



# BACHELOROPPGÅVE

Empati for den tvangsinnlagte pasienten  
Empathy for the compulsory admitted  
patient

**Kandidatnummer: 179**

**Namn: Ayan Ahmed Hassan**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Inger Oline Bruland

07.06.2019

## Hjelpkunsten

Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne ham der  
hvor han er,  
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpkunst.  
Enhver der ikke kan det,  
er selv i innbilning,  
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,  
må jeg forstå mer enn han,  
men dog vel først og fremst forstå  
det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.

Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,  
så er det fordi  
jeg er forfengelig eller stolt,  
så jeg i grunnen  
i stede for å gagne han,  
egentlig vil beundres av han.

Men all sann hjelpkunst  
begynner med en ydmykelse.  
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil  
hjelpe  
og derved forstå,

at det å hjelpe  
ikke er å beherske, men det å tjene –

at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste,  
men den tålmodigste –

at det å hjelpe  
er villighet til inntil videre  
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,  
det den andre forstår.

- Søren Kierkegaard

## Samandrag

Tittel: Empati for den tvangsinnlagte pasienten

Bakgrunn: I praksis på ei akutt psykiatrisk avdeling i fjor haust opplevde eg at tvangsmidlar ofte vart tatt i bruk. Pasientane uttrykte at dei såg på dette som integritetskrenkande og uverdige. Gjennom tre år på sjukepleiestudie lærte eg derimot at pasienten har rett på å få ei autonom avgjerd respektert. Tvang strir med dette. Vi har dessutan lært at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte menneske sitt liv og verdigheit, samt baserast på respekten for grunnleggande menneskerettar.

Problemstilling :Korleis kan sjukepleiarar bidra til å førebygge bruk av tvangsmidlar i ei akutt psykiatrisk avdeling?

Metode: Dette er ei litteraturstudie, der eg har gått gjennom relevant forskning og litteratur for å belyse problemstillinga.

Oppsummering: Litteraturstudia trekker fram korleis haldningar blant sjukepleiarar kan påverke bruken av tvangsmidlar, Safewards-modellen som ein konflikt –og tvangsførebyggande metode, samt korleis New public Management utfordrar sentrale sjukepleieverdiar som er avgjerande for å førebygge bruken av tvang. Både forskning og litteratur visar at sjukepleiarar spelar ei stor rolle i avgjerdsla om å bruke tvangsmidlar. Difor spelar haldningane deira til bruken av tvang ei stor rolle. Ved å påverke desse kan ein redusere bruken av tvangsmidlar. Vidare viser forskning at intervensjonane i Safewards-modellen er viktige for å redusere tvangsbruken. Innføring av desse kan dermed også vere viktige i tvangsførebygginga. På den andre sida gjer styringsformer som New Public Management at viktige sjukepleieverdiar får trongare kår. Dette kan vere ei utfordring i førebygginga av bruken av tvangsmidlar.

Nøkkelord: Tvang, psykiatri, sjukepleie, førebygging,

## **Abstract**

Title: Empathy for the compulsory admitted patient

Background: During my residence at an acute psychiatric ward last autumn, I saw a frequent use of coercion. The patients viewed the use of coercion as a violation of their integrity and as an ignoble practice. This practice is not in line with the principle of respecting the patient's right to make his or her own autonomous decisions. It also opposes with care and respect for individual human life, dignity care and respect for human rights, which are fundamental values in nursing.

Research question: How can nurses contribute to prevent the use of coercion in an acute psychiatric ward?

Method: This is a literature study where I have examined relevant research and literature to approach the problem.

Summary: Literature studies highlight how attitudes amongst nurses can affect the use of coercion, how the Safewards-model can work as a conflict- and containment prevention method, and how the introduction of New Public Management challenges fundamental nursing values that are important to prevent the occurrence of coercion. Studies and literature show that nurses hold a key position in the decision process concerning the use of such methods. Therefore, it may be possible to decrease their use in practise by affecting the attitudes of nurses who provide the day-to-day care to people with mental illness. Studies also support that the interventions in the Safewards-model are effective in preventing coercion. On the other hand, management tools in health care such as New Public Management limit the space for important nursing values. This challenges the work on reducing the use of coercion in psychiatric care.

Keywords: Coercion, psychiatry, nursing, prevention

# Innhald

<b>1 Innleiing</b> .....	1
<u>1.1</u> Problemstilling og avgrensing .....	2
1.2 Innhald og oppbygging .....	3
<b>2 Metode</b> .....	3
<u>2.3</u> Søke- og utvalsprosessen for anna litteratur .....	4
2.4 Kjeldekritikk.....	4
2.5 Forskingsartiklar.....	6
2.5.1 «Psychiatric nursing staffs’ attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review».....	6
2.5.2 «Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patient’s staff».....	7
2.5.3 «Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement».....	7
2.5.4 «Sykepleieverdier under press?».....	8
<b>3 Teoretisk og fagleg grunnlag</b> .....	8
3.1 Lovverket om tvang.....	9
3.2 Sentrale prinsipp.....	9
3.3 Sentrale haldningar blant menneske.....	10
3.4 Safewards- modellen.....	11
3.5 New Public Managment.....	11
<b>4 Drøftingsdel</b> .....	12
4.1 Haldningar blant helsepersonell som påverkar tvangsbruken.....	12
4.2 Safewards- modellen som ei tvangsførebyggande metode.....	15
4.3 New Public Managment utfordrar empati hjå sjukepleiarar.....	17
<b>5 Konklusjon</b> .....	18
<b>Bibliografi</b> .....	19

# 1 Innleiing

Det å bli bunden fast i ei seng, halde fast eller å bli stengt inne i eit rom er noko av det mest inngrepande helsepersonell kan utsette ein pasient for. Det er svært integritetskrenkande og utfordrar dei tilsette i psykisk helsevern, då det rører på sentrale verdiar, menneskesyn og reiser vanskelege etiske spørsmål (Pedersen, Husum, Hem, & Aarre, 2017, s.190). Gjennom analyser og innsyn i tvangsprotokoller, klarte VG i 2016 å avdekke «massive, omdiskuterte begrunnelser og grov svikt i dokumentasjonen når norske pasienter bindes fast mot sin vilje» (Åsebø & Ree, 2016). Avsløringane gjorde at fleire sjukehus har tatt grep og satsa på å redusere talet på beltebruk i avdelingane (Åsebø & Norman, 2017). Samtidig varsla helseministeren, Bent Høie, at han ville gjere det vanskelegare å bruke tvang i psykisk helsevern (Dommerud, 2016).

