



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 61

Antall ord: 8 785

Hvordan kan sykepleiere bidra til redusert bruk av tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling?

Bachelor i sykepleie

Avdeling helsefag, kull 2012

Antall ord: 8 785

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling er sårbare og preget av indre kaos. Dette gjenspeiler seg i avvikende atferd og følelsesutbrudd som gjerne blir møtt med tvang fra sykepleier. Til tross for økt politisk fokus de siste årene, sees ikke en tilstrekkelig reduksjon i bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Dette kan indikere at sykepleiere trenger mer kunnskap og kompetanse om hvordan voldsom atferd kan håndteres.

Hensikt: Å formidle kunnskap om hvordan sykepleier i samarbeid med pasienten kan bidra til å forebygge at aggressive episoder oppstår. Å bidra til at sykepleiere selv reflekterer over egen atferd og oppnår økt kompetanse i hvordan aggressiv atferd kan håndteres uten bruk av tvangsmidler.

Metode: Systematisk litteraturstudie hvor søkeprosessen er nøyaktig beskrevet og funnene vurdert etter kvalitet og etiske hensyn.

Funn: For redusere bruk av tvangsmidler kan det tas utgangspunkt i både samarbeid med pasienten og sykepleiers egne holdninger, handlinger, og kompetanse. Pasienter oppgir at informasjon og anerkjennelse er viktig for å få til et samarbeid.

Konklusjon: Økt kompetanse bidrar til økt kontroll hos sykepleier og dermed mindre tvangsbruk. Tidlig identifisering av aggressiv atferd vil bidra til å forebygge tvangsbruk, men forutsetter en god relasjon mellom sykepleier og pasient. En slik relasjon krever at sykepleier er bevisst egne holdninger og handlinger.

Abstract

Background: Patients in an acute psychiatric ward are vulnerable and characterized by inner chaos. This reflects in deviant behavior and emotional outbursts that often is met with coercion by the nurse. Despite increased political focus during the last few years, no sufficient reduction is seen in the use of coercion in the mental health care. This may indicate that nurses need more knowledge and expertise in how to manage violent behavior.

Purpose: To convey knowledge of how the nurse, in cooperation with the patient, can contribute to prevention of aggressive incidents. Also contribute to nurses themselves reflecting on their own actions, and gain more expertise in how to manage violent behavior without resorting to the use of coercion measures.

Method: Systematic literature review in which the process of searching is accurately described and the findings are evaluated on quality and ethical considerations.

Findings: In order to reduce the use of coercion measures, the basis can be on both cooperation with the patient, and the nurses own attitudes, actions and knowhow. Patients do quote information and recognition as important tools towards cooperation.

Conclusion: Increased expertise contributes to increased nurse level of control, hence less use of coercion. The early recognition of aggressive behavior will contribute to prevent the use of coercion measures, but assumes a good relationship between the nurse and the patient. A good relationship requires that the nurse is aware of her own attitudes and actions.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	1
1.2	Avgrensing og begrepsavklaring	1
1.3	Oppgavens hensikt	2
1.4	Oppgavens disposisjon	2
2.0	Teori	3
2.1	Lovgrunnlaget for bruk av tvangsmidler.....	3
2.2	Sykepleieteoretisk grunnlag.....	4
2.3	Maktforhold mellom sykepleier og pasient.....	4
2.3.1	Krenkelse.....	5
2.3	Overordnede etiske prinsipper	5
2.4	Aggresjon som begrep	6
2.5	Anerkjennende terapi.....	6
2.6	Forebygging ved samarbeid	7
3.0	Metode	8
3.1	Metode som verktøy	8
3.2	Systematisk litteraturstudie som metode.....	8
3.3	Kildekritikk	9
3.4	Søkeprosessen.....	9
3.5	Kvalitetsvurdering av aktuelle forskningsartikler	10
4.0	Funn.....	11
4.1	Studie 1	11
4.2	Studie 2	11
4.3	Studie 3	12
4.4	Studie 4	13
4.5	Studie 5	13
5.0	Drøfting.....	15
5.1	Man må aldri slutte å stille spørsmål om tvangsbruk.....	15
5.2	Forebygging av tvang.....	16
5.2.1	Tidlig identifisering av risikofylt atferd	16
5.2.2	Utfordringer ved å etablere et samarbeid	17
5.2.3	Samarbeid når pasienten har en psykotisk lidelse.....	18
5.2.4	Sykepleiers holdning og kunnskap.....	19

5.3	Det handler om å se pasienten	21
6.0	Konklusjon	23
7.0	Referanseliste	24
Vedlegg 1	- Oversikt over forskningsartiklene.....	I

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Tema for oppgaven er bruk av tvang innen psykisk helsevern. Som sykepleierstudent i praksis på akuttpsykiatrisk avdeling ble det vekket et utrolig engasjement i meg. Dette både fordi jeg fikk observere situasjoner som vekket ubehaget i meg, men også fordi jeg fikk møte utrolig dyktige sykepleiere som er gull verdt for pasientene. Min erfaring er at bruk av tvangsmidler kan være «en del av hverdagen», og at det i enkelte tilfeller kan brukes mer som en rutine enn en nødrett. Pasientene på akuttpsykiatrisk avdeling er ekstremt sårbare. De har alle ulike historier og forutsetninger. Felles for dem er at de trenger hjelp og omsorg i en tid preget av personlig krise og indre kaos. Deres psykiske tilstand kan gjøre at de opplever store følelsesmessige utbrudd, noe som kan møtes med fysisk tvang av forskjellige typer. Jeg finner det viktig å sette lys på hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge bruk av tvang, og ikke minst hvilke alternativer som finnes til bruk av tvangsmidler. Ut i fra dette belyser oppgaven problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til redusert bruk av tvangsmidler i akuttpsykiatrisk avdeling?»

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) skriver i nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester at til tross for at dette temaet har vært belyst de siste årene, har vi oppnådd en alt for liten reduksjon i bruken av tvang. Statistikken viser at de geografiske forskjellene i landet er for store til å skyldes forskjeller i pasientpopulasjonene, altså må forskjellene skyldes lokale forhold. Samtidig bekrefter Helse- og omsorgsdepartementet at data som er sendt inn fra helseforetakene om bruk av tvang, er mangelfull. Dette gjenspeiler seg i at det finnes lite eller ingen statistikker om bruk av ulike tvangsmidler som er offentlig tilgjengelig for allmennheten.

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

På grunn av oppgavens omfang, vil den kun omtale tvangsmidler som fattes under vedtak der pasienten allerede er innlagt på døgnopphold (tvungent eller frivillig) i akuttpsykiatrisk institusjon. Pasientmålgruppen i oppgaven er personer over 18 år, både kvinner og menn. Av praktiske årsaker vil pasienten omtales som «han» og sykepleieren som «hun». Oppgaven begrenses til å omtale tvangsmidler som en reaksjon på aggresjon, fordi det er dette jeg har opplevd mest utfordrende å håndtere, samt fordi dette er en reaksjon sykepleiere ofte kan

møte på akuttpsykiatrisk avdeling. Videre vil oppgaven ta for seg et forebyggende og relasjonelt perspektiv. Jeg har valgt å ikke avgrense oppgaven til å omtale én spesiell sykdom eller tilstand. Jeg mener dette er viktig for å se helheten i arbeidet med tvang på en akuttpsykiatrisk avdeling.

Ifølge Vatne (2009) er tvangsmidler verktøy som har til hensikt å stoppe eller låse kroppen til pasienten, eller midler som har til hensikt å begrense valg og atferd i dagliglivet. Psykisk helsevernloven av 1999 gir en nøyaktig redegjørelse for hva begrepet «tvangsmidler» etter loven omfatter; mekaniske hjelpemidler som hindrer pasienten i å bevege seg fritt, kortvarig fastholding, kortidsvirkende medikamenter samt bruk av isolat- eller skjermingsrom med eller uten personell til stede.

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å formidle kunnskap om hvordan sykepleiere ved hjelp av samarbeid med pasienten kan bidra til redusert bruk av tvang på en akuttpsykiatrisk avdeling. Oppgaven tar sikte på å bidra til at sykepleiere selv reflekterer over egen atferd og oppnår økt kompetanse i hvordan man best kan håndtere aggressiv atferd uten å ty til bruk av tvangsmidler.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgavens innledning tar for seg valg av problemstilling og aktuelle avgrensinger og definisjoner. I teoridelen blir det redegjort for sykepleieteori og annen aktuell teori aktuell til problemstillingen. I oppgavens metodedel vil jeg beskrive litteratursøk som metode, samt ta en kritisk vurdering av forskningsartiklene som er brukt. Forskningsartiklene blir presentert i oppgavens metodedel, og i oppgavens drøftingsdel vil jeg ta sikte på å besvare problemstillingen ved å ta i bruk teori og forskningsartikler jeg har brukt i oppgaven.

