform og analysert. | Utvalget blei invitert med i studien. 7 sjukepleiarar som jobba innanfor rettspsykiatrien blei plukka ut, derav 5 damer og 2 menn. | Ivaretaking av pasientens verdighet ble gjort gjennom å respektere, beskytte og å vise medmennesklighet for pasienten. |
| <i>”Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry ”</i> | Korleis moralske bestemmelser blir tatt og kan forbedrast i forhold til bruken av isolasjon på lukka psykiatriske | Fokusgrupper der ein case blei diskutert og prøvd å bli sett i nytt lys. | 10 sjukepleiarar frå to bestemte avdelingar. 2 utanforståande sjukepleiarar. | Studien viser at sosiale interaksjonar har stor innflytelse på sjukepleiarens moralske ståstad med tanke på isolering. Gjennom å sjå situasjonar i nytt |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | avdelingar. | | | lys kan ein lære å sjå alternativ som kan skape god omsorg. Gjennom må kritisk vurdere arbeidet som blir utført kan ein reflektere over om pasienten mottar god omsorg. |
| <i>“Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives”</i> | Utforske pasientars opplevelse og forslag for forbetring i forhold til isolering og tvang. | Kvalitativ studie. Data blei samla gjennom fokusintervju basert på opne spørsmål om deira opplevsar og blei analysert med induktiv innhaldsanalyse. | Det ble brukt inklusjonskriterier og eksklusjonskriteriar for utvalget. Av 789 personar som oppholdt seg på studie instutisjonane blei 30 intervju analysert. | Studien viste at pasientanes opplevelse av bruk av tvang og isolering stort sett var negative. Dette var relatert til opplevsar før, under og etter opplevelsen. |