Ein rapport om tvangsbruk av Helsedirektoratet, viser at bruken av tvang frå 2016 – 2017 vart redusert for mellom anna talet på tvangsinnleggingar og behandling med legemiddel som pasienten sjølv ikkje har samtykka til. Dette meiner dei heng saman med innskjerpa vilkår for bruk av tvang etter revidering av lov om psykisk helsevern. Trass i at ein ser ein nedgang, er det likevel viktig å understreke at det framleis var 7000 pasientar som fekk ein eller fleire vedtak om tvungen tilbakehalding, behandling utan samtykke og/ eller bruk av tvangsmiddel i 2017 (Helsedirektoratet, 2019).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

I fjor haust var eg i praksis på ei akutt psykiatrisk avdeling. Vi fekk fort beskjed om at dette var ein lukka post og då kom problematikken rundt bruk av tvang raskt opp i tankane. Under praksisperioden var eg vitne til at tvangstiltak som skjerming, isolering og tvangsmedisinering vart hyppig tatt i bruk, noko som gjorde eit sterkt inntrykk på meg. Pasientane gav uttrykk for at dette var integritetskrenkande og uverdige. Dei er ikkje aleine om dette. Over heile verda er menneske med psykiske lidningar ein sårbar gruppe som har vert, og framleis blir utsett for integritetskrenkande handlingar, som bruk av tvangsmiddel (Pedersen et al. 2017, s. 195).

Gjennom sjukepleiestudie har eg lært at verdiar som pasientautonomi, altså retten til å ta eigne avgjerder, er eit hovudprinsipp i helseetikken. Tvang strir med dette prinsippet. Vidare kjem

det fram i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte menneske sitt liv og verdigheit. I tillegg skal sjukepleia baserast på respekt for grunnleggande menneskerettar (NSF, 2016). Auka fokus på effektivitet og resultat som følgje av styringsformer som New Public Management, kan derimot bidra til at desse sjukepleieverdiane får trongare kår (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 311).

Sjølvråderetten kan midlertidig settast til side for å ivareta viktige omsyn som liv eller helse (Helsedirektoratet, 2019). Det oppstår altså ein konflikt mellom autonomiprinsippet og prinsippet om å gjere vel. Slike unntak er derimot strengt regulert i lov om psykisk helsevern kapittel 3 og 4. På den andre sida er det framleis mange pasientar som mottar helsehjelp under tvang i norsk psykisk helsevern. I denne litteraturstudien skal eg fokusere på korleis sjukepleiarar kan vere med på å nettopp førebygge denne utviklinga.

## 1.2 Problemstilling og avgrensing

Korleis kan sjukepleiarar bidra til å førebygge bruk av tvangsmidlar i ei akutt psykiatrisk avdeling?

Førebygging handlar om å «begrense en uønsket utvikling» (forebygging.no, 2019). Oppgåva handlar om å førebygge bruk av tvang i psykisk helsevern, spesifikt i ei akutt psykiatrisk avdeling, då mitt første møte med psykisk helsevern var her. Slike avdelingar tar i mot pasientar med tilstandar som treng akutt hjelp (Helse Førde, 2019). Vidare kan tvang delast inn i formell, uformell og opplevd tvang. Medan uformell og opplevd tvang går ut på at pasientar som er frivillig innlagt, likevel opplever press og maktutøving frå helsepersonell, er den formellen tvangen tvang der det er fatta eit juridisk vedtak (Pedersen et al., 2017, ss. 191,196). Det er denne forma for tvang som er hovudfokuset i denne oppgåva. Ordet «tvangsmidlar» blir brukt om tiltak som vert sett i verk for å hindre skade (Malt, 2014) som t.d. fasthaldning eller beltelegging. Eg kjem derimot ikkje til å gå inn på spesifikke metodar i oppgåva. Vidare har eg ekskludert born, då det er andre retningslinjer for denne pasientgruppa. Til slutt fokuserer oppgåva på styringsformar som kan bidra til tvang, helsepersonell sine haldningar til tvang og intervensjonar som kan verke de- eskalerande på sinne/vald hjå pasientar og dermed også på bruk av tvangsmidlar.

### 1.3 Innhald og oppbygging

I metodekapitlet skal eg presentere litteraturstudie som metode. Vidare legger eg fram kjeldekritikk og truverdigheita til forskingsartiklane, og litteraturen blir vurdert. Deretter vert forskingsartiklane, samt korleis eg fant desse presentert. I teorikapitlet kjem den teoretiske referanseramma for problemstillinga fram, før eg går over til drøftingsdelen, der teorien og forskingsresultata i dei førre kapitla skal drøftast opp mot problemstillinga. Heilt til slutt skal eg komme med ein konklusjon.

## 2 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert definerte metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap». Ein metode fortell altså oss noko om korleis vi bør gå til verks for å framkalle eller etterprøve kunnskap. Den er eit reiskap til å samle inn data (Dalland, 2012, s. 111–112).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgåva har eg brukt litteraturstudie som metode. Her er det vurderingane av dei skriftlege kjeldene i form av kjeldekritikk som er den metodiske reiskapen, og ein skal danne seg eit bilete av kva som allereie er skriven om temaet som er valt i problemstillinga. Her kan også erfaringar i praksis brukast som ei viktig kjelde (Dalland, 2012, s. 223). Eg kjem i utgangspunktet til å bruke desse erfaringane/observasjonane i dømer. Det er likevel viktig å understreke at personelege forhold som oppvekst, erfaringar og fordommar, alltid vil verke inn på observasjonane. Observasjonane mine frå praksis er subjektive. Dermed kan dei vere ei kjelde til feiltolkingar (Dalland, 2012, s. 205).

### 2.2 Søke- og utvalsprosessen for forskning

Litteratur er eit viktig grunnlag for alle studentoppgåver. Det er den kunnskapen oppgåva tar utgangspunkt i, og som problemstillinga skal drøftast i forhold til. Difor må det tydeleg komme fram kvifor ein bestemt type litteratur er valt, og korleis utvalet er gjort (Dalland & Trygstad, 2012, s. 67).



For å finne relevant litteratur og fagstoff brukte eg den tverrfaglege artikkeldatabasen Academic Search Elite. Her haka eg også av for Medline og Cinahl, slik at eg også fekk opp artiklar frå desse databasane. Vidare brukte eg PICO-skjemaet for å avgrense søkeorda mine, og ordnett og Svemed+ for å finne engelske synonymord. Dette fordi eg ynskte å inkludere internasjonal forskning på dette området. Ein får dessutan breiare utval av forskning dersom ein brukar engelske søkeord. Eg brukte i hovudsak søkeorda «Psychiatric patient\*», «Nursing», «nursing care», «New Public Management», «Seclusion» og «Prevention». I tillegg brukte eg fleire synonymord for tvang som mellom anna «Force», «Restraint», «Coercion» og «containment». Vidare vart søka avgrensa til år 2012-2019, då eg ville forsikre meg at artiklane ikkje var utdaterte. Målet var å finne artiklar som handla om helsepersonell sine haldningar, korleis ein kan førebygge tvang, samt korleis innføring av New Public Management kan vere ei utfordring for dette.