2.0 Teori

Oppgavens teoridel tar først for seg hva loven sier om bruk av tvangsmidler, og deretter blir Travelbees sykepleieteori presentert. Videre beskrives maktforholdet i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Til sist blir det redegjort for forskjellige perspektiver og begreper knyttet til aggresjon, og samtidig beskrives det hvordan aggresjon kan håndteres i en miljøterapeutisk kontekst.

2.1 Lovgrunnlaget for bruk av tvangsmidler

I Norge er det psykisk helsevernloven (1999) § 4-8 som omfatter bruk av tvangsmidler i institusjon med døgnopphold. Lovens definisjon av «tvangsmidler» er beskrevet tidligere. Paragraf 4-8 fastslår at for at tvangsmidler lovlig skal kunne benyttes, må pasienten ansees å være i fare for seg selv eller andre, eller det er fare for betydelig skade på inventar, bygninger, klær eller andre ting. Før tvangsmidler kan tas i bruk, må andre midler først være forsøkt, og det viser seg at disse midlene er uten effekt. Tvangsmidler kan brukes også dersom pasienten er frivillig innlagt. Loven regulerer hvor lenge tvangsmidler kan brukes og hva slags tilsyn pasienten skal ha i ulike tilfeller. Ethvert tvangsvedtak kan klages på av pasient eller pårørende, der klage sendes inn til kontrollkommisjonen (Psykisk helsevernloven, 1999). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) står det skrevet at sykepleieren har ansvar for å sette seg inn i aktuelt lovverk som regulerer virksomheten. Dessuten har sykepleier plikt til å informere pasienten om rettigheter han etter loven har, samt at hun skal kunne hjelpe han dersom han ønsker å sende inn klage på behandlingen. I denne sammenheng er det kontrollkommisjonen, som uavhengig organ, som har sin hovedoppgave i å sikre pasientens rettsikkerhet, og å sikre at aktuelt lovverk og forskrifter blir fulgt (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006).

Thune (2008) forklarer at helsepersonell har juridisk plikt til å forholde seg til menneskerettighetsbestemmelsene etablert av blant annet FN og Europarådet. Stortinget har vedtatt at noen av FN-konvensjonene skal stå overordnet norsk lovgivning. Normalt finnes ingen motstridelser her, men allikevel må det pekes på at loven åpner opp for avgjørelser basert på faglig skjønn. Menneskerettighetene kan brytes, selv om avgjørelsen i prinsippet følger norsk lovgivning. Konsekvensen kan bli at saken blir fulgt opp i domstolene. Noen av de sentrale rettighetene nevnt i FN-konvensjonene er; retten til liv, til personlig frihet, og til respekt for privat- og familielivet. Dette er rettigheter alle mennesker har uavhengig av hvem

de er og hvilken situasjon de er i (Thune, 2008). Respekt for menneskerettighetene er også et sentralt punkt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

2.2 Sykepleieteoretisk grunnlag

Oppgaven tar utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier i USA (Kristoffersen, 2009). Hovedfokuset i hennes teori ligger på mellommenneskelige relasjoner, noe som viser seg i tittelen på boken «Interpersonal Aspects of Nursing» som hun ga ut i 1971. Travelbee så på alle mennesker som forskjellige individer med ulike historier. Hun forklarer at selv om lidelse er noe alle mennesker opplever, anser mennesker lidelse som noe personlig. Alle har en søken etter mening i møte med lidelse. Det er sykepleierens oppgave, gjennom det hun kaller «menneske-til-menneske-relasjon», å bidra til å finne denne meningen. En annen ting som kjennetegner Travelbee som teoretiker er at hun fokuserer på pasientens subjektive opplevelse av situasjonen fremfor stereotyper knyttet til aktuell diagnose og pasientgruppe. Travelbee legger sterk vekt på at vi alle er mennesker – og ville helst ha fjernet rollebegrep som «pasient» og «sykepleier». For å planlegge og utføre god sykepleie er det essensielt å bli kjent med pasienten som person, som ulik alle andre mennesker. Til slutt skriver Travelbee om «å bruke seg selv terapeutisk». Dette er noe som sykepleier erverver seg gjennom utdanning og erfaring, og handler blant annet om selvinnsikt og om det å forutse atferd både hos seg selv og andre (Kristoffersen, 2009).

2.3 Maktforhold mellom sykepleier og pasient

Begrepet tvang er nært beslektet med begrepet makt (Ingstad, 2013). Dette er viktig å få med fordi bruk av tvangsmidler er en form for maktbruk. Makt kan sies å være en egenskap ved en relasjon mellom mennesker. Sykepleieren er blitt tilskrevet makt over pasienten på grunn av sin rolle; på grunn av at sykepleieren har en posisjon i et system, og fordi en sykepleier innehar mer faglig kunnskap. Maktens positive side er at den kan brukes til å fremme pasientens helse og livskvalitet, men den kan også oppleves negativt for både sykepleier og pasient fordi den kan forbindes med å bli påtvunget en annens vilje. Relatert til begrepet makt er begrepet avmakt. Avmakt innebærer at pasienten mangler ressurser til å realisere sine interesser, og at han har redusert handlefrihet. Han vil typisk oppleve at han ikke har kontroll over situasjonen. Også sykepleiere kan oppleve avmakt – eksempelvis om hun ikke oppnår de faglige forventningene som stilles. Den som har makt, har også muligheten til å utøve maktmisbruk. Maktmisbruk innebærer i sykepleiesammenheng å bruke makten til å tjene egne interesser fremfor pasientens (Ingstad, 2013).

2.3.1 Krenkelse

Erfaring tilsier at utøvelse av tvang og makt vil føre til reaksjoner hos pasienten, oftest negative. Kristoffersen & Nordtvedt (2010) beskriver krenkelse som en subjektiv opplevelse der pasienten føler seg ydmyket og mindre verdt som menneske. Videre er krenkelse et relasjonelt begrep. Som sykepleiere må vi være klar over at vi arbeider innenfor det som kalles «urørighetssonen», altså en sone som har til hensikt å gi mennesker forutsigbarhet og trygghet. I en akuttpsykiatrisk avdeling kan dette være når pasienten kroppsvisiteres ved innkomst eller når personlige eiendeler gjennomgås.

2.3 Overordnede etiske prinsipper

Det er vanskelig å komme unna de etiske prinsippene ved problematisering av tvangsbruk. Nordtvedt (2012) omtaler noen sentrale prinsipper, utformet av Beauchamp og Childress, som har hatt enorm betydning for etisk tenkning innen helsevesenet.

Det første prinsippet, *velgjørenhet*, handler i bunn og grunn at sykepleieren skal gjøre det som er best for pasienten, uavhengig om han selv er «skyld» i lidelsen eller om hun får noe tilbake for det. Dette krever evne til innlevelse fra sykepleierens side. Videre er *ikke skade-prinsippet* viktig i samhandling med pasienter som lider av en psykisk sykdom. Dette står sentralt i forhold til bruk av tvang. Som sykepleier er man nødt til å utføre prosedyrer som smerter pasienten. Man skal allikevel tilstrebe at slike prosedyrer utføres så behagelig som mulig. *Autonomi* er et annet viktig prinsipp, og sier at pasienten selv skal bestemme over egen behandling og pleie. Prinsippet forutsetter at pasienten evner å tenke rasjonelt og konsekvent. Som sykepleier og innehaver av en rekke kunnskap, kan det være lett å innta en «jeg vet best» holdning (Ingeberg et al., 2006). Dette kalles for paternalisme, og kan innebære at pasienten ikke blir stilt krav til, og blir fratatt sin mulighet til å velge. Den kjente filosofen John Stuart Mill tok sterk avstand til paternalisme. Han uttalte at den eneste situasjonen noen kan gjøre inngrepen i et annets individs frihet, er når man må handle i selvforsvar. Pasientens medvirkning er ikke bare nedfelt i etisk grunnlag, men er også hjemlet i Pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Loven slår fast at pasienten har rett til å medvirke i beslutninger som tas angående planlegging av egen behandling (Ingeberg et al., 2006).

2.4 Aggresjon som begrep

Begrepet «aggresjon» er godt kjent innen psykologien, og har en rekke definisjoner.

Hummelvoll (2012, s. 251) definerer aggresjon som «en trang til å angripe i retning av forsvar og selvhevdelse». Denne definisjonen anser jeg som nyttig i bruk videre i oppgaven, fordi den anser aggressivitet som en risiko, samtidig som den tar hensyn til pasientens perspektiv.