### 2.3 Søke- og utvalsprosessen for anna litteratur

Gjennom kartlegging av pensum i dei ulike emna våre, samt råd i frå rettleiar og medstudentar, har eg funne relevant litteratur. Eg har funne faglitteratur som handlar om etiske problemstillingar ved tvang, korleis ein kan redusere det og helsepersonell sine haldningar til dette tiltaket, samt om New Public Management. Dette fordi desse emna er nødvendige for å kunne svare på problemstillinga mi. Vidare søkte eg fritt på nett om psykisk helsevern og tvang, der eg har funne fleire avisartiklar som handlar om korleis ulike norske institusjonar jobbar mot å redusere bruken av tvangsmidlar. Tvangsforsk vart også brukt, då dette er eit nettverk for forskning og kunnskapsutvikling av bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Noreg (Tvangsforskning, 2019). Her har eg funne lenkjer til ulike rapportar og statistikkar frå Helsedirektoratet, samt relevant forskning på dette området.

### 2.4 Kjeldekritikk

Alle forskingsartiklane i oppgåva er funne gjennom Academic Search Elite, og gjennom den vart også artiklar frå databasane Medline og Cinahl funne. Dette er tverrfaglege databasar som eg vurderer som truverdige, då høgskulen anbefalar desse. Artiklane er dessutan publiserte i vitenskaplege tidsskrifter, noko som er ein fordel, då det stillast høge krav til kvalitet. Artiklane

vert difor vurdert og godkjent av ekspertar innanfor fagområdet (Dalland & Trygstad, 2012, s. 78). Alle forskingsartiklane er også godkjent av etisk komité.

Nortvedt et al. (2012, s.70) trekker fram at ein bør velje ut artiklar som har ei klar formulert problemstilling . Artiklane har problemstillingar som handlar om kva haldningar helsepersonell i psykisk helsevern har til tvang, ulike intervensjonar som skal vere tvangs- og konfliktførebyggande og korleis New public Mangagement utfordrar sentrale sjukepleieverdiar. Desse emna er relevante for min problemstilling. Vidare bør ein undersøke om studiedesignet i artiklane er eigna for oppgåva. Eg har mellom anna inkludert ein systematisk gjennomgang, noko som kan vere ei fordel, då dei er oppsummerande og samanliknar resultat av relevante studiar. Her er det dessutan lagt strenge krav til kvalitets- og utvalskriteria, noko som bidrar til å styrke truverdigheita til desse (Dalland & Trygstad, 2012, s. 79). På den andre sida har forfattarane i hovudsak berre inkludert kvantitativ forskning. Dette kan tenkast å vere ei ulempe, då det kan vere ein fordel å ha med eit breiare utval av studiedesign i ein systematisk gjennomgang. Vidare har eg også inkludert kvalitativ forskning som handlar om helsepersonell sine haldningar til tvang og korleis sjukepleiarar opplever ytre rammefaktorar som kan innverke på sjukepleiarane sine prioriteringar i praksis. Studiedesignet er i denne samanhengen ein fordel, då den får fram opplevingane til sjukepleiarane og anna helsepersonell (Nortvedt, Jamtvedt, Nordheim, Reinart, & Graverholt, 2012, s. 70).

Vidare er dei fleste artiklane mine bygd opp etter IMRAD-prinsippet. IMRAD er ei forkorting for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. Dei fleste artiklane har også eit abstrakt heilt innleiingsvis, der dei kort summerer opp kvifor forfattarane vil gjere studien, korleis den var gjennomført, kva dei fant og kva forfattarane meiner resultatata betyr (Nortvedt et al., 2012, s. 69).

Om resultatata er mulig å føre over til eigen praksis, er alltid ein relevant problemstilling. Eg har plukka ut internasjonal forskning på korleis ein kan førebygge bruk av tvang i psykisk helsevern. Dermed vil forslaga vere tiltak som har blitt utført i land utanfor Noreg, og det kan difor stillast spørsmål om desse tiltaka lar seg utføre i Noreg. I tillegg har eg også brukt enkeltstudiar, noko som kan vere ei svakheit, då enkeltstudiar sjeldan kan vere grunnlag for endring av praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 71). Vidare er det meste av faglitteraturen i

oppgåva sekundærkjelder, sidan fleirtalet av pensumbøkene er dette. Eg har derimot prøvd å oppsøke og inkludere den opphavlege kjelda forfattarane referere til (Dalland, 2012, s. 86).

I fagfelt som stadig er i endring, slik som sjukepleie, er det viktig å velje artiklar som ikkje er utdaterte. Tidspunktet for når ein tekst er skriven er nemleg avgjerande for om den har verdi som kjelde. I utgangspunktet har eg avgrensa søket etter artiklar til 2012-2019, og dei fleste som er tatt med i denne litteraturstudien er under fem år gamle. Samtidig har eg tatt med dei nyaste utgåvene av bøkene eg har brukt. På den andre sida har eg inkludert systematiske oversikter som inkluderer eldre kjelder. Desse er likevel av stor betydning, då desse eldre kjeldene på forskningsfronten, kan bidra til å reflektere over dei funna dei har gjort (Dalland & Trygstad, 2012, ss. 76-77).

## 2.5 Forskingsartiklar

### 2.5.1 «Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review»

Dette er ein systematisk gjennomgang skriven av Emilia Laukkanen, Katri Vehviläinen-Julkunen, Olavi Louheranta, & Lauri Kuosmanen (2019). Formålet med denne gjennomgangen er å identifisere, analysere og syntetisere tilgjengelig forskning om psykiatriske sjukepleiarar sine haldningar til bruk av tvangstiltak i behandling av psykiatriske pasientar. 24 studiar som vart publisert i tidsrommet 2002-2017 er inkludert, og desse studiane stammar i frå 13 forskjellige land. 23 av desse har ein kvantitativ og deskriptiv design (s.390).

Fleire av studiane som er nemnt i artikkelen, viser at sjukepleiarar har eit generelt positivt syn på bruken av tvangsmidlar. Sjukepleiarar var fornøgde med bruken av desse midlane og dei følte at dei fekk hjelpe pasienten ved hjelp av dette. Somme artiklar trekker derimot fram at helsepersonell ser meir negativt på tvang i dag, og at dei uttrykker frustrasjon og anger når tvangsmidlar vert tatt i bruk. Trass i dette konkluderer artikkelen med at tvangsmidlar framleis blir akseptert og at sjukepleiarar sjeldan setter i verk alternative tiltak. Vidare meiner forskarane at det trengst meir forskning på dette området. Sjukepleiarar spelar ei sentral rolle i avgjerdsla om bruk av tvangsmidlar. Ved å påverke haldningane til sjukepleiarar i psykisk

helsevern, kan ein difor redusere bruken av tvangsmidlar, hevdar forfattarane (Laukkanen, Vehviläinen-Julkunen, Louheranta, & Kuosmanen, 2019, s.403-404).