Hummelvoll peker på at sinne og aggresjon er to forskjellige ting. Han forteller at en person med aggressiv atferd kjennetegnes ved at personen føler at han må kjempe for sine rettigheter, og at livet er en kamp. Derfor vil han overse andres behov og møte dem med aggresjon. Det er snakk om *selvhevdelse* (Hummelvoll, 2012).

Et annet perspektiv på aggresjon finner vi hos Dollard og hans kolleger som i slutten av 1930-årene kom med *frustrasjons-aggresjonshypotesen* (Hummelvoll, 2012). Kjernen i denne teorien er at all aggresjon stammer fra frustrasjon; personen blir hindret for å nå et mål han har satt seg. Imidlertid er det ikke slik at all frustrasjon leder til aggresjon – frustrasjonen kan også få utløp på andre måter. Om personen anser aggresjon som en sannsynlig måte å oppnå det han vil på, er det større sjans for at han opptrer aggressivt. Om personen derimot opplever anerkjennelse, vil frustrasjonen bli mindre, og en aggressiv episode er kanskje unngått. (Hummelvoll, 2012).

2.5 Anerkjennende terapi

Vatne (2009) skriver at relasjonen mellom hjelper og pasient bør være kjernen i alt psykisk helsearbeid. Hun beskriver *undrende refleksjon* som et verktøy sykepleiere kan nyttiggjøre seg av. Undrende refleksjon går ut på at sykepleieren inntar et jeg-perspektiv for å ut i fra egne opplevelser stille spørsmål om pasientens følelser og atferd. Eksempel: «jeg opplever at du opptrer urolig når det lyner og tordner ute, stemmer det?». En annen tilnærming innen anerkjennende terapi er når sykepleieren setter ord på egne følelser som oppstår i en risikosituasjon der pasienten er urolig, vi snakker om *selvavgrensing*. Sykepleieren kan for eksempel uttale «Jeg føler meg truet når du slår i veggen, jeg er redd for at du skal skade meg». Sykepleieren kan videre si til pasienten «jeg vil føle meg tryggere om du trekker deg litt tilbake». Sistnevnte er en form for *avgrensing*, man uttrykker et ønske om at pasienten trekker seg tilbake. Studier har vist at når sykepleiere reflekterer over sine egne følelser i risikosituasjoner, bidrar det til at de lykkes bedre med å håndtere aggressiv atferd (Vatne, 2009).

Vatne beskriver også *dialog* basert på likeverdig deltakelse mellom pasient og sykepleier som nyttig for pasienten. Denne samhandlingen gir pasienten mulighet til å dele sine indre tanker og følelser, og sykepleieren får mulighet til å forstå, anerkjenne og lytte. Hensikten er at sykepleier sammen med pasienten kan reflektere over, eller bare prate om, ting som oppleves vanskelig. Dialogen kan virke grensesettende ved problemfylt atferd fordi pasienten opplever å bli forstått (Vatne, 2009).

Løvaas & Johansen (2012) beskriver kognitiv miljøterapi hvor terapeuten skal observere uten å tolke, og gjøre pasienten til en aktiv spiller i arbeidet med å løse problemer og utfordringer. Oppgaven til miljøpersonalet er ikke å nødvendigvis finne et svar på pasientens spørsmål, men at pasienten selv skal hjelpes til å finne svaret. I likhet med Vatnes anerkjennende terapi blir det oppnådd mer selvstendighet og deltakelse fra pasientens side. Dette styrker alliansen fordi pasient og sykepleier får en felles forståelse av situasjonen (Løvaas & Johansen, 2012).

2.6 Forebygging ved samarbeid

Kartlegging av aggressiv atferd har vist seg som et nyttig verktøy i forebygging av tvangsbruk (Vatne, 2009). Det å ha kjennskap til en pasient er en forutsetning for å forutse slik atferd, og skjema der en registrerer atferd har vist seg nyttig for å redusere aggressive episoder. Ofte er det slik at pasienten selv kan fortelle om nøyaktige forvarsler, og hva som kan gjøres annerledes (Vatne, 2009). For å få til et samarbeid om å forutse aggressiv atferd, må sykepleier være bevisst på både seg selv og pasienten fra første møtet.

Hummelvoll (2012) forklarer at før sykepleier møter en ny pasient, er det viktig at hun gjør seg bevisst egne tanker og fordommer mot pasienten. Sjansen er stor for at pasienten vil møte sykepleieren med åpenhet om hun viser åpenhet og aksept. I det første møtet bør man få klarhet i hva som er målet med behandlingen, og når og hvor man skal møtes. Her vil det også være av betydning å få klarhet i taushetsplikten. Det at sykepleieren har taushetsplikt, betyr ikke nødvendigvis at hun holder alt for seg selv. All informasjon som kan ha betydning for videre behandling skal rapporteres videre, og dette er det viktig at pasienten forstår (Hummelvoll, 2012). Om pasienten føler at sykepleier har gått bak ryggen hans, kan han føle seg svekket, noe som vil føre til mistillit og hindring for videre samarbeid.

3.0 Metode

3.1 Metode som verktøy

Dalland (2010) omtaler metode som et verktøy man bruker for å finne data, eller informasjon, om noe vi vil undersøke. Den norske sosiologen Villhelm Aubert sier at «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2010, s. 83). Som et eksempel kan man ta sikte på å måle fenomenet aggresjon. Måten å måle aggresjon på kan være mange; man kan måle kroppslige reaksjoner, man kan få andre til å observere atferd eller man kan få pasienten selv til å rangere nivå av aggresjon. Mulighetene er mange, men det dreier seg altså om å finne en metode som gir best mulig svar på den problemstillingen man ønsker å ta for seg.

Det finnes hovedsakelig to typer forskningsmetoder. *Kvantitativ* forskning tallfester og måler forekomsten av et fenomen i forhold til et annet (Nifab, 2014). Den kvantitative forskningsmetoden har resultater i form av tall, statistikker og tabeller, og sier noe om det som er felles for mange (Dalland, 2010). Det sies noe om årsakssammenhenger, altså hvilken effekt A har på B. I *kvalitativ* forskning kommer gjerne dataene i form av en lang avhandling, som deretter tolkes og analyseres av forskeren. Intervju er en vanlig metode, og man stiller gjerne åpne spørsmål og går i dybden på hvordan personene opplever en spesiell sak (Dalland, 2010). Oppgaven vil ta for seg både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder for å belyse problemstillingen fra flere sider, og for å få et mer helhetlig syn på saken. I det følgende beskriver jeg litteraturstudie som metode, samt tar en kritisk gjennomgang av metoder og kilder som er brukt.

3.2 Systematisk litteraturstudie som metode

En systematisk litteraturstudie kan besvare mange kliniske spørsmål (Forsberg & Wengström, 2008). I en litteraturstudie er det essensielt med en konkret problemstilling, og alle kriterier og metoder i søkeprosessen skal beskrives. Forskningsartikler som brukes skal kvalitetsbedømmes, og kun relevante artikler med god kvalitet er med i sluttproduktet. Populasjonen i artiklene skal kunne generaliseres til populasjonen man ønsker å få besvart et spørsmål om. Klinisk relevans og nytte skal vurderes, det samme skal eventuelle risikomomenter og kostnader. Det finnes i teorien ingen grenser for hvor mange artikler som

kan være med i en litteraturstudie. Ideelt sett skal alle relevante artikler innenfor et problemområde inkluderes, men på grunn av praktiske årsaker er dette vanskelig å få til. Etter artikler er valgt og vurdert, vil det i en systematisk litteraturstudie analyseres og diskuteres funn som har kommet frem i forskningsartiklene. Det siste steget i prosessen går ut på å oppsummere studien og å komme frem til en konklusjon (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Kildekritikk

Oppgaven har brukt forskjellig sykepleiefaglig litteratur i form av både bøker og artikler. På grunn av mangel på aktuell litteratur om tvangsmidler i pensum, er materiale herfra noe begrenset. Jeg har valgt å bruke bøker som har psykisk helsearbeid og miljøterapi som spesialiseringsfelt for å besvare problemstillingen. Videre har jeg brukt en sekundærkilde for å beskrive Joyce Travelbees sykepleieteori for å bedre sette hennes perspektiv i sammenheng med dagens sykepleie. Jeg har brukt statlige dokumenter i form av lover og retningslinjer, fordi jeg mener det er viktig å belyse bruk av tvang i et større perspektiv; på samfunnsnivå. Til sist har jeg funnet frem til fem forskningsartikler som kvalitetsvurderes og settes i sammenheng med aktuell sykepleieteori for å finne et svar på problemstillingen.