### 2.5.2 «Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patient's staff»

Dette er ein norsk studie av Inger B Larsen og Toril B Terkelsen (2014). Hensikta med studien er å finne ut korleis pasientar og personalet i ein lukka psykiatrisk institusjon i Noreg opplever bruken av tvangstiltak. Studien har eit kvalitativ design der totalt 12 pasientar og 22 tilsette vart intervjuet og observert i ein periode på 4 månadar i 2010 (s.426). Her kjem det fram at deltakarane opplevde bruken av tvang forskjellig. Nokre pasientar følte seg verdilause når tvang vert brukt i behandlinga og fleire av personalet uttrykte at dei fekk dårleg samvit når det vert tatt i bruk som tiltak. Andre meinte derimot at tvang var nødvendig. Desse som argumenterte får dette såg på tvangsmidlar som ein nødvendig del av behandlinga og fekk difor dårleg samvit av å ikkje ta i bruk dette tiltaket. Forfattarane meiner at dette skyldast kor «nærme» helsepersonellet er pasienten på eit emosjonelt nivå. Dersom vedkommande har eit nært forhold til pasienten, er dette med på å forsterke den dårlege samvita når tvang vert tatt i bruk. Resultatet er at ein då har ein tendens til å finne alternative løysingar til tvang. Det er denne emosjonelle nærleiken som gjer at helsepersonell møter pasienten med ei holistisk tilnærming. Vert pasientane derimot heldt på avstand, er det større sannsyn for at pasienten ikkje vert sett på som eit individuelt vesen med eigne behov, men som eit medlem av ei pasientgruppe der alle har same behov og same restriksjonar (Larsen & Terkelsen, 2014, s.435).

### 2.5.3 «Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement»

Dette er ein kvantitativ studie av Justine Fletcher, Mathew Spittal, Lisa Brophy, Holly Tibble, Stuart Kinner, Steve Elsom, & Bridget Hamilton (2017). Studien handlar om Safewards- ein modell som består av ti intervensjonar som skal verke konflikt- og tvangsførebyggjande (s.462).

Formålet med studien er å finne ut kva innverknad innføring av intervensjonane i modellen har i psykiatriske institusjonar i Australia. Her er det brukt ei før – og- etter samanlikning, der

det i alt var 44 institusjonar med i studien. 13 av desse innførte tiltaka i safewards-modellen i ein 12 vekers prøveperiode og følgde vidare opp desse tiltaka i eitt år. Dei resterande 31 institusjonane var ein del av samanlikningsgruppa og innførte dermed ikkje dette tiltaket. Dette resulterte i at bruken av tvang i dei 13 institusjonane som innførte intervensjonane vart redusert med 36% i løpet av dei 12 månadane dei følgde opp desse tiltaka, i motsetnad til dei andre institusjonane som ikkje innførte tiltaka og difor hadde like mange tilfelle av tvang som ved oppstart av studien. Dermed konkluderer dei med at safewards-modellen kan vere ein effektiv metode til å redusere tvang i akutt psykiatriske avdelingar (Fletcher et al., 2017, ss. 461,469).

#### 2.5.4 «Sykepleieverdier under press?»

Dette er ein kvalitativ studie av Ole T. Kleiven, Lars Kyte og Kari Kvigne. Gjennom fokusgruppeintervju med sjukepleiarar i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, henta dei inn data . Målet med studien er å utforske korleis ytre rammefaktorar i helsevesenet som er mål- og resultatsbaserte, kan påverke prioriteringane til sjukepleiarar i praksis, og kva konsekvensar denne innverknaden kan ha for sjukepleieidentiteten. Dei kom fram til at ytre krav og rammer gjer at fokuset vert på mål og resultat, i staden for psykososiale behov og aktivitet. Resultatet vert at sjukepleiarane sitt profesjonelle fokus vert meir oppgåvesentrerte og mindre pasientsentrert. Dette relaterer dei til innføring av New public Management (NPM) i helsevesenet, ein styringsform der effektivitet og produktivitet er viktige mål. Dette kan på sikt påverke sjukepleieprofesjonen sin identitet på samfunnsnivå og gi omsorgsperspektivet og pasientrelasjonen mindre plass, hevdar forfattarane. Dei konkluderer med at NPM i helsevesenet bør inkludere perspektiv som sørger for den pasientsentrerte pleia. Samtidig understreker dei at styreforma må gi sjukepleiefaglege verdier ein sterkare posisjon.

### **3 Teoretisk og fagleg grunnlag**

Her vert den teoretiske referanseramman som legger grunnlaget for drøftinga presentert. Først tar eg for meg kva lovverket seier om tvang, og sentrale etiske prinsipp. Deretter ulike haldningar blant helsepersonell og safewards- modellen som ein metode for å førebygge tvang i psykisk helsevern. Avslutningsvis skrivar eg om New Public Management, ein styringsform som i dei seinare åra har fått ein større plass i offentleg sektor.

### 3.1 Lovverket om tvang

Individet sin grunnleggande rett til fridom er nedfelt i menneskerettane og er ein grunnpilar i samfunnet vårt. Det å ta vekk denne fridomen frå nokon er svært alvorleg og potensielt integritetskrekkande ovanfor eit menneske. Menneskerettane gir absolutte og universelle grenser for slike inngrep og setter rammer for kva staten kan utsette menneske for av restriksjonar og fridomsrøving (Brinchmann, 2016, s. 195).

Tvang i psykisk helsevern er regulert av lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernlova). I Psykisk helsevernlova (1999, §2-1) kjem det fram at psykisk helsevern skal ytast på bakgrunn av samtykke «etter bestemmelsene i pasient – og brukerrettighetsloven». Det er derimot opent for at det kan brukast tvang dersom vedkommande har ein «alvorleg sinnsliding». Dette er ikkje eit eintydig definert omgrep, men psykosar vil som regelen falle innanfor dette omgrepet. Samtidig må eitt av to tilleggskriteria vere oppfylte. Pasienten må anten vere til stor fare for seg sjølv og/eller andre eller treng behandling for å bli vesentleg betre eller for å hindre forverring av lidinga (Pedersen et al., 2017, s. 192).

### 3.2 Sentrale etiske prinsipp

Etiske spørsmål som oppstår ved bruk av tvang, handlar om autonomiprinsippet på den eine sida, og helsepersonell sin plikt og ynskje om å hjelpe og behandle vedkommande på den andre (Pedersen et al., 2017, s. 190). Det oppstår altså ein konflikt mellom desse to prinsippa.

Før i tida var det legen som bestemte kva behandling pasienten skulle ha, på ein faderleg og autoritær måte. Ein meinte at legen visste best kva som var til pasienten sitt beste og paternalismen stod dermed sterkt. I dag er ein derimot meir opptatte av pasienten sin rett til å få ein autonom avgjerd respektert. Dette er eit sentralt etisk og juridisk prinsipp i medisinsk etikk. Ordet stammer i frå to greske ord: autos (sjølv) og nomos (lov, styring, regulering) (Brinchmann, 2016, s. 89–90).

Vidare går prinsippet om å gjere vel heilt tilbake til den hippokratiske legeed, som vart

utforma for 2400 år sida, og som framleis står sentralt i medisinsk etikk. Det er forventa at sjukepleiarar og legar skal handle godt for pasientane, samt verne dei mot behandling eller dårleg omsorg som kan føre til skade (Brinchmann, 2016, ss. 87–88).