3.4 Søkeprosessen

I litteraturstudien har jeg brukt to databaser for søking; CINAHL og SweMed+. CINAHL brukte jeg fordi jeg fant denne enklere å bruke, her får man lage avanserte søkekriterier og får opp et stort antall resultater. Mine søkekriterier er at artikkelen skal være forskning, at den skal være fagfellevurdert, at en av forfatterne er sykepleier, og at artiklene omhandler pasienter som er innlagt. Dessuten har jeg valgt psykologi/psykiatri som spesielt interesseområde. På CINAHL har jeg valgt å bruke engelske søkeord da dette gir flest resultater. Søkeord jeg brukte her var : «Aggression», «prevention», «reduce», «seclusion» og «restraint». SweMed+ brukte jeg for å få frem resultater med geografisk relevans. Her brukte jeg noen av de samme søkeordene som på CINAHL, men brukte også søkeord som «norwegian», «norway», og norske søkeord «tvang» og «psykisk helsevern».

3.5 Kvalitetsvurdering av aktuelle forskningsartikler

Kvalitetsvurderinger er ifølge Forsberg & Wengström (2008) vesentlig for å ikke dra feil konklusjoner fra aktuelle artikler i en litteraturstudie. Noen av de viktigste tingene man ser på når man vurderer en studie, er om den har en klar formulert problemstilling (Nifab, 2014). Uten en klar problemstilling vil man heller ikke ha noen klar hensikt med studien. En studie av god kvalitet, vil ha en presis og konsistent beskrivelse av hvordan de har gått frem for å besvare problemstillingen. Studier som blir publisert i vitenskapelige tidsskrifter er fagfellevurdert, noe som øker sannsynligheten for at studien er av god kvalitet. Når dette er sagt, er det viktig å ha for seg at det ikke finnes noen garanti for at en studie kommer frem til «sannheten», man skal alltid være kritisk til metodebruk.

Videre er det viktig å se på etiske hensyn som er tatt ved aktuelle studier.

Helsinkideklarasjonen inneholder etiske retningslinjer som idag brukes i store deler av verden (Førde, 2014). Deklarasjonen har stort fokus på særlig sårbare grupper, noe som pasienter på en akuttpsykiatrisk avdeling må regnes å være. Deklarasjonen åpner likevel for forskning på disse gruppene grunnet nytteverdien i form av behandling og pleie. Et av de sentrale etiske prinsippene som skal beskytte pasientene er informert og frivillig samtykke, samt anonymitet. I Norge er det NEM som har ansvar for å ta for seg etiske spørsmål innen medisinsk forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Ut i fra dette er det lite å bemerke på studiene som er tatt med i denne oppgaven. Studie 3 har fått godkjenning fra ansvarlig på de forskjellige avdelingene, men det fremstår usikkert om noen videre etiske hensyn er tatt.

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4	Studie 5
Problemstilling	✓	✓	✓	✓	✓
Fremgangsmåte	✓	✓	✓	✓	✓
Publisert i tidsskrift	✓	✓	✓	✓	✓
Etiske hensyn	✓	✓	?	✓	✓
Klinisk relevans	✓	✓	✓	✓	✓

Tabell 1: Kvalitetsvurdering av forskningsartikler

4.0 Funn

4.1 Studie 1

Fluttert, Meijel, Nijman, Bjørkly, & Grypdonck (2010) bruker et naturalistisk forskningsdesign når de forsøker å finne ut hvilken effekt «early recognition method» (ERM) har på å forebygge at aggressive episoder og skjerming oppstår hos pasienter innlagt på psykiatrisk enhet i kriminalomsorgen. Hypotesen gikk ut på at bedre samarbeid mellom sykepleiere og pasienter vil hjelpe pasienten til å få kontroll over egen aggresjon, og vil senke nivået av aggresjon i avdelingen. Pasientene som deltok i studien var kun menn, og de ble inndelt i 4 grupper; pasienter med schizofreni, pasienter med anti-sosial personlighetsforstyrrelse, pasienter som slet med rusmisbruk og pasienter som var innlagt på grunn av seksuelle overgrep. ERM er en metode der pasienten sammen med en sykepleier arbeider for å identifisere tidlige signal på aggressiv atferd. Disse ble nedskrevet i en individuell plan for pasienten, og forebyggende tiltak ble diskutert med pasienten og satt i verk for at pasienten skulle gjenvinne selvkontroll ved neste tegn på en aggressiv episode. Data ble samlet ved at sykepleierne selv rangerte pasientene sine på «staff observation aggression scale». Resultatene i studien viste en betydelig nedgang av både antall skjerminger som ble satt i verk, og en redusering av alvorlighetsgrad på hendelsene som førte til skjerming. Nedgangen var størst hos pasientene med anti-sosial personlighetsforstyrrelse (Fluttert et al., 2010).

Jeg velger å bruke denne studien fordi den har et perspektiv på tvang som er forebyggende og relasjonell, og fordi resultatene kan tolkes i form av at tiltaket faktisk fungerer. Dessuten tar studien for seg noen av lidelsene som er typiske for pasienter som er innlagt på en akuttpsykiatrisk døgnavdeling.

4.2 Studie 2

Gelpkopf og hans kollegaer utførte i 2009 en kvantitativ studie for å finne ut sykepleieres holdninger, handlinger, følelser og meninger i forhold til bruk av tvang på innlagte pasienter. Studien er blitt gjort på bakgrunn av tidligere forskning som indikerer at det er motsigelser mellom forskjellige ansatte i helsesektoren i forhold til hva de mener skal gjøres når vold oppstår i en psykiatrisk avdeling. Sykepleierne som deltok i studien var ansatt på et statlig helsesenter for psykisk helse i Israel, som hadde en avdeling for akutte situasjoner og en avdeling for pasienter med kronisk psykisk sykdom. Metoden de brukte var spørreskjema

hvor sykepleierne krysset av på det mest passende alternativet, og funnene ble satt i tabeller. Funnene i studien er mange og viktige, men det som er relevant for min studie er hva sykepleierne mente hadde innvirkning på hvor mye tvang som bruktes. Faktorer som ble ansett som viktige var tidlig identifikasjon av tegn på mulig vold og personlige intervensjoner. Studien viste også at tilstedeværelse av menn, erfarent personell og nok bemanning var faktorer som sykepleierne mente kunne gjøre at bruken av tvangstiltak ble redusert. Et annet interessant funn er at sykepleiere med lavere utdanningsnivå synes at «deltakelse i irriterende aktiviteter» er grunn nok for å bruke tvang på en pasient. (Glepkopf et al., 2009).

Denne studien er relevant til oppgaven fordi den sier noe om hva som kan fungere for å redusere bruken av tvang i en psykiatrisk avdeling, noe som er høyst aktuell for oppgavens problemstilling.

4.3 Studie 3

Rolf Wynn gjennomførte en studie i 2003 på psykiatriske avdelinger på universitetssykehuset i Nord-Norge. Hensikten med studien var å utforske forskjellige yrkesgruppers holdninger til ulike typer tvang på sykehuset. Bakgrunnen for studien er de store lokale forskjeller i bruk av tvang, og man stiller spørsmål om helsepersonells holdninger er av betydning for om tvang blir tatt i bruk eller ikke. Wynn brukte en kvantitativ metode i form av spørreundersøkelse som han sendte til deltakerne. De som deltok i studien tilhørte forskjellige yrkesgrupper; 22,8 % var sykepleiere, 20,6 % var helsefagarbeidere, 24% ufaglærte og resten av deltakerne var leger, psykologer, og en liten andel andre yrkesgrupper. Det Wynn kom frem til i studiet var at de aller fleste mente at bruken av tvangsmidler som utførtes på sykehuset, ble gjennomført korrekt. Deltakerne mente også at bruk av tvang truet pasientens integritet og svekket relasjonen til hjelperen. På hvilke årsaker de mente var grunnlag for bruk av tvangsmidler, svarte de fleste at dersom pasienten var en fare for seg selv, medpasienter eller ansatte, var dette grunnlag for å bruke tvang. Kun et mindretall mente at trusler og fare for skade på møbler var grunn nok til å bruke tvangsmidler. Deltakerne i studien ble spurt om hvilke faktorer de mente reduserte bruken av tvang. De fleste var enige om at tilstedeværelse av høyt kvalifisert personell, i tillegg til at personalet viste interesse og oppmerksomhet ovenfor pasientene, var faktorer som førte til reduksjon i bruk av tvang (Wynn, 2003).