### 3.3 Sentrale haldningar blant menneske

Haldningar er «en endens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, med mer» (Svartdal, 2018). Røkenes og Hanssen (2012, s.178) framhevar fire grunnleggande haldningar til den andre, blant anna «Den andre som subjekt», «den andre som likeverdig og «den andre som objekt». «Den andre som subjekt» handlar om at den andre har eit indre, avgrensa senter for oppleving. Samtidig viktiggjjer «den andre som likeverdig» at ein ikkje skal forklare den andre frå eit objektivt ståstad. «Den andre som objekt» er derimot det motsette av dette, der ein tingleggjer den andre frå eit objektivt perspektiv.

Eit menneskesyn seier noko om korleis vi forstår oss sjølv og andre som menneske. Det representerer grunnleggande verdiar som vert forma tidleg i livet og som kjem til synet gjennom haldningar og praktiske handlingar (Odland, 2016, s. 25). Holisme er eit menneskesyn som betyr heilskapsforståing. Ein holistisk tilnærming inneber at ein ser på pasientar som medmenneske og likeverdige samarbeidspartnarar når deira helseproblem skal løysast. Eit eg-du – forhold mellom pasient og sjukepleiar går ut på at dei ser på kvarandre som likeverdige subjekt med felles mål som er til pasienten sitt beste (Odland, 2016, ss. 27,30). Samtidig er empati viktig, noko som er ein grunnleggande følelsesmessig evne til å leve seg inn i ein anna person sin situasjon (Sneltvedt, 2016, s. 149). Dette er avgjerande for eit eg-du forhold.

Eit reduksjonistisk menneskesyn er det motsette. Her vert menneskekroppen sett på som ein maskin, der menneske består av to substansar: den tenkande substans og den utstrekke substans. Kroppen som ustrakt substans kan bli målt og utrekna, og vert difor sett på som viktigare enn sjela, då den ikkje representerer noko målbart og ikkje kan forklarast ut frå «maskinmodellen». Medisinen som profesjon vert ofte tillagt eit slikt menneskesyn, fordi det ofte vert brukt målingar og utrekningar av kroppen, samt at resultata kan tolkast ut frå standardiserte storleiker. Døme på dette er måling av mengda hemoglobin i blodet og

utrekning av BMI. I denne sammenhengen er kritikken retta mot at profesjonen i større grad er opptatt av naturvitsskaplege utrekningar, i staden for menneske sine opplevingar av det å vere sjuk, og kva dette inneber for den enkelte (Odland, 2016, ss. 31–32).

### 3.4 Safewards- modellen

Safewards- modellen er ein britisk modell som består av ti intervensjonar som vart utvikla for å redusere konflikter mellom helsepersonell og pasientar, især i akutt psykiatriske avdelingar (Kennedy et al., 2019, s. 618). Forsking viser at intervensjonane er hensiktsmessige for å redusere bruken av tvangsmidlar. Dei seinare åra har fleire land som t.d. Australia og Danmark latt seg inspirere av denne suksessen og innført intervensjonane i sitt arbeid i redusering av tvangsbruk.

Modellen tar for seg omgrep som «originating domains», «staff modifiers», «patient modifiers» og «flashpoints». Medan «originating domains» er ulike aspektar ved psykisk helsevern som kan medverke til konflikter og/eller bruk av tvangsmidlar, handlar såkalla «flashpoints» om sosiale og psykiske situasjonar som kan oppstå som følgje av eigenskapar ved «originating domains». Dette kan føre til konflikter, noko som igjen vil kunne føre til bruk av tvangsmidlar. Vidare handlar «staff modifiers» om eigenskapar ved personalet og korleis dei handlar i samhald med pasientane, medan «patient modifiers» handlar om korleis pasientar handlar i samhald med kvarandre.

«Soft words», «Talk down» og «positive words» er tre av intervensjonane i modellen. Medan «Soft words» er spesielt utarbeida for å betre ordbruken blant personalet for å førebygge konfrontasjon og konflikter, er «talk down» derimot ein modell for de-eskalering i handtering av aggressive pasientar. Her vert de-eskalering sett på som ein prosess der ein starter med å få kontroll over situasjonen, for og så gå over til å avklare problemet, etterfølgt av å finne ei løysing saman med pasienten. Vidare oppfordrar «positive words» til å sei noko positivt om pasienten under rapporten slik at fokuset vert retta mot dei positive eigenskapane ved pasienten.

### 3.5 New public Management



I kjølevatnet av kritikken av offentleg sektor, har ein dei siste åra innført ei rekke reformer innanfor det offentlege både i Noreg og i andre vestlege land. Ein del av kritikken går ut på at sektoren er ineffektiv, for stor, byråkratisk og at dei offentlege utgiftene er for høge. Formålet med desse reformene er å effektivisere og auke konkurransen mellom ulike offentlege tenestar, samt å betre styringa. New public Management (NPM) vart eit samleomgrep for desse reformene (Stamsø, 2009, ss. 67–68).

Sidan byrjinga av 1980-talet, har NPM vorte representert som ein ny måte å styre offentleg sektor på. Effektivitet står sentralt i NPM og reformene byggjer særleg på kritikken av offentleg sektor på dette området. Kritikarane meiner at ineffektiviteten skyldast at det offentlege verksemdar ikkje har hatt behov for å tenkje effektivt og på økonomiske avgrensingar, slik som ein i større grad gjer i den private sektoren. Her er det nemleg klarare økonomiske avgrensingar i budsjettet og ein kan sjeldan be om bevilling dersom dei avsette økonomiske ressursane ikkje strekker til. Vidare fokuserer NPM meir på resultata, i motsetnad til den tradisjonelle offentlege administrasjonen som i hovudsak har vorte regelstyrt. I staden for mange reglar for gjennomføring av arbeidsoppgåver, har verksemdar som er styrt etter NPM, fleire og klarare mål dei jobbar mot. Innføring av mål- og resultatstyring og ulike lønningssystem, representerer auka fokusering på resultat (Stamsø, 2009, ss. 68,70).

## **4 Drøftingsdel**

I det følgjande presenterast sjukepleiarar sine haldningar til tvang, safewards- modellen som ein tvangsførebyggjande metode, samt korleis NPM kan vere ei utfordring for tvangsførebygginga.

### **4.1 Haldningar blant helsepersonell som påverkar tvangsbruken**

Studien til Larsen & Terkelsen (2014) framhevar at helsepersonell har delte meininger om tvangsbruk. Medan nokre fekk dårleg samvit når tvang vart brukt som tiltak, uttrykte andre at tvangsmidlar ofte er ein nødvendig del av behandlinga. Laukkanen et al. (2019) trekker også fram dette, samt at helsepersonell sjeldan setter i verk alternative tiltak. Tilsette som derimot fekk dårleg samvit, hadde ein tendens til å gjere dette. Denne dårlege samvita heng truleg

saman med at den tilsette har eit nært forhold til pasienten (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 435). Gjennom empati og følelsmessig openheit, kan vi i større grad forstå kva pasienten opplever. Dermed kan vi også betre forstå korleis vi kan vere til hjelp (Sneltvedt, 2016, s. 149). Det er altså denne tilnærminga desse tilsette har til pasienten. I følge Røkenes og Hanssen (2012, s.14) handlar det å forstå både om å leve seg inn i korleis andre opplever verda, samt å avdekke kva for motiv eller hensikter den enkelte handlar ut i frå. Åtferd som vanlegvis verkar uforståeleg og meiningsløys, kan få ein meining dersom ein prøver å forstå samanhengen den kjem i.