Jeg velger å bruke denne artikkelen fordi den er fra Norge, og jeg finner det interessant å utforske om norsk helsepersonell har like holdninger som helsearbeidere fra andre land, til tross for ulikt lovverk. Likevel ser jeg at en ulempe med artikkelen at den er såpass gammel.

Jeg mener at norsk helsepersonells holdninger er såpass essensielt å ha med i oppgaven, derfor faller altså valget på denne forskningsartikkelen.

4.4 Studie 4

En studie gjort på sykehus i Finland tok sikte på å utforske hvilken effekt et internettbasert e-læringsprogram hadde på bruk av tvang i lukkede, akutte døgnavdelinger (Kontio, Pitkänen, Joffe, Katajisto & Välimäki, 2014). Denne studien er en sekundær analyse av data fra en tidligere studie gjort fra 2007-2010. Forfatterne peker på at tvangsmidler brukes ofte til tross for manglende bevis på effektivitet, og på tross av at pasientene føler deres autonomi blir krenket. Det var kun sykepleiere som deltok på e-læringsprogrammet. EpsychNurse.net har til hensikt å øke de ansattes beredskap og å redusere bruken av tvang ved at sykepleieren blant annet blir mer selvbevisst, får diskutert erfaringer sammen med andre deltakere, og får individuell tilbakemelding fra en av deres veiledere. Studien hadde også en kontrollgruppe med avdelinger som ikke deltok på dette e-læringsprogrammet. Data ble innhentet fra finske helsemyndigheter, og viste at antall timer med bruk av mekaniske tvang ble redusert fra 36 timer før sykepleierne i avdelingen tok kurset, til 4 timer mekanisk tvang etter at kurset var gjennomført. En slik signifikant forskjell fantes ikke hos kontrollgruppen.. Forskerne konkluderer med at dette bør være fokus i videre forskning (Kontio et al., 2014).

Jeg velger å ta med denne artikkelen fordi den er av relativt ny dato og er fra et land i norden, noe som gir den en viss geografisk relevans til Norge. Videre gir artikkelen en kreativ innfallsvinkel på hvordan en kan redusere bruken av tvang på en effektiv måte.

4.5 Studie 5

Den siste studien ble også utført i Norge, og har som hensikt å øke kunnskap om hvordan pasienter ble ivaretatt på psykiatriske sykehus, samt å utforske hvordan helsepersonell kan bidra til at tvang oppleves mer akseptabelt for pasienten (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014). Studien har som bakgrunn at det ikke finnes noe enighet når det gjelder hva som er riktig praksis for bruk av tvang, og dessuten at tvang har dårlig effekt på relasjonen mellom pasient og hjelper. Dette er en kvalitativ studie hvor 9 pasienter med psykoseproblematikk ble intervjuet med åpne spørsmål, slik at de selv fikk vite hvilken retning fortellingen skulle gå. Det man fant i studien var at tvang ofte opplevdes som en ekstra belastning i tillegg til andre problemer pasientene hadde. Pasientene kunne i noen tilfeller

forstå at tvang måtte brukes, men i de fleste tilfeller synes de at det var unødvendig og gjorde vondt verre. En pasient fortalte om at hun opplevde det som en lettelse at andre tok beslutninger for henne når hun hadde vanskelig for å gjøre det selv. Det som går igjen som et forebyggende tiltak i studien, er relasjonen mellom hjelper og pasient. Det at pasienten får oppmerksomhet og interesse fra personalet, opplever å bli sett som et menneske, gjør at pasienten føler seg trygg og kan dermed roe pasienten. Gjensidighet og åpenhet blir dermed et alternativ til tvang. Det som også følte godt for noen av pasientene var å prate om årsaken til at de oppførte seg som de gjorde, å få hjelp til å finne alternative løsninger. De pasientene som ikke opplevde tillit til personalet opplevde det som at det var som et sjansespill der de ikke visste hva som var lov, og hva som førte til tvangsbruk. Enda et viktig funn i studien var at pasientene opplevde ikke å bli rolig av å bli beltelagt – de opplevde håpløshet (Lorem et al., 2014).

Jeg finner denne studien viktig fordi pasienten er kjernen i alt sykepleierarbeid. Man kan spekulere mye om hva som fungerer og ikke i bruk av tvang, men til syvende og sist er det pasientens opplevelse som sier noe om sykepleier har lyktes i arbeidet eller ikke. Dessuten finner jeg artikkelen relevant fordi den er av ny dato og er fra et norsk sykehus.

5.0 Drøfting

5.1 Man må aldri slutte å stille spørsmål om tvangsbruk

Diskusjonen og argumenter for og imot tvangsbruk ser ut til å være evigvarende. Uansett hvor mange argumenter som finnes, har man ennå ikke kommet frem til noe «riktig» svar. Dette er i bunn og grunn en etisk debatt, som også er hjemlet juridisk og faglig. Det er snakk om grunnleggende menneskerettigheter, det er snakk om faglig skjønn og det er snakk om overordnede etiske prinsipper. Tvang kan begrunnes på mange ulike måter, og man ser at effektene av tvangsbruk kan være både negative og positive. Med fare for å bevege meg utenfor oppgavens tilspissede problemstilling, går jeg innom denne debatten fordi det bidrar til en dypere forståelse på hvorfor temaet er så viktig å problematisere.

Det etiske prinsippet om velgjørighet vil stå i strid med prinsippet om autonomi når man snakker om bruk av tvangsmidler. Dette gjelder også psykisk helsevernloven. Om pasienten er til fare for seg selv, er det best for pasienten å hindre ham i dette – etter velgjørhetsprinsippet. Videre er det et lovlig grunnlag for å ta i bruk tvangsmidler. Men er dette best for pasienten i et langsiktig perspektiv? Om tvangsbruk har ført til tillitsproblemer eller søvnvansker som fortsatt henger hos pasienten årevis i etterkant – kan tvangsbruk da sies å være det beste for pasienten? Pasienter som har opplevd bruk av tvangsmidler opplever håpløshet, krenkelse og mindreverd (Lorem et al., 2014). Faren her er at man får passiviserte pasienter som følger et system han ikke forstår hvorfor han er en del av. Det kan tenkes at dette gjør at pasienten vil mangle motivasjon til å bli bedre. Dessuten har flere studier vist at bruk av tvangsmidler svekker relasjonen mellom sykepleier og pasient. Når sykepleieren har begrenset mulighet til å nå inn til pasienten, vil også hennes hjelpefunksjon svekkes, og pasienten vil stå mer alene i kampen mot sykdommen. Videre ser man at det å tenke konsekvent er en forutsetning for autonomi. Pasienter som er innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling er ofte preget av indre kaos. Mange har psykotiske trekk som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Andre lider av suicidalitet og sliter med å finne mening i livet. Sykdomsspekteret her er bredt, og man skal som sykepleier ta faglige vurderinger i forhold til hvorvidt pasienten evner å tenke rasjonelt eller ikke. Studie 5 viste at noen av pasientene opplevde det som et lettelse av de ble beskyttet fra egne impulser og slapp å ta egne valg. Andre opplevde bruk av tvangsmidler som straff.

Et argument man ikke kan overse i denne sammenheng er at både pasienten selv og andre mennesker som oppholder seg i miljøet rundt pasienten, trenger beskyttelse. Både sykepleiere

og pasienter har krav på et voldsfritt miljø. Er det fare for at pasienten skader seg selv eller andre, vil dette være grunn til å bruke tvangsmidler. En annen sentral verdi i spørsmålet om bruk av tvang kan være pasientens verdighet. Vil en pasient som spiser sin egen avføring i nærvær av andre pasienter trenge beskyttelse? Er det akutt fare for liv og helse i denne situasjonen? Skal man som sykepleier bare la pasienten være dersom man ikke får frem noe med dialog? Spørsmålene er mange, og svarene muligens enda flere.

Det er essensielt å peke på at når sykepleiere først ser seg nødt til å bruke tvangsmidler, er det viktig at dette gjøres så behagelig som mulig for pasienten, etter ikke skade-prinsippet. Dette høres kanskje motstridende ut. Jeg mener likevel at sykepleier har alternativer i denne sammenheng som må benyttes for at pasienten skal oppleve en viss grad av autonomi. En måte å gjøre dette på, er å spørre pasienten «vil du gå opp i beltesengen selv, eller skal vi hjelpe deg?». Sykepleiere kan også vise seg behjelpelig ved å for eksempel si «Jeg kan desverre ikke hjelpe deg med å komme ut akkurat nå, men er det noe annet jeg kan gjøre for deg?». Når pasienten utsettes for tvang er det en selvfølgelighet å informerer hva som gjøres, hvorfor det gjøres og når det gjøres. Dette gjør sykepleiere for å øke tryggheten hos pasienten. Pasientene i studie 5 bekreftet også at informasjon var med på å gjøre tvangsbruken mer skånsom (Lorem et al., 2014).

5.2 Forebygging av tvang

For å redusere bruken av tvang innen det psykiske helsevernet, er det vesentlig å tenke forebygging. Man hindrer at tvang blir nødvendig ved å være forberedt. I det følgende tar oppgaven for seg ulike metoder som har vist seg effektive for å hindre at bruk av tvang blir nødvendig. Forebygging krever at sykepleiere får et samarbeid med pasienten, men også at man er bevisst egne holdninger og handlinger.

5.2.1 Tidlig identifisering av risikofylt atferd

Fluttert et al. (2010) har funnet ut at «early recognition method» (ERM) har god effekt på å redusere bruken av tvang. De er dessuten ikke de eneste som har funnet at det å gjenkjenne tidlige tegn på aggresjon fører til mindre tvang. Sykepleierne i studie 2 fremsto også enige om at dette var en effektiv forebyggingsstrategi. Joyce Travelbee er inne på noe når hun skriver at man som god sykepleier gjennom erfaring og utdanning må lære oss å forutse pasientens atferd. Vatne (2009) skriver dessuten at det som oftest er pasienten selv som vet i hvilke situasjoner aggressiv atferd sannsynligvis vil oppstå. Sykepleier må derfor se pasienten som

en essensiell ressurs i dette arbeidet. En ulempe med ERM kan være at den kan ha begrenset effekt når pasienten er inne i en alvorlig psykotisk fase. Dette er ofte tilfellet på en psykiatrisk akuttavdeling. Om pasientens oppfattelse av verden rundt seg står i sterk motsetning til sykepleiers oppfatning av verden, kan en slik prosess bli betydelig mer omfattende. Derfor vil samarbeid med pasienter som lider av psykose, bli omtalt i eget avsnitt.

5.2.2 utfordringer ved å etablere et samarbeid

En annen utfordring med ERM oppstår når vi tar for oss poenget om at sykepleier må ha kjennskap til pasienten for å forutse atferd (Vatne, 2009). En akuttpsykiatrisk avdeling kjennetegnes av hyppige inn- og utskrivninger. Selv om mange pasienter er «gjengangere», er mange pasienter ikke innlagt lengre enn et par døgn. Det kan tenkes at pasienten trenger tid til å bygge opp en tillitsfull relasjon til personalet før han vil gå med på et slikt samarbeid som ERM innebærer.

Sykepleier må være klar over fallgruvene som finnes i møte med nye pasienter, og at det foreligger en maktubalanse tilknyttet rollene sykepleier og pasient. Sykepleier har blant annet mer faglig kunnskap – og kan velge å dele denne med pasienten, eller velge å holde den for seg selv. Pasientene i studie 5 forteller om sykepleiere med overlegen holdning som ikke viste noen som helst interesse for å svare på spørsmål eller å starte en samtale (Lorem et al., 2014). Dette gir pasienten en negativ opplevelse, og vil bidra til å distansere en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Det kan også tenkes at pasienten kan føle seg krenket. Videre kan en slik holdning blant helsepersonellet bidra til aggresjon som Hummelvoll (2012) beskriver det. Om pasienten ønsker noe som han ikke oppnår ved å forholde seg rolig, vil pasienten muligens føle at han må kjempe for rettighetene sine – og at han vil oppnå et bedre resultat ved å opptre aggressivt. I dette tilfellet vil sykepleieren oppfattes som hindring – etter Dollards frustrasjons-aggresjons-hypotese – fordi sykepleieren har makten i denne relasjonen. Pasienten kan her finne på å opptre voldelig, noe som kan ende med bruk av tvangsmidler fordi sykepleiere vurderer det som at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Dette fører til at pasientens tilstand blir forverret, at han føler håpløshet og vil bidra til en enda mer konfliktfylt relasjon til helsepersonellet. Det er da stor fare for at man ikke får pasienten med i et samarbeid for å forutse aggressiv atferd. Aggressiv atferd har derfor stor mulighet til å oppstå på nytt igjen, og slik havner man i en ond sirkel der pasienten sliter med mangel på selvkontroll og sykepleiere ikke kommer «inn på» pasienten fordi han bruk av tvang har ført til at han opplever mistillit. Sykdomsbildet vil da forverres ytterligere og liggetiden kan bli

lengre. Både sykepleier og pasient i en slik konfliktfylt relasjon kan føle avmakt fordi situasjoner til en viss grad oppstår utenfor deres kontroll. Her tydeliggjøres viktigheten av at sykepleier har kunnskap om hvordan man skal opptre i møte med pasienter som har en psykisk lidelse.

Det er viktig å tenke på at i en akuttpsykiatrisk avdeling har sykepleier kanskje bare én sjanse til å gjøre på inntrykk på pasienten, og det første møtet kan være avgjørende for om samarbeidet når frem eller ikke. Det er dette Hummelvoll (2012) poengterer når han redegjør for ulike verktøy man som sykepleier kan ta i bruk i det første møtet med pasienten. Dette temaet er også belyst av Travelbee. Hun skriver at utfordringen i det innledende møtet vil være å viske bort rollene som sykepleier og pasient, og å få frem en menneske-menneske relasjon (Kristoffersen, 2009) Om det første møtet blir vellykket, vil dette innebære at det finnes en god relasjon sykepleier og pasient seg imellom. Dette er et ideelt utgangspunkt for å begynne arbeidsfasen – et likverdig samarbeid der sykepleier og pasient lærer hverandre å kjenne. Ved å være forberedt på hva man skal gjøre i en situasjon der aggresjon oppstår, vil det ligge en enighet i bunn for hva som er riktig å gjøre. Dette vil gi pasienten trygghet og forutsigbarhet, som nevnt i studie 5 (Lorem et al., 2014). På denne måten kan samarbeid med pasienten være et alternativ til bruk av tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling. Man må imidlertid være forberedt på at ERM ikke gir en garanti på at aggressiv atferd og vold ikke oppstår. I etterkant av en aggressiv episode, eller en episode som kunne ledet til vold, er det viktig at man snakker med pasienten i etterkant. Det viser seg nemlig at ofte er pasienten minst like opptatt av å forebygge aggressivitet som helsepersonalet. Han mangler bare kunnskap og erfaring om hva han kunne gjort annerledes (Lorem et al., 2014).

5.2.3 Samarbeid når pasienten har en psykotisk lidelse

Aggresjon som omtalt i oppgavens teoridel, kan ha en forsmak av at fenomenet er noe som er viljestyrt. Slik er det imidlertid ikke alltid. Jeg har valgt å omtale samarbeid med personer som lider av psykose, under eget avsnitt. Dette fordi de har en virkelighetsoppfatning som strider mot sann som vi andre opplever verden, og de vil kanskje respondere dårlig på terapi som fungerer effektivt på andre pasientgrupper (Hummelvoll, 2012). Disse pasientene kan blant annet lide av persepsjonsforstyrrelser. Det vil si at aggressiv opptreden kan skyldes for eksempel at de ser en stor bjørn, fremfor sykepleieren som faktisk står foran dem. Da kan pasienten handle i angst og selvforsvar, og atferd kan i mindre grad forklares ved at pasienten «kjemper for sine rettigheter» eller «ser sykepleieren som et hinder». Som et annet psykotisk

trekk finner vi affektforstyrrelser. Som en del av lidelsen vil pasientene ofte komme med sterke følelsesutbrudd – som gjerne er upassende til situasjonen. Dette kan oppleves skremmende for sykepleiere fordi aggresjon kan oppstå uprovosert. Videre er impulsiv atferd og overaktivitet et sentralt kjennetegn. Til sist ser man at tankeforstyrrelser er et sentralt psykotisk symptom – pasienten kan lide av tanker hvor han ikke er realitetsorientert (vrangforestillinger) eller tankenstrømmen kan gå unormalt raskt eller sakte (Hummelvoll, 2012).

Det første møtet med en pasient som har psykotiske trekk, er ikke så ulikt møtet med andre pasienter på en akuttpsykiatrisk avdeling. Det man må ha i tankene som sykepleier, er at disse pasientene ofte er mer mistenksomme enn andre pasienter – og han kan ha vanskelig for å utrykke seg på en forståelig måte. For å opprette tillit hos pasienten vil det være vesentlig å respektere og anerkjenne den verdenen han lever i (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll gjør rede for ulike tiltak som reduserer angst og aggresjon, som også pasientene i studie 5 (Lorem et al., 2014), bekreftet at fungerte.