På den andre sida er det viktig å understreke at empati ikkje handlar om å forsøke og føle det same som pasienten gjer og gjere det til sine egne følelsar. Det handlar ikkje om å bli smitta eller direkte kopierer den tristheita, redselen eller angsten som pasienten viser (Vetlesen, 2010, s. 62). Dette vil kunne føre til at følelsane ovanfor den hjelpetrengande blir meir sjølvsentrert enn orientert mot den andre. Ein kan svikte pasienten gjennom å vere for distansert og ved å vere for personleg engasjert (Sneltvedt, 2016, s. 150). Det handlar om å finne ei balansegang der ein lar seg røre av kor engsteleg pasienten no framstår, utan at ein sjølv vert engsteleg.

Dei tilsette sin åtferd kan ein vidare knyte opp mot menneskesynet. Helsepersonell sitt menneskesyn former moralske haldningar og kan vere avgjerande for korleis den enkelte utøver yrket sitt. Det kan påverke synet på sjukdom, helse, behandling og pleie, og ikkje minst pasienten sin rett til medverknad og autonomi over eget liv og eigen helse (Odland, 2016, s. 27). Ved å sjå på pasienten som eit subjekt og ein likeverdige samarbeidspartnar, møter ein pasienten med ein holistisk tilnærming med eit eg-du forhold mellom pasienten og sjukepleiar. Å møte heile menneske inneber at ein ikkje berre møter den andre som eit objekt, ein fysisk ting. Objekt er nemleg noko ein handterer, medan subjekt er nokon ein kommuniserer og samhandlar med (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 13). Fleire pasientar i studien til Larsen & Terkelsen (2014) uttrykker at dei verdset når dei tilsette såg på dei som vanlege folk og som medmenneske, ikkje som ein diagnose (s. 433). Dette samsvarer også med erfaringar frå praksisen min, der pasientane også gav uttrykk for dette.

Vidare trekker studiane fram at nokre helsepersonell har eit distansert forhold til pasientar. Desse hadde ein tendens til å sette alle pasientane med same diagnose i same bås. I staden for

å behandle personen som eit enkelt individ med individuelle behov, vart vedkommande behandla som ein medisinsk diagnose. Studien viser at helsepersonell nesten fekk dårleg samvit av å ikkje bruke tvangsmidlar, då dei ser på dette som ein viktig del av behandlinga, i staden for noko som er integritetskrenkande (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 433). Laukkanen et al. (2019) bekreftar også dette, der fleire av dei inkluderte studiane presiserer at helsepersonell hevder at tvangsmidlar både er nødvendig i behandlinga og for å skape ro og orden i avdelinga (s. 401).

I Sneltvedt (2016) vert det diskutert kva som gjer at helsepersonell har eit distansert forhold til pasientar. Det vert belyst at nokre ser på dette som profesjonelt, medan det for andre er ein bevisst eller ubevisst måte å unngå den potensielle angsten som ligg i det å komme i kontakt med eigne og andre sine djupe og vanskelege følelsar. Fokuset kan då raskt bli på konkrete sjukepleiefaglege eller medisinske oppgåver, slik at ein unngår den mellommenneskelege kontakten. Konsekvensen vert at pasienten ikkje får den kontakten vedkommande treng i ein vanskeleg situasjon (s. 152). Dette vil truleg resultere i at pasientar som i utgangspunktet er i fare for seg sjølv eller andre verken blir sett eller bekrefta som eit individ med eigenverd og betydning, noko som kan bidra til at dei negative kjenslene som pasienten allereie sit med blir forsterka.

Behandlar ein pasienten som ein ting, tyder dette på eit reduksjonistisk menneskesyn. Menneske vert behandla som eit objekt som skal målast, vurderast og analyserast, for og så behandle det ut frå dei målingar og rekningar som er gjort. Her vert menneske altså satt til side og det sjuke organet er i fokus (Odland, 2016, s. 32). I studien til Larsen & Torkelsen (2014) beskriver ein pasient dette fenomenet. Vedkommande hevda at dei tilsette var meir opptatte av å gi ho medisinar i staden for å prøve å forstå ho. Pasienten opplevde nemleg at medisinarane gjorde at ho følte seg unormal og at det påverka måten ho tenkte, bevegde og snakka på (s. 433). Difor kan det tenkast at samhandlinga med denne pasienten er meir prega av det «å gjere noko med» pasienten, i staden for «å gjere noko saman med» eller «gjere noko for» han (Odland, 2016, s. 32). Pasienten følte at hennar oppleving av situasjonen var lite vesentleg. På same måte som sjukepleiaren har ein type kompetanse som pasienten treng, er det viktig å nemne at pasienten også har erfaringar og ein forståing av sin eigen situasjon som er avgjerande for at sjukepleiaren skal kunne gi han god og omsorgsfull hjelp (Odland, 2016, s. 30).

## 4.2 Safewards- modellen som tvangsførebyggande metode

Grensesetting og avvising av pasientar sine førespurnadar er ofte ein grobotn til konflikhtar. Intervensjonen «Soft words» anerkjenner dette og er spesielt utarbeida for å betre ordbruken blant personalet for å førebygge konfrontasjon og konflikhtar. Målet er at personalet skal sette grenser gjennom dialog med pasientar på ein respektfull og høfleg måte. Dersom personalet derimot er uhøflege og autoritære, vil dette kunne bidra til konflikhtar og eit miljø der pasienten verken føler seg trygge eller komfortable (Kennedy et al., 2019, s. 619). Litteraturen trekker fram at grensesetting er viktig for å skape tryggleik og stabilitet for pasienten og personalet, men råder i frå at det skal bli ein straffereaksjon eller ein maktdemonstrasjon (Hummelvoll, 2016, ss. 265–266). Larsen & Torkelsen (2014) legger derimot vekt på at pasientane opplevde grensesetting som nedverdige. Somme hevdar til og med at dei såg på dette som meir krenkande enn når tradisjonelle tvangsmidlar vart tatt i bruk (s.430). Hummelvoll (2016) anbefalar at grensar vert avklart før negative sanksjonar vert tatt i bruk. Elles kan ein risikere at reaksjonane vert for vanskelege å forstå for pasienten, noko som kan føre til ytterligere aggresjon (s.266). Det kan truleg også føre til bruk av tvangsmidlar.