For det første er det viktig at sykepleieren aksepterer at pasienten trenger fysisk avstand. For mye nærhet kan føles som en krenkelse, og kan provosere angst og aggressivitet. For det andre må kommunikasjonen være enkel og klar. Sykepleier må sette grenser for pasienten, og hun må gjøre seg sikker på at pasienten forstår dem, samt at han forstår hvorfor de blir satt i verk. For det tredje er det viktig å identifisere faktorer i miljøet som kan ha provosert til aggresjon. Det er av enorm betydning at hendelsen bearbeides etter et aggresjonsutbrudd har oppstått. Her kan pasienten få utløp for tanker og følelser, og få hjelp til å se hvilke alternative reaksjoner som kunne vært nyttig i den gitte situasjonen.

5.2.4 Sykepleiers holdning og kunnskap

Av egen erfaring vet jeg at en del av menneskene som arbeider med pasientene på en akuttpsykiatrisk avdeling, ofte er preget av usikkerhet på grunn av manglende / urelevant utdanning og erfaring. Opplæringen fokuserer på hvordan man tar i bruk tvangsmidler, fremfor hvordan man forebygger bruken av dem. Et flertall av sykepleiere og annet helsepersonell i studie 1 og studie 3 er enige om at tilstedeværelsen av kvalifisert personell er av vesentlig betydning for å redusere bruk av tvangsmidler. Det er sykepleieren som sitter med overordnet makt i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Selv om forskjellige lover og retningslinjer er klare på når man kan bruke tvangsmidler og ikke, er dette i bunn og grunn en faglig vurdering som gjøres av den enkelte sykepleier. Ingen situasjoner er like, og

forskjellige sykepleiere kan oppleve ulik grad av kontroll selv om de står i samme situasjon. Her ser man viktigheten av et tilstrekkelig opplærte sykepleiere – om sykepleier føler hun ikke har kontroll, vil bruk av tvangsmidler oppstå for å oppnå kontroll igjen. Om hun innehar forskjellige strategier for å håndtere aggressiv atferd, vil hun i større grad oppleve kontroll. Tvangsmidler vil da kanskje ikke være nødvendig – hun vil i det minste ha forsøkt mange strategier før dem blir tatt i bruk.

Gelpkopf et al.(2009) og Wynn (2003) viser at helsepersonells holdninger til bruk av tvang er mer eller mindre samstemte. De fleste tenker konsekvent i temaet bruk av tvangsmidler, og ser de negative konsekvensene. Et fåtall sykepleiere i studie 2 mener at om pasientens atferd ansees som «plagsom» eller «irriterende» er dette en gyldig grunn til å bruke tvangsmidler. Dette står i motsetning til både etiske prinsipper og ikke minst det norske lovverket. Dessuten er det snakk om maktmisbruk; Sykepleieren bruker tvang fordi det er enkleste utvei. Det blir mer avslappende for sykepleier å ha pasienten innelåst på et rom fremfor å bruke mye tid og krefter på å prøve å roe ned pasienten. Slike handlinger kan få fatale konsekvenser for pasienten. Hva er det som får noen sykepleiere til å tenke så ulikt andre sykepleiere? Dette er et vanskelig spørsmål å svare på. Det er viktig å bemerke at studie 2 foregikk i Israel, og man har noe ulike funn i Norge. Dessuten er lovverket ulikt i Israel. Allikevel er det oppsiktsvekkende at det finnes slike forskjeller. Også i Norge finnes det store geografiske forskjeller hvor ofte tvangsmidler brukes. Kan det være ulike arbeidskulturer inne i de forskjellige avdelingene? Det kan tenkes at tilstrekkelig med opplæring vil sykepleiere få et mer bevisst forhold til bruk av tvang.

Kontio et al.(2014) viste at e-læringsprogram hadde betydelig effekt på reduksjon av mekanisk tvang i lukkede akuttpsykiatriske avdelinger. Kjernen i opplæringen var å få en dypere forståelse av egen atferd, og å diskutere egne opplevelser med andre sykepleiere i forum på internett. Denne metoden kan være hensiktsmessig fordi den flytter fokuset over fra pasienten og hans atferd, til sykepleiers egne handlinger. Ved å fundere på seg selv og egen atferd, vil man som sykepleiere innse at det ikke alltid er fullt og helt pasientens «skyld» at bruk av tvangsmidler oppstår. Ved å diskutere med andre sykepleiere vil man dessuten erverve seg strategier for å forebygge at episoder med bruk av tvangsmidler oppstår. Sykepleieren vil se at det er mye hun kan gjøre i møte med aggressiv atferd, og at det ikke nødvendigvis vil ende med tvang. På en annen side må man bemerke seg at denne metoden fokuserer lite på samarbeid med pasienten. Det er ikke alltid pasient og sykepleier er enige om hvilken praksis som er riktig. Mens sykepleiere kanskje fokuserer på hva som fungerer

effektivt tidsmessig, vil sannsynligvis pasienten fokusere mer på selve opplevelsen i møtet. Mens sykepleiere i studie 2 oppga at de brukte mekanisk tvang for å roe ned pasientene, oppga pasientene i studie 4 at dette ikke stemte. Noen av pasientene ble mer paranoide – mens noen opptrådte rolig rett og slett fordi de følte sterk avmakt og ga opp. En annen ting man må stille spørsmål om er; kan sykepleiere læres til gode holdninger? Det er vanskelig å si om sykepleierenes holdning er et resultat av indre verdier eller av mangel på kunnskap.

Travelbee bemerker at strategier man som sykepleiere erverver seg fra andre sykepleiere kan være nyttige, men at det fort kan stå i fare for en statisk kommunikasjon som går på bekostning av den naturlige og spontane kommunikasjonen med pasienten (Kristoffersen, 2009) E-læringsprogrammet bør allikevel sees som en viktig ressurs i opplæring av personell på akuttpsykiatrisk avdeling. Programmet må regnes å være en relativt økonomisk opplæringsmåte, og er meget fleksibelt i forhold til tid og sted opplæringen foregår. Opplæring av personell vil først og fremst være en oppgave som ledelsen burde ta seg av. Allikevel sees et poeng i at sykepleieren selv bør skaffe seg aktuell kunnskap og kompetanse på det område hun arbeider innenfor.

5.3 Det handler om å se pasienten

Når man først har oppnådd å skape en relasjon til pasienten, er det viktig å opprettholde den, også i hverdagen. Pasientfortellingene i studie 5 (Lorem et al., 2014) belyser hvordan en medmenneskelig relasjon til sykepleier bidrar til å skape trygghet og å forebygge at bruk av tvangsmidler blir nødvendig.

Vatnes (2009) anerkjennende terapi forteller oss som sykepleiere hvordan vi kan forholde oss til pasienten på en måte som tjener begge parter. Dette er prinsipper som har til hensikt å gjøre sykepleier og pasient til likverdige mennesker med en felles forståelse, som også er kjernen i kognitiv miljøterapi (Løvaas & Johansen, 2012). Pasientene i studie 5 (Lorem et al., 2014) bekrefter at dette er av vesentlig betydning for å oppnå en god relasjon. Ved å ha en åpen dialog mellom de to partene får man mulighet til å reflektere sammen – uten at man sier at noe er riktig eller galt. Dette er også kjernen i tilnærmingen *undrende refleksjon*. Disse tilnærmingene er spesielt nyttige i situasjoner der man ser tegn på aggressiv atferd, noe også Hummelvoll (2012) bekrefter. Ved å bruke tilnærmingen *selvavgrensing* tar man nytte av relasjonen man har til pasienten, og bruker ærlige ord til å fortelle hvordan man føler. Dette gir pasienten en slags myndighet til å selv ta valg av egne handlinger, uten at dette virker

korrigerende eller moraliserende. Anerkjennende tilnæringsformer er nyttige fordi de gir pasienten mulighet til å avkrefte eller bekrefte sykepleiers antakelser, samtidig som at pasienten kan reflektere om egen atferd. Her er det viktig å normalisere tilstanden og ikke bruke ord som provoserer. Maktbalansen i relasjonen nedtones og pasienten gjøres om til en samarbeidspartner. Betydningen av å se pasienten som et levende menneske fremfor et problem eller en diagnose vil være av enorm verdi for å vinne respekt og tillit hos pasienten.