Intervensjonen, «Talk down» er derimot ein modell for de-eskalering gjennom å få kontroll, avklare problemet og finne ei løysing saman med pasienten. På den andre sida vert det understrekt at dette berre er mogleg dersom personalet klarer å kontrollere eigne følelsar under de-eskaleringa. Her spelar respekt og empati ei stor rolle og personalet må gi uttrykk for genuin interesse og forståing gjennom tonefall, auge kontakt, ansiktsuttrykk og tolmod. Det viktig å ta seg tid til å forstå pasienten sin side av saka utan at ein presser han til å snakke og fortelje pasienten kva han skal og ikkje kan føle , samt bagatellisere følelsane til vedkommande (Bowers, 2019). Hummelvoll (2016) held med dette og ser på viktigheita av å lytte til pasienten sine subjektive erfaringar og syn på eit problem, samt kombinere denne forståinga med fagkunnskap om aggresjon. Pasienten sitt perspektiv vil ofte gi vel så mykje innsikt om fenomenet enn kva teoretisk kunnskap kan gi. God omsorg og behandling i forhold til menneske med aggresjonsproblem føreset ein heilskapstilnærming til hans situasjon. Ein bør særleg legge vekt på å forstå kva for behov hjå personen som er udekkja (s.261). Vidare hevder Røkenes & Hanssen (2012, s.14) at det å forklare og forstå særleg kan vere viktig for å i vare ta pasientar med psykiske lidingar. Nokre psykiske lidingar kan ein forklare med

genetiske og andre biologiske årsaker. Dette er likevel ikkje tilstrekkeleg for at ein skal kunne møte denne pasientgruppa på ein god måte. Ein person som til dømes utagerer fordi vedkommande er overtyda om at han blir angripen, kan få diagnosen paranoid schizofreni. Ei slik åtferd kan raskt stemplast som uforståeleg og trugande, men det gir meining dersom du forstår den ut frå personen sitt verdsbilete. I praksis opplevde eg at personalet såg på pasienten i frå eit psykiatrisk perspektiv, der dei var opptatte av å dempe symptoma til vedkommande anten ved medisinerer eller ved bruk av mekaniske tvangsmidlar. Dersom ein derimot ser situasjonen ut i frå eit sjukepleieperspektiv, vil ein kunne forstå meininga med det pasienten gjer. Forstå at det som ofte vert forklart som hallusinasjonar, er reelle opplevingar for pasienten som pasienten trur fullt og fast på. Ved å vere opptatt av å forklare årsaka til pasienten sine opplevingar og å komme med unødig kritikk, kan dette verke provoserande på pasienten. Det er nettopp difor at det å vise genuin interesse er sentralt i denne intervensjonen (Bowers, 2019).

Vidare fokuserer ein tredje intervensjon, nemleg «positive words», på korleis ein bør gi rapport om pasientar ved vaktskifte. I praksis hørde eg ofte om pasienten som var utagerande, uroleg, som tidlegare hadde vert innlagt på ei høg sikkerheits avdeling og som ikkje held seg til reglane. Det vil ved nokre høve vere viktig åtvare nytt personell om at pasienten for tida er noko eksplosiv, samt vurdere risiko for vald. På den andre sida følte eg at fokuset ofte berre var retta mot det negative pasienten gjorde. Det kan vere vanskeleg å bli kvitt merkelappen (aggressiv) når ein først har fått den. Ein alvorleg episode av vald kan vere stempla til pasienten lenge, sjølv om tilfelle skjedde for mange år sida. Dette vil kunne stå i vegen for ei fordomsfri vurdering av den enkelte slik han presenterer seg sjølv no, noko som kan prege måten vi tilnærma oss pasienten. Dersom pasienten sitt førebilete er prega av omgivnadane sin oppfatning av han som «farleg og eksplosiv», vil dette dessutan kunne gi pasienten ein oppleving av makt, og dermed bidra til å forsterke den aggressive veremåten (Hummelvoll, 2016, ss. 263–264). Dette kan også føre til tvangsbruk. For å førebyggje dette kan personalet her framheve pasienten sine positive kvalitetar og ressursar, samt fokusere på støttande intervensjonar (Safewards, 2010). I tilfelle der det er aktuelt å fortelje nytt personalet om aggressiv åtferd hjå ein pasient, er det viktig at ein rettleiar korleis ein på best mogleg måte kan gå fram for å oppnå kontakt. Det er også viktig å nemne situasjonar som pasienten har vanskar for å makte, kva pasienten setter pris på og korleis ein best skal bidra til å skape tryggleik for han. Dette vil kunne vere ei motkraft mot dei negative haldningane som

ofte vert skapt (Hummelvoll, 2016, s. 264).

#### 4.3 New Public Management kan utfordre empati hjå sjukepleiarar

I Kleiven et al. (2016, ss 317-318) trekker fleire sjukepleiarar fram at god omsorg er sentralt for å yte god sjukepleie. Fleire såg på empati som ein svært viktig del av dette. Samtidig framheva dei betydinga menneskesyn har for verdiar, haldningar og evne til etisk refleksjon. Viktigheita av relasjonsbygging og sjå personen bak diagnosen vart også sett på som viktig.

Auka fokus på effektivitet og resultat, utfordrar derimot desse verdiane. Sjukepleiarane uttrykker ein travel kvardag der oppgåvene er mange i forhold til tida og ressursane ein har. Kleiven et al. (2016) meiner at dette kan sjåast i samanheng med innføring av styringsreiskapen NPM, då fokuset her er å auke produktivitet og effektivitet gjennom målsystem og rapporteringar. Ein sjukepleiar uttrykte derimot at ein ikkje kan sette mål eller tal på kva som er god sjukepleie (ss. 318-319). Empati er kanskje særleg viktig i behandling av psykiatriske pasientar. Det er ein føresetnad for tillit. Ein føresetnad for at pasienten skal føle seg trygg på at sjukepleiararen har eit ynskje om å gjere godt mot pasienten, lindre, trøyste og vere til stades for vedkommande. Dette føreset tid. Ro til å setje seg ned, til å prate, lytte, fortelje og ikkje minst ved å legge merke til alt pasienten kommuniserer nonverbalt, ved blikket og ved heile haldninga som kropp og sjel. Dette er avgjerande for å kunne danne seg eit bilete av pasienten sin situasjon ( Vetlesen, 2010, s. 62). Avgjerande for å redusere bruken av tvangsmidlar.

På den andre sida gjer behovet for tid at empati er vanskeleg å måle og effektivisere, noko som truleg vil bidra til at det ikkje blir prioritert. Administrering av medisinar vert derimot prioritert , då dette er lovpålagt og målbart. Vidare vert det trekt fram at trekt fram at denne utviklinga over tid vil kunne gå ut over det mellommenneskelege perspektivet. Dermed vil dette bidra til at sjukepleia vert meir oppgåvesentrert og mindre pasientsentrert (Kleiven et. al, 2016, s. 320).