Som nevnt tidligere er kunnskap en av tingene som skiller pasient og sykepleier. Dette er en skummel påstand som fort kan komme til å skape en ovenfra og ned-holdning til pasienten. Som sykepleier skal man aldri undervurdere pasientens kunnskaper – og ikke minst erfaringer. I bunn og grunn er det pasienten som er eksperten på seg selv og eget liv. Det er han selv som vet best hvilke behov han har og hvordan han kan få en best mulig opplevelse av oppholdet. En aktiv og alvorlig sinnslidelse kan imidlertid være til hinder for at disse erfaringene bli klare. Av egen erfaring vet jeg at noen av disse pasientene har opplevd grufulle ting som de fleste mennesker i den vestlige verden ikke kunne ha forestilt seg. Det er mange årsaker som gjør at pasienten opptrer slik han gjør, og de grufulle opplevelsene vil ikke alltid være kjent for sykepleier. Sterkt avvikende atferd hos pasienten kan fort bli møtt av korrigerende og moralisering fra sykepleier. Om korrigeringen ikke er effektiv kan situasjonen eskalere og endre med bruk av tvangsmidler. Dette er et godt eksempel på paternalisme hvor sykepleier gir uttrykk for at hennes kunnskap er den rette – og gjør inngripen i pasientens liv heretter. En god relasjon og samarbeid med pasienten vil virke forebyggende på bruk av tvang fordi den er basert på forståelse og respekt. Avvikende atferd vil da møtes med samtale og dialog fremfor korrigerende. Dermed skapes det en problemløsende tilnærming. Dette er hensiktsmessig fordi pasienten i større grad vil føle han blir tatt på alvor, og sykepleier blir et hjelpemiddel for å sammen med pasienten finne årsaken til og utarbeide alternative handlingsmønstre. Det er imidlertid viktig å bemerke seg at sykepleier innehar mer *faglig* kunnskap. Den faglige kunnskapen skal tilstrebes å brukes til det beste for pasienten – og ikke på bekostning av pasienten.

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har vist hvordan samarbeid og forebygging av aggressiv atferd blir et alternativ til bruk av tvangsmidler. Oftest er det pasienten selv som er ekspert på hva som fører til aggresjon. Ved at han deler disse erfaringene, sammen med følelser og tanker, kan sykepleiere bidra til å hjelpe pasienten med å finne alternative handlingsmåter. Et samarbeid kan imidlertid være vanskelig å få til i en akuttpsykiatrisk avdeling på grunn av kort liggetid. Det er derfor vesentlig at sykepleier vet hvordan hun raskt skal vinne tillit hos pasienten. Dette krever kunnskap og kompetanse. E-læringsprogram kan bidra til å øke sykepleiers selvbevissthet og kan utstyre henne med nyttige taktikker som gir henne økt følelse av kontroll i møte med aggressiv atferd. Sykepleier vil dermed ha større terskel for å ty til bruk av tvangsmidler. For at sykepleiere skal bidra til redusert bruk av tvang er det essensielt at hun er selvbevisst, både egen kunnskap og erfaring, også i samarbeid med pasienten. Dette krever at pasienten blir sett på som en aktiv ressurs, fremfor et problem eller en diagnose.

7.0 Referanseliste

Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1529-1537. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02986.

(<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010658640&site=ehost-live>)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues In Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763. doi:10.3109/01612840903159777

(<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010485404&site=ehost-live>)

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademis

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Om NEM*. Hentet 27. januar 2015 fra

<https://www.etikkom.no/vart-arbeid/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/om-nem/>

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet: Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Hentet 6. januar 2015 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 27. januar 2015 fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Hummelvoll, J.K (2012). *Helt – ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger – En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsefagarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kontio, R., Pitkänen, A., Joffe, G., Katajisto, J., & Välimäli, M. (2014). ELearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: A cluster-randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 443-

9.<http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2013.855254>

Kristoffersen, N. J. (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaugs *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. & Nordtvedt, P. (2010). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaugs (red.) *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 137-181). Oslo: Gyldendal Akademisk

Loem, G.F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C.E. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(2), 114-24. http://www.idunn.no/ts/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_-_en_narrativ_studie_av_pasienters_forte

Løvaas, E. Ø. & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleien*, 100(2) 52-55. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0013

Nifab (2014, 7. mai). *Introduksjon til forskning*. Hentet 12. februar 2014 fra http://www.nifab.no/forskning/introduksjon_til_forskning

Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Sykepleierforbund (2011, 9. august). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10. januar 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62* Hentet 6.januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Thune, G. H. (2008). *Overgrep: Søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag

Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo; Gyldendal Akademisk

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453-9. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480310003470>

Vedlegg 1 - Oversikt over forskningsartiklene

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4	Studie 5
Hensikt	Utforske ERM sin innflytelse på bruk av tvang, samt hvilke pasienter programmet var mest effektivt for.	Utforske sykepleieres holdninger, handlinger, følelser og meninger ifht. bruk av tvang.	Utforske holdning og erfaringer med bruk av tvang.	Utforske e-læringsprogram sin innflytelse på bruk av tvang.	Skape økt kunnskap om hvordan pasienter ivaretas, samt utforske når tvang oppleves OK og bidra til å forebygge negative opplevelser knyttet til bruk av tvang.
Metode	Sykepleiere rangerte pasientene i et aggressjonsskjema før ERM ble tatt i bruk, og etter det ble tatt i bruk. Skjemaene ble dermed sammenlignet.	Spørreskjema. -Årsaker for bruk av tvang. - Viktigheten av å bruke tvang. - Faktorer som kan påvirke bruk av tvang. (+++)	Spørreskjema. -Hvor ofte de deltok i bruk av tvang. - Hva deres meninger var angående hvordan tvang ble brukt per i dag. -Årsaker for bruk av tvang. - Hvilken effekt har bruk av tvang.	Randomisert i klynger hvem som fikk opplæring og ikke. Sammenlignet bruk av tvang med kontrollgruppen.	Intervju med åpne spørsmål når pasienten var innlagt, eller umiddelbart etter utskrivelse. Lydopptak transkribert og analysert av et dataprogram, samt at forskerne skrev egne refleksjoner.
Uvalg	16 avdelinger på et rettspsykiatrisk sykehus. 3 grupper basert på sykdom. 189 pasienter, kun menn.	111 sykepleiere fra enten akutt eller kronisk psykiatrisk avdeling i Israel.	267 forskjellige i ansatte yrkesgrupper innen den psykiatriske helsetjenesten.	Sykepleiere i 10 lukkede, akuttpsykiatriske avdelinger.	9 pasienter med psykoseproblematikk, men som ikke var inne i en psykotisk fase.

Funn

ERM bidro til: -Redusert antall skjerminger. - Reduksjon i alvorlighetsgraden av hendelser som førte til skjerming. - Best effekt på pasienter som lider av antisosial personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk.	Faktorer som virker forebyggende på bruk av tvang: -Menn tilstede. - Erfarent personell tilstede. - Nok bemanning. - riktig medisinerings. - Tidlig identifisering av risikofylt atferd. -Flere «lindrende» samtaler med pasienten. I tillegg: Et fåtall mente at om pasienten var «plagsom» var dette grunn nok til å bruke tvang.	Meningene tilsa: -tvang utføres korrekt. -Tvang svekker relasjonen. - Tvang truer pasientens integritet. - Årsak til bruk av tvang: om pasienten står i fare for å skade seg selv eller andre. Forebyggende faktorer: -erfarent personell. - Vise oppmerksomhet til pasienten.	Varighet i bruk av mekanisk tvang redusert fra 36 – 4 timer der hvor sykepleiere hadde fått elektronisk opplæring.	-Tvang oppleves frustrerende og forsterker symptomer. -Tvang kan oppleves som straff. -Tvang kan oppleves som positivt. - Gjensidighet og åpenhet fra sykepleiere ble et alternativ til tvangsbruk. -Å bli møtt med anerkjennelse og empati førte til trygghet. - Flere ønsker samtale for å få hjelp til å finne alternativer til utagerende atferd. - Noen fikk ikke info om foranledningen og årsaken til tvangsbruk. - Uinteressert personell fører til lite medvirkning for pasienten, og lite forståelse for situasjonen en befinner seg i.
--	--	---	--	--

Konklusjon

Funnene indikerer at ERM er en innovativ og effektiv metode for å håndtere risiko der aggressiv atferd kan oppstå hos pasienter i et rettsmedisinsk sykehus.	–	Det er behov for å informere ansatte om negative konsekvenser ved bruk av tvang, samt behov for å lære opp personell i å håndtere aggressiv og voldelig atferd.	Opplæringsprogrammet viste en ønskelig endring i bruk av tvang. Det trengs imidlertid mer forskning på området.	Pasienter ønsker ikke å bli utsatt for tvang. Svekker omsorgsrelasjoner. Pasienter ønsker åpen dialog om tvangsbruk. Vil bidra til forståelse og en mer forutsigbar relasjon.
--	---	---	---	---