Vidare vert det i artikkelen til Vetlesen (2010) framheva at reformene gir ein rekke dilemma. Personalet vert målt på om effektiviteten aukar eller om tidsbruken er optimal. Dette betyr at dei må velje mellom å anten konsentrere seg om den enkelte pasienten eller om ein skal følgje

opp fleire pasientar for færre ressursar (s.60). Dette samsvarer med opplevingane mine i praksis på ei akutt psykiatrisk avdelinga. Eg fekk inntrykk av at fokuset ofte var på å få ut pasientane fortast mogleg. Dersom dette ikkje var mogleg, prøvde ein gjerne å overlate dei til andre avdelingar. Korte innleggingar vart sett på som kostnadsreducerande og effektivt. Slik kan sentrale kjerneverdier i sjukepleia bli satt til side til fordel for økonomisk forteneste.

## 5 Konklusjon

Gjennom forskning og litteratur har eg prøvd å belyse korleis sjukepleiarar kan bidra til å førebygge bruk av tvangsmidlar i ei akutt psykiatrisk avdeling. Forsking framhevar at sjukepleiarar sine haldningar spelar ei stor rolle i dette. Kva menneskesyn ein har er avgjerande for korleis ein møter pasientane og dermed også synet på pasienten sin rett til medverknad og autonomi. Reduksjonistiske haldningar og eit distansert forhold til pasienten vil kunne føre til at ein behandlar vedkommande som eit objekt der menneske vert satt til side og det sjukeorganet er i fokus. Det blir trekt fram at dette er haldningar som fører til bruk av tvangsmildar. Gjennom empati og følelsmessig openheit kan ein derimot sette seg inn i korleis andre opplever verda og difor i større grad forstå korleis vi kan vere til hjelp. På denne måten møter ein pasienten med ei holistisk tilnærming der eit eg-du forhold er sentralt. Dette er sentrale verdier som er avgjerande for å redusere tvangsbruken.

Vidare trekker forskning fram at intervensjonane i Safewards-modellen skal vere konfliktførebyggande og dermed også tvangsførebyggande. Gjennom «Soft words» kan ein grensesette gjennom dialog og respekt. Vidare kan ein ved «talk down» de-eskalere situasjonar gjennom kontroll, avklare problemet og finne ei løysing saman med pasienten. Her trekker litteraturen fram viktigheita av å lytte til pasienten sine subjektive erfaringar og syn på eit problem. Dersom ein derimot har vorte stigmatisert som aggressiv, vil det kunne stå i vegen for ei fordomsfri vurdering, noko som pregar måten vi tilnærma oss pasienten. Gjennom «positiv words» kan ein derimot framheve pasientane sine positive kvalitetar og ressursar.

Sjølv om holisme og empati blant helsepersonell er viktig i tvangsførebygginga, står målsettingane til New public Management i kontrast til desse verdiane. Desse er vanskeleg å effektivisere og vert difor ikkje prioritert, noko som fører til at sjukepleia blir meir

oppgåvesentrert enn personsentrert. Dette vil kunne bidra til at pasienten ikkje får den kontakta vedkommande treng i ein vanskeleg situasjon, noko som kan føre til aggresjon og som igjen truleg vil føre til bruk av tvangsmidlar.

Kunnskap om kva haldningar som gjer at ein handlar med tvangsmidlar, vil gi grunnlag for kva haldningar ein bør gjere noko med. Vidare har intervensjonane i Safewards- modellen vert hensiktsmessige i fleire land, og ved å innføre desse i Noreg, vil dette truleg også bidra til å redusere tvangsbruken her. Til slutt trekker forskning fram at styringsreformer som New public Management må gi rom for grunnleggande sjukepleieverdiar slik at den pasientsentrerte pleia vert ivaretatt. Dette er avgjerande i arbeidet mot å førebygge bruken av tvangsmidlar.

## **Bibliografi**

Bowers, L. (2019). Talk Down. Henta 27. mai 2019, frå Safewards website:

<http://www.safewards.net/interventions/talk-down>

Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utgåve, s. 81–96). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012a). Den litterære oppgaven. I *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utgåve, s. 222–231). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012b). Hva er metode? I *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utgåve, s. 110–122). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012c). Observasjon. I *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utgåve, s. 184–208). Oslo: Gyldendal akademisk.



Dalland, O. (2012d). Sitater og referanser. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utgåve, s. 82–92). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utgåve, s. 62–81). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dommerud, T. (2016). Bent Høie vil gjøre det mye vanskeligere å bruke tvang. *Aftenposten*. Henta frå <https://www.aftenposten.no/article/ap-bK52A.html>

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461–471.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12380>

Forebygging.no. (2019). forebygging.no. Henta 30. mai 2019, frå <http://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>

Helse Førde. (2019). Psykiatrisk klinikk - Akutt Døgn. Henta 30. mai 2019, frå Helse Førde website: <https://helse-forde.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykiatrisk-klinikk/psykiatrisk-klinikk-akutt-dogn>

Helsedirektoratet. (2019). *Tvang i psykisk helsevern - utvikling i perioden 2013 - 2017*. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>

Hummelvoll, J. K. (2016). Aggresjon. I *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utgåve, s. 251–274). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kennedy, H., Roper, C., Randall, R., Pintado, D., Buchanan-Hagen, S., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2019). Consumer recommendations for enhancing the Safewards model and interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 616–626.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12570>

Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(04), 311–326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>

Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436.  
<https://doi.org/10.1177/0969733013503601>

Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 390–406. <https://doi.org/10.1111/inm.12574>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Reinart, L. M., & Graverholt, B. (2012). Kritikk vurdering. I *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2.utgåve, s. 66–79). Oslo: Akribe.

NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 30. mai 2019, frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Odland, L.-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utgave, s. 25–42). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pedersen, R., Husum, T. L., Hem, M. H., & F. Aarre, T. (2017). Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang. I *Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I O. H. Røkenes & P.-H. Hanssen (Red.), *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utgåve, s. 9–44). Bergen: Fagbokforlaget.

Safewards. (2010). Positive Words. Henta 27. mai 2019, frå Safewards website: <http://www.safewards.net/interventions/positive-words>

Sneltvedt, T. (2016). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utgave, s. 147–161). Oslo: Gyldendal akademisk.

Stamsø, M. A. (2009). New public management - reformer i offentlig sektor. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*

(2. utg., 1. oppl, s. 67–85). Oslo: Gyldendal Akademisk. Svartdal, F. (2018). holdning. I *Store norske leksikon*. Henta frå <http://snl.no/holdning>

Tvangsforskning. (2019). TvangsForsk • Forskning og Kunnskap om Tvang i det Psykiske Helsevernet. Henta 25. mai 2019, frå TvangsForsk website: <https://www.tvangsforskning.no/>

Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, (3), 60–63.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0010>

Åsebø, S., & Norman, M. (2017). Strammer inn på beltebruk etter VG-avsløring. *VG Nett*. Henta frå <https://www.vg.no/i/E8pz3>

Åsebø, S., & Ree, M. G. N. og E. D. D. J. B. og S. N. B. (2016). VG avslører: Pasienter bindes fast ulovlig. *VG Nett*. Henta frå <http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-bindest-1-1>  
bindes-fast-ulovlig



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 179

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7003

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 71

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei