



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Rena

Erik Vatne

Mastergradsoppgave

Bruk av tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling

Use of restraints in an acute psychiatric ward

Master i offentlig ledelse og styring

INNHALDSFORTEGNELSE

Norsk sammendrag.....	6
Engelsk sammendrag.....	7
Kapittel 1 - Innledning.....	10
1.1 – Problemstilling og forskningsspørsmål.....	11
Kapittel 2 - Metode og design.....	12
2.1 – Etske vurderinger og utfordringer i studien.....	12
Kapittel 3 - Teoretiske rammer og tilnærming	15
3.1 – Lov om menneskerettigheter	15
3.2 – Bruk av tvangsmidler i henhold til lov om psykisk helsevern.....	17
3.2.1 - Vedtak om bruk av tvangsmidler	17
3.2.2 - Skjerming og skjermingsvedtak	18
3.3 – Akuttpsykiatrisk avdeling.....	19
3.4 – Roller	20
3.4.1 Roller og ansvar.....	20
3.5 – Maktbegrepet	21
3.6 – Etske problemstillinger ved bruk av tvang i psykiatrien	23
3.6.1 Holdninger til bruk av tvang.....	24
3.6.1.1 Historisk utvikling av kulturelle normer og verdier.....	26
Kapittel 4 – Bruk av tvangsmiddel og konsekvenser for arbeidsmiljøet.....	28

Kapittel 5 – Analyse av resultater	32
5.1 - Innledende betraktninger om bruk av tvang.....	32
5.2 - Analysebeskrivelse.....	32
5.3 – Tvang som krenkelse- kritisk bruk av tvang.....	33
5.3. 1 – Tvang og behandlingsrelasjon.	33
5.3.1.1 – Litteratur rundt problematikken	37
5.3. 1.2 – Konklusjon.....	39
5.3. 2 – Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern.....	40
5.3. 2.1 – Konklusjon.....	42
5.3. 3 – Tvang gir pasientene nye krenkelser.	43
5.3.3.1 – Konklusjon.....	44
5.3. 4 – For mye tvang i behandlingen?.....	44
5.3. 4.1 – Konklusjon.....	46
5.3. 5 – Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang.	46
5.3. 5.1 – Konklusjon.....	48
5.3. 6 – Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler.....	49
5.3. 6.1 – Konklusjon.....	51
5.4 – Tvang som omsorg og sikkerhet – pragmatisk syn på tvang.....	51
5.4. 1 – Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse i farlige situasjoner.	51
5.4. 1.1 – Konklusjon.....	53
5.4. 2 – Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang.	54
5.4. 2.1 – Konklusjon.....	55
5.4. 3 – Tvang kan være omsorg og ivaretagelse.....	55
5.4. 3.1 – Konklusjon.....	56
5.4. 4 – Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon.	56
5.4. 4.1 – Konklusjon.....	57

5.4. 5 – For dårlige pasienter kan tvang være trygt.	58
5.4 5.1 – Konklusjon.....	59
5.4. 6 – Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter.	59
5.4. 6.1 – Konklusjon.....	60
5.5 – Tvang som behandling – positivt syn på tvang	60
5.5. 1 – Det burde brukes mer tvang i psykiatrien.....	61
5.5. 1.1 – Konklusjon.....	62
5.5. 2 – Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang.....	62
5.5. 2.1 – Konklusjon.....	62
5.5. 3 – Om regressive pasienter trenger tvang?.....	63
5.5. 3.1 – Konklusjon.....	63
5.6 – Ansattes svar på spørreskjema nr 2	63
5.6. 1 – Er omgivelsene egnethet for å møte bruk av tvangsmidler	63
5.6. 1.1 – Konklusjon.....	66
5.6. 2 – Om en har tilfredsstillende kunnskap om gjeldende lover og forskrifter.	66
5.6. 2.1 – Konklusjon.....	67
5.6. 3 – Opplevd at kontrollkommisjonen har gitt pasienter medhold i klage.....	68
5.6. 3.1 – Konklusjon.	68
5.6. 4 – Om en har fått tilfredsstillende opplæring i å håndtere konfliktsituasjoner.	69
5.6. 4.1 – Konklusjon.....	70
5.6. 5 – Om ansvarsfordelingen mellom ledelse, vedtaksansvarlig og øvrig postpersonalet er tydelig.	71
5.6. 5.1 – Konklusjon.....	71
5.6. 6 – Om opplevd etiske dilemmaer når tvangsmiddel blir gjennomført.	71
5.6. 6.1 – Konklusjon.....	73
5.6. 7 – Om en har nok innflytelse for at meninger blir hørt om problematikken.....	74
5.6. 7.1 – Konklusjon.....	75

5.6. 8 – Om en har behov for debriefing etter utagerende episoder.....	75
5.6.8.1 – Konklusjon.....	76
Kapittel 6 - Avslutning	77
Litteraturliste.....	78
Vedlegg	81

Norsk sammendrag

Bakgrunn: I de senere årene har det vært stort fokus på bruk av tvang innen psykiatri i Norge, både offentlig og i fagmiljøer. Å redusere unødvendig bruk av tvang er viktig både i behandlingsmessig og etisk perspektiv. Denne studien setter søkelyset på bruk av tvangsmidler og skjerming ved to akuttpsykiatriske enheter ved et sykehus på Østlandet.

Hensikt: Ved å belyse bruken av tvang kan dette medvirke til at sjefer og ansatte bli mer bevisst på problematikken rundt bruk av tvang. Dette kan bidra til å finne tiltak og gi læring, noe som kan bidra til å redusere tvang.

Metode: Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie om hvilke synspunkter og utfordringer sjefer og personalet har ved bruk av tvangsmidler ved to enheter ved en psykiatrisk avdeling. Den kvalitative delen består av intervju med fem sjefer og kommentarer fra personalet i to spørreskjemaer. Avkrysningsfeltene i disse spørreskjemaene er den kvantitative delen. Det ene spørreskjemaet hadde svaralternativene svært uenig, uenig, nøytral, enig og svært enig. Det andre spørreskjemaet hadde svaralternativene ja eller nei. I analysen er fokuset synspunkter og utfordringer sentralt.

Funn: I intervjuene og kommentarene kom det fram at det kunne være utfordringer knyttet til god relasjon og tillit til pasienten etter bruk av tvang, mangel på personal og fagfolk til tider, vanskelige omgivelser noen steder, viktig med debriefing etter episoder, viktig å ta opp episoden med pasienten i ettertid og noen ganger lite akseptabel bruk av tvang. På det ene spørreskjemaet (N 45) var det overraskende mange som svarte nøytral. Det gjaldt spørsmål om synspunkter på bruk av tvang. Spørsmålene det gjaldt var først og fremst i forhold til behandlingsrelasjonen (14), fallitterklæring for psykiatrien (15), om pasienten ble krenket (13), brukt for mye tvang (16), skulle brukes mer tvang og regressive pasienter (19). På to av spørsmålene var uenighet og enighet jevnt fordelt. Det gjaldt spørsmålet om det var for lite ressurser (uenighet 19/enighet 15) og om pasienter med liten sykdomsinnsikt trenger tvang (uenighet 18/enighet 16). Resterende fire spørsmål, gir omsorg og sikkerhet, forebygge farlige

situasjoner var det ujevnt fordelt. Det andre spørreskjemaet (N 43) var det klart flertall på spørsmålene om de hadde nok kunnskaper om Lov om psykisk Helsevern (36 ja), om en hadde vært involvert i saker hvor kontrollkommisjonen hadde gitt pasienten medhold (29 nei), om en hadde fått nok opplæring i å håndtere konfliktsituasjoner (32 ja). Opplevd etiske dilemmaer (38 ja), om en har nok innflytelse til at ens meninger blir hørt på (32 ja) og om en har behov for debriefing i etterkant etter utagerende episode.

Konklusjon: Å få ned bruk av tvangsmidler og tvungen skjerming minimalt. Men det er ikke til å unngå at tvang er nødvendig i situasjoner som vil kunne få fatale konsekvenser hvis en ikke griper inn. Det er viktig at personal og behandlere har godt kjennskap til lov om psykisk helsevern har trening i kommunikasjon i konfliktsituasjoner, sjefer som er bevisst på og kan implementere tiltak med hensyn til problematikken, de fysiske omgivelsene er sikret og ikke skaper problemer i situasjoner hvor bruk av tvangsmiddel er nødvendig, rommene er estetisk fine, muligheter for aktiviteter også under skjermingsperioden, tilstrekkelig faglig kompetanse og nok ressurser til å håndtere problematikken.

Nøkkelord: Psykiatriske pasienter, psykiatrisk akuttavdeling, fysiske og verbale trusler, tvangsmidler, skjerming, kommunikasjon i konflikter, synspunkter og utfordringer, Lov om Psykisk Helsevern, sikkerhet, etiske dilemmaer, fagkompetanse.

Engelsk sammendrag

Background: In recent years there has been considerable focus on the use of coercion in psychiatric care in Norway, both in public and professional communities. The reduction of unnecessary use of force is important in both treatment-related and ethical perspective. This study highlight the use of coercive measures and shielding by two acute psychiatric units one at a hospital in eastern Norway.

Purpose: By illuminating use of force this can contribute to employees health workers and their leaders become more aware of the issues surrounding the use of coercio

Method: This is a qualitative and quantitative study focusing on leaders and staffs views and challenges in the use of coercion by in two separate units at a psychiatric ward. The qualitative part consists of interviews with five bosses leaders and comments from staff in two

questionnaires. Checkbox fields in these questionnaires are the quantitative part. One questionnaire reply response options strongly disagree, disagree, neutral, agree and strongly disagree. In the second questionnaire the response options were yes or no. In the analysis, the focus views and challenges are central.

Findings: The interviews and comments revealed that there could be challenges related to maintaining, obtaining a good relationship and trust to the patient when force is being used lack of personnel and professionals at times, difficult conditions in some places, importance of debriefing after episodes, importance of going through the episode with the patient afterwards and sometimes very unnecessary use of force. In one questionnaire (N 45) there were a surprising number of respondents neutral. This concerned questions about views on the use of force. Primarily in relation to the treatment relationship (14), admission of failure for psychiatric care (15), if the patient were violated (13), to much use of force (16), should be more use of force on regressive patients (19), On two questions there was disagreement and consensus evenly. It concerned the question of whether it was too little resources (disagreement 19 / consensus 17) and patients with little illness insight requires coercion (disagreement 18 / consensus 16). For the Remaining four questions, provide care and safety, preventing dangerous situations the response was unevenly distributed. The second questionnaire (N 43) there was a clear majority on the questions whether they had enough knowledge of the Law on mental Healthcare (36 yes), if one had been involved in cases where the Control Commission had given patient agreement (29 no), if one had had enough training in dealing with conflict situations (32 yes). Perceived ethical dilemmas (38 yes), if one had enough influence so that one's opinions are heard on (32 yes) and whether there is a need for debriefing afterwards by externalizing

Conclusion: Reducing coercive and compulsory screening as much as possible to a minimal. But it is inevitable that coercion is necessary in situations that could have fatal consequences if one does not intervene. It is important that personnel and clinicians have good knowledge of the MHA, has training in communication in conflict situations, leaders who are aware of and implement measures in regard to the issues, the physical environment is secured and do not cause problems in situations where use of coercive is necessary, the rooms are aesthetically fine good, opportunities for activities also during shielding period, adequate expertise and enough resources to handle the problem.

Keywords: Psychiatric patients, psychiatric emergency department, physical and verbal threats, coercion, shielding, communication conflicts, views and challenges, MHA, security, ethical dilemmas expertise.

1. Innledning

Hensikten med studien er å belyse ansattes og lederes synspunkter og utfordringer med hensyn til bruk av tvangsmidler og skjerming i to lukkede akuttpsykiatriske enheter. Jeg håper resultatet av studien kan være med på å belyse noe av det som må til for redusere bruk av denne typen tvang maksimalt. Eksempler studien kan belyse er behov for veiledning, undervisning, bruk av fagkompetanse rådende synspunkter på problematikken eller behovet av ressurser.

I de senere årene har det vært stort fokus på bruk av tvang innen psykiatri i Norge, både i presse, fagmiljøene og blant myndigheter. Det har også kommet fram uheldige historier om pasienter som har blitt utsatt for tvilsom og traumatisk tvangsbruk. Å redusere unødvendig bruk av tvang er viktig både i behandlingsmessig og etisk perspektiv. Er det nødvendig må en gjøre det på en minst mulig traumatisk måte. Dette er en målsetting ved min arbeidsplass, en avdeling for akutt og kortidspsykiatri.

Denne studien vil kun omfatte en akutt mottaksenhet og en lukket akutenhet som har en lovbestemt øyeblikkelig hjelp funksjon. Opptaksområdet dekker en populasjon på 192 000 innbyggere.

Behandling for psykiske lidelser skal i utgangspunktet foregå frivillig etter pasientrettighetsloven. Pasienten skal ha medbestemmelse og autonomi. Tvangsbruk skal i prinsippet skje unntaksvis. Bruk av tvangsmidler og skjerming ved psykiske lidelser er underlagt lov om psykisk helsevern som avklarer bruken. Den sier noe om kriterier for bruken og hvilke profesjoner og spesialistkompetanse som har autorisasjon til å gjøre vedtak om bruk av tvangsmiddel og skjerming.

Studien avgrenses til kun bruk av skjerming og tvangsmidler i henhold til lov om psykisk helsevern.¹ Dette gjelder følgende paragrafer:

§4-3 vedtak om skjerming

§4-8a vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (belter)

§4-8b vedtak om isolering

§ 4-8c vedtak om bruk av kortidsvirkende legemiddel

§ 4-8d vedtak om fastholding

¹ Lov om etablering av psykisk helsevern 1999-07-02 nr.62

For å unngå misforståelse vil jeg påpeke at Lov om Psykisk Helsevern skiller mellom vedtak om skjerming (§4-3) og vedtak om isolering (§4-8b). Vedtak om skjerming fra omgivelsene innebærer at et personal alltid må være tilstede eller lett tilgjengelig og pasientrommet må ikke være låst. Dette gjelder ikke vedtak om isolering, hvor pasienten kan isoleres i rom med låst dør.

Tvangsparagrafene denne studien baserer seg på vil jeg beskrive nærmere i kapittel 3. Innleggelse på tvangsparagraf vil ikke inkluderes i studien da kriteriene for denne type tvang i lovverket på noen punkter er forskjellig. Derfor vil det etter min mening være hensiktsmessig å skille dette fra hverandre.

Sentrale spørsmål vil være hvilke synspunkter og utfordringer ansatte og sjefer har med hensyn til denne problematikken.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Bruk av tvangsmidler innen akuttpsykiatri er i mange tilfeller nødvendig. Ideelt sett skulle bruk av tvangsmidler ikke forekomme, men i praksis er virkeligheten at en ikke kan unngå bruken. Aggresjon og suicidforsøk kan være en del av det å ha en alvorlig psykisk lidelse. Denne virkeligheten må de ansatte håndtere, noe som er svært utfordrende og krevende. Det krever både faglig kompetanse og etisk bevissthet for å møte disse problemstillingene. Det er også avgjørende hvilken behandlingsskiltur en har i avdelingen. Det vil si en kulturt som er bevisst på bruken av tvang og konsekvenser for pasienten.

Forskningsspørsmål:

”Ansattets og sjefers utfordringer og synspunkter med hensyn til bruk av tvangsmidler og skjerming ved to akuttpsykiatriske enheter”.

Å belyse dette spørsmålet vil være med på å bevisstgjøre problematikken og dermed gi et utgangspunkt for å kunne mestre utfordringene bedre, både for ansatte og sjefer.

I en travel hverdag har ikke sjefene alltid mulighet til en hver tid til å få full oversikt over hva ansatte strir med ved å bruke skjerming og tvangsmidler. Tilbakemeldingene informantene gir kan belyse uheldig/heldig praksis, nivået på kunnskaper, rammebetingelser og hvilke faglige og etiske synspunkter som råder med hensyn til bruken. Ved at mye av dette kommer på bordet kan sjefene få en bedre oversikt og dermed en pekepinn på hvor det eventuelt kan gjøres forbedringstiltak.

2. Metode og design

Forskningsmetoden som ble brukt i studien bestod av et kvalitativt intervju med fem sjefer og en kvantitativ del hvor det ble brukt to spørreskjemaer. Disse metodene har forskjellige tilnærminger til å hente ut datamateriale. For å forklare forskjellen vil jeg trekke fram to definisjoner fra metodelitteraturen.

Repstad (1996)² definerer kvalitativ metode som ”å karakterisere. Selve ordet kvalitativ viser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener”. Her er det selve teksten som er grunnlaget for analysen. Det kan være for eksempel være nedtegnede observasjoner i et miljø, av personer eller hendelser (Repstad 1996).

Hellevik (2006)³ definerer kvantitativ metode slik: ”skaffer forskeren seg sammenlignbare opplysninger om et større antall enheter, uttrykker disse opplysningene i form av tall og analyserer disse”.

Det ene spørreskjemaet, heretter kalt spørreskjema nr 1, var utarbeidet av psykolog (den gang doktorstipendiat) Tonje Lossius Husum⁴ i forbindelse med et prosjekt i regi av Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse. Prosjektet het ”Brukerorientert alternativer til tvang i sykehus”. Spørreskjemaet har 15 spørsmål (se vedlegg) og dreide seg om synspunkter rundt problematikken. Svaralternativene var 1= svært enig, 2 enig, 3 = nøytral, 4 = uenig og 5 = svært uenig. Spørsmålene i spørreskjemaet har hun fordelt i tre kategorier:

1. Tvang som krenkelse – Kritisk bruk av tvang. Med krenkelse menes det i denne sammenheng at pasienten invaderes i sin personlige sfære og påføres et tiltak pasienten ikke selv ønsker. Tvangen kan være nødvendig selv om pasienten subjektivt føler seg krenket i situasjonen.
2. Tvang som omsorg og av sikkerhetsgrunn – Pragmatisk syn på tvang. Dette området handler om den praktiske siden ved tiltaket og hvilken nytteverdi det har. Tvang kan begrunnes som sikkerhet, å avverge farlige situasjoner eller som omsorg for pasienten.
3. Tvang som behandling – Positivt syn på tvang. Her menes tvang som et positivt tiltak i forhold til behandlingsforløpet. En regner tvang som en del av behandlingen.

² Repstad, Pål (1996), *Mellom nærhet og distanse*. S.10-11. Universitetsforlaget, Oslo

³ Hellevik, Ottar (2006), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, s. 110. Universitetsforlaget, Oslo

⁴ Lossius Husum, T., Norvoll, R., Hatling, T., Hem, G. (2008); SINTEF rapport A 8450, s. 124-125.

Med hensyn til analysen synes jeg denne inndelingen er godt egnet ut i fra studiens problemstilling. Jeg vil derfor bruke denne inndelingen i analysen med fokus på synspunkter og utfordringer. Spørreskjemaet er godkjent for bruk i denne studien av Husum

Det andre spørreskjemaet, heretter kalt spørreskjema nr 2, har jeg utarbeidet selv. Her spørres det etter kunnskaper omkring Lov om psykisk helsevern, ferdigheter i å håndtere konflikter opplevelse ved utageringsepisode, opplevd etisk dilemma, om omgivelsene er egnet for problematikken, om ansvarsfordelingen av berørte parter er tydelig og om egen innflytelse rundt problematikken. Svaralternativene er enten ”ja” eller ”nei” med mulighet for kommentar ved hvert spørsmål. For sjefer og ansatte kan disse spørsmålene være en utfordring å være bevisst på og forholde seg til.

Det må nevnes at det i spørreskjema nr 1 spørres det etter profesjon. Da det var få av disse gruppene som besvarte spørreskjemaet valgte jeg se på svarene samlet i analysen.

Svarprosenten i forhold til antall ansatte er for lite til at det er hensiktsmessig å gjøre statistiske beregninger. Kun ca 1/3 av ansatte svarte på spørreskjemaene. Hadde en større andel svart, for eksempel 60 %, kunne resultatet være annerledes og vært mer representativt for alle ansatte.

Spørsmålene i intervjuet med de fem sjefene dreide seg både om synspunkter og utfordringer rundt problematikken.

Som nevnt er studien rettet mot ansattes synspunkter og utfordringer rundt problematikken. Allikevel vil jeg trekke inn to kvalitative studier som belyser forskjeller mellom personalets og pasienters synspunkter da noen av informantene var inne på denne problematikken.

Studien er godkjent av avdelingssjef som en del av et kvalitetssikringsprosjekt og godkjent av personvernombudet for helseforetaket.

2.1 Etske vurderinger og utfordringer i studien

Det finnes flere etiske problemstillinger ved forskningsmetoden som er brukt i denne studien. Bruk av tvangsmidler innen psykiatri er et følsomt område for personalet som involveres. I studien utleverer de seg selv med hensyn til utfordringer og synspunkter omkring bruk av tvang. I intervjuene med sjefene er identiteten kjent for meg og de er avhengig av tilliten til at jeg ikke misbruker opplysningene og holder meg til taushetsplikt. Identiteten er ikke kjent for offentligheten. Spørreskjemaene ble lagt opp til å besvares anonymt og dataene ble

anonymisert for at de ikke skal være gjenkjennelig. Datamaterialet vil kun bli brukt i forbindelse med denne studien.

Et annet etisk spørsmål er innhenting av de interne erfaringene omkring ved akutenhetene om bruken av tvangsmidler og skjerming på egen arbeidsplass. Jeg får sensitive opplysninger som jeg må behandle med omhu. Noen av opplysningene kan være av en slik art at de kan være uforenlige med eget syn. Jeg må da forholde meg til og respektere at ikke alle har samme syn som meg.

De to spørreskjemaene jeg brukte heftet jeg sammen i et informasjonsskriv og sendte til de to akuttpsykiatriske poster. Av kontorenheten fikk jeg liste over alle ansatte for kunne regne ut svarprosenten. Etter ca 4-5 uker, med purring i mellomtiden, samlet jeg inn utfylte spørreskjemaer. Intervjuene av lederne gjorde jeg individuelt etter avtale. De foregikk på deres respektive kontorer. I analysen ble de kvalitative og kvantitative dataene satt opp mot hverandre for å se om noen understøttet hverandre eller ikke. Litteratur og funn fra andre studier ble også vurdert i analysen. En utfordring ved analyse av kvalitative data er subjektiv versus objektiv tolkning. Det lagt opp til, så godt det lot seg gjøre, at den ikke fordreies, for eksempel til egen forforståelse av fenomenet.

3. Teoretiske rammer og tilnærming

I dette kapittelet skal jeg først redegjøre for sentrale begreper og problemstillinger som er relevant for bruken av tvangsmidler og skjerming innen akuttpsykiatri. Med hensyn til analysekapittelet står noen begreper sentralt. Følgende sentrale begreper jeg vil utdype i dette kapittelet er:

1. Lov om menneskerettigheter.

Denne loven berører psykiatriske pasienters rettigheter ved siden av Lov om psykisk helsevern. Det å bli utsatt for tvang berører menneskeverdet og menneskets rett til frihet. Denne loven har Norge forpliktet seg til å følge i henhold til internasjonale konvensjoner.

2. Vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming i henhold til Lov om psykisk helsevern.

Er en sentral del i studien.

3. Akuttpsykiatrisk avdeling

Tar med denne definisjonen da undersøkelse omfatter to slike avdelinger.

4. Roller

I et psykiatrisk sykehus har ansatte og pasienter ulike roller i situasjoner hvor tvang må brukes.

5. Maktbegrepet

Dette begrepet står sentralt ved bruk av tvang mot pasienter. Bruk av tvang er maktutøvelse. Ansatte og institusjonen i seg selv besitter mye makt.

6. Filosofiske og etiske problemstillinger ved bruk av tvang i psykiatrien

Å bruke tvang mot pasienter er et stort inngrep mot menneskers integritet. Dette krever filosofiske og etiske refleksjoner hos utøveren. Ofte kan utøvelse av tvang medføre etiske dilemmaer for utøveren.

3.1 Lov om menneskerettigheter

Menneskerettigheter, ved siden av Lov om Psykisk Helsevern, står sentralt i bruken av tvang innen psykiatri. FN har to hovedkonvensjoner av menneskerettigheter. Disse er konvensjonen om menneskerettigheter av 1966 og Europarådets menneskerettighetskonvensjon av 1950.

Konvensjonene er nedfelt i menneskerettighetsloven av 1999⁵ som Den norske Grunnloven ikke kan overprøve (Utenriksdepartementet 2008, Hillestad Thune 2008)⁶.

Menneskerettighetene sier at alle mennesker har krav på samme menneskeverd og samme verdi. Det vil si at alle har umistelige rettigheter som retten til liv, frihet og autonomi, privatliv, fravær av tortur, tilfredsstillende god helsestandard og levestandard og sosial sikkerhet (Sinding Aasen 2009)⁷. Staten har forpliktet seg etter de internasjonale menneskerettskonvensjoner og er ansvarlig for at statens egne organer og representanter respekterer menneskerettighetene. Menneskerettighetene er nedfelt i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen.

Norsk psykiatri har fått anmerkninger fra Den Europeiske Torturkomitéen (CTP) som har påpekt grovt brudd på menneskerettigheter innen norsk psykiatri (Blesvik, Diseth, Husum, Kogstad, Orefellen, Thune 2006)⁸. Hillestad Thune (2008) gjengir i sin bok flere pasienthistorier som hun mener er brudd på menneskerettigheter.

I denne sammenhengen er artikkel 3 – forbudet mot tortur og inhuman behandling mest relevant. Psykiatrien har en historie som kan gå inn under begrepet tortur. Som eksempler kan nevnes lobotomi, kalde bad, sentrifugering, påført insulinsjokk og malaria, fjerning av tenner og deler av munnhulen. Artikkel 3 er i dag hovedsakelig knyttet opp mot utstrakt bruk av skjerming og isolasjon, langvarig bruk av belter, nedverdiggende polititransport og medisin gitt som tvangsmiddel.

Elektrosjokk med tvang er forbudt i henhold til norsk lov (lov om psykisk helsevern 1999)⁹. Men det finnes eksempler hvor samtykke ikke foreligger med begrunnelse i nødrett. Dette er inngripende tiltak og må kalles inhuman behandling (Husum & Hjort 2009)¹⁰.

Ved bruk av tvang i psykiatrien må en forholde seg til den internasjonale konvensjon omkring menneskerettigheter. Dette kan være en utfordring for vurdering av tvangsvedtak.

⁵ Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, LOV 1999-05-21 nr.30.

⁶ Utenriksdepartementet (2008). *Hva er menneskerettigheter?* S. 1, Hillestad Thune, G. (2008). *Overgrep – søkelys på psykiatrien*, s. 19. Abstrakt Forlag, Oslo

⁷ Sinding Aasen (2009); Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Ethiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46(12), s. 1175.

⁸ Blesvik s., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, Orefellen, H. J., Thune, G.H. (2006); Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter. *Tidsskrift Den norske legeforening*, 126: s. 1617

⁹ Lov om etablering av psykisk helsevern 1999-07-02 nr.62

¹⁰ Lossius Husum, T. & Hjort, H. (2009): Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46(12), s. 1169.

3.2 Bruk av tvangsmidler og skjerming i henhold til Lov om Psykisk Helsevern

Da studien handler om bruk av tvangsmidler vil jeg redegjøre for hvordan vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming må gjøres i henhold til loven om psykisk helsevern. Formålet er å sikre at pasientene får en forsvarlig behandling og ivaretar pasienters rettsikkerhet. Loven tar utgangspunkt i pasientenes behov og respekt for menneskerettigheter. Denne studien avgrenses til bruk av mekanisk tvangsmiddel (§4-8a), isolering (§4-8b) bruk av korttidsvirkende legemiddel (§4-8c), holding (§4-8d) og vedtak om skjerming (§ 4-3) i henhold til norsk lov. Da §4-8b brukes svært lite både i Norge og kun unntaksvis ved akuttavdelingene studien omfatter vil den ikke bli lagt vekt på i analysen.

3.2.1 Vedtak om bruk av tvangsmidler

Lov om psykisk helsevern gir mulighet til å vedta tvangsmiddelbruk (§4-8a, 4-8c, §4-8c og 4-8d) i akutte situasjoner. Bortsett fra bruk av skjermingsvedtak kan tvangsmiddel kun begrunnes i sikkerhet og ikke i behandlingsøyemed. Loven sier:

”Tvangsmidler kan bare brukes overfor pasienter når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige”.

Det er ikke tillat å bruke tvangsmidlene beltelegging, isolasjon og bruk av korttidsvirkende legemidler i behandlingsøyemed. Men vedtak om skjerming kan i tillegg brukes som behandling.

I følge psykisk helsevernforskriften § 26 (2011)¹¹ skal:

”Bruk av tvangsmidler gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler av mekaniske tvangsmidler (beltelegging) ut over åtte timer, skal det så langt som mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene forøvrig , sørge for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan ikke dette gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes”

¹¹ Forskrift om etablering av psykisk helsevern 2011-12-16 nr. 1258

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den ikke viser seg å ha de forutsatte virkninger eller uforutsette negative konsekvenser.

3.2.2 Skjerming og skjermingsvedtak

Psykisk helsevernlov § 4-3 omhandler bruk av skjerming av pasienter.

Hummelvoll (2006)¹² beskriver skjerming som: ”En metode som blant annet tar utgangspunkt i akutt – psykotiske pasienters behandlingsbehov. Den innebærer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø – og inneholder elementer av grensesetting, struktur og stimulusbegrensning (uten å være depriverende)”.

I følge loven om psykisk helsevern kan en pasient skjermes på eget rom eller egen skjermingsenhet i avdelingen. Tiltaket kan kun gjøres av hensyn til behandling, utagerende truende atferd eller hensyn til andre pasienter i avdelingen (forstyrrende og plagsom atferd).

Behandlingsmessig hensyn brukes ofte til å begrense sanseinntrykk for psykotiske pasienter eller få ro grunnet sterk uro eller angst.

Når skjermingen går ut over 12 timer må det treffes vedtak. Vedtaket kan treffes for inntil to uker om gangen. I følge loven om psykisk helsevern § 18 skal gjennomføring av skjerming innebære:

«- at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg. Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres».

Pasienten kan holdes tilbake dersom han eller hun forsøker å forlate stedet der skjermingen ble gjennomført. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern, kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom han eller hun ønsker dette. Pasienten skal informeres om si rett til å skrive seg ut fra institusjonen.

Helsepersonellet skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten gir uttrykk for å være alene, skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes som nødvendig.

¹² Hummelvoll, (2006); *Helt - ikke stykkevis og delt*. s. 213, Gyldendal Akademisk, Oslo

Innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter at det treffes eget vedtak om dette.

3.3 Akuttpsykiatrisk avdeling

For å få en bedre forståelse av analysen vil jeg beskrive hva en akuttpsykiatrisk avdeling består av. Den har en lovfestet plikt til å ta i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med øyeblikkelig hjelp menes at pasienten har lovmessig krav på inntak innen 24 timer etter henvisning. Akuttpsykiatrisk avdeling som institusjon kan beskrives som en institusjon hvor pasientene har mer eller mindre kontakt med omverdenen og begrensninger med hensyn til autonomi. Avdelingene har som regel en lukket skjermingsenhet og et såkalt åpent avsnitt. Den lukkede skjermingsenheten har kun noen få sengeplasser og med låst dør. Etter lov og forskrifter må det ved en skjermet enhet alltid være personal tilstede og tilgjengelig for pasienten. I det åpne avsnittet er pasientene ikke så dårlige at de må ha kontinuerlig tilsyn. Her er pasientene ”friske nok” til å tillegges mer autonomi, bevegelsesfrihet og kontakt med omverdenen enn tilfelle er ved skjermet avsnitt. I det åpne avsnittet kan også noen pasienter være såpass bra at de kan få lov til å gå ut på området og gis permisjoner. Klinikerens vurdering av risiko må dokumenteres i journalen.

Pasienter i skjermet enhet må skjermes på grunn av sikkerhet for seg selv eller andre eller som en del av behandlingen. Svarene i spørreskjemaene og intervjuene skiller til en viss grad dette, men ofte kan vedtaket gjelde begge forhold. I analysen er utgangspunktet skjerming som et tvangstiltak og svarene må ses i sammenheng med det. Pasienter i en skjermet enhet er mer eller mindre avskåret fra omverdenen. De har begrenset bevegelsesfrihet og autonomi. Der er ofte kontroll over pasienten sentralt.

Mye er forandret ved de psykiatriske institusjonene de siste årene. Med hensyn til pasienters begrensninger til omverdenen i en skjermet enhet kan Goffmanns (1961)¹³ klassiske beskrivelse av ”totale institusjoner” til en viss grad være gjeldende også i dag. For han definerer den totale institusjon som en formell hjelpeorganisasjon som: ”et system av bevisst koordinerende aktiviteter, som skal frembringe visse, nærmere angitte resultater. Det ønskende produkt kan være materielle gjenstander, tjenesteytelser, beslutninger eller opplysninger, og det kan fordeles blant deltagerne på forskjellige måter” og som en: ”Mur-avgrenset organisasjon (her lukket psykiatrisk institusjon) har karakteristiske trekk som ikke

¹³ Goffman (1967); *”Anstalt og menneske”*, s. 9, 12, 130-131. Jørgen Paludans Forlag, Dansk utgave

finnes hos så mange andre sosiale enheter: en del av individets forpliktelser ligger i til bestemte tider å være synlig engasjert i organisasjonens aktiviteter; dette innebærer en viss mobilisering av oppmerksomhet og legemlig innsats – man skal innordne seg under den forhåndsværende aktivitet” Videre beskriver han den totale institusjon ”som et oppholds- og arbeidssted hvor et større antall individer sammen fører en innelukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i en lengre periode” Den totale karakter ”symboliseres ved den barriere mot sosialt samspill eller interaksjon med omverdenen og mot det å kunne gå, når man vil, som ofte er direkte innebygget i institusjonen, f. eks. låste dører, høye murer, piggrådsgjerde, klipper, vanngraver, skoger etc.

3.4 Roller

Ansatte i psykiatrien har forskjellige roller med hensyn til ansvar og oppgaver. Repstad (1997)¹⁴ definerer rolle som: ”et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon”.

Ansatte innen psykisk helsevern har forskjellige roller. Med hensyn til vedtak om bruk av tvang har leger og personalet i enheten forskjellige roller og ansvar. I følge loven kan kun leger/psykiatere fatte vedtak om bruk av tvang, mens personalet i posten utfører tvangsvedtaket.

Pasientrollen er først og fremst en som trenger hjelp og behandling for sin psykiske lidelse. Den rollen pasienten har ovenfor behandlere kan variere. En pasient kan for eksempel være svært føyelig ovenfor ansatte for å få gunst og ekstra goder. På en måte kan en si at institusjonen og ansatte former pasientrollen.

3.4.1 Rolle og ansvar

Bruk av tvang medfører et stort ansvar for den som gjør vedtaket. Ansvar vil si å stå til rette for sine handlinger eller unnlattelse av handlinger. Det gjelder etisk, moralsk eller i juridisk forstand. Å stå til rette i juridisk forstand kan også berøre moral og etikk. I denne sammenhengen må en se på helsepersonellens ansvar ovenfor pasienter. Hummelvoll (2006)¹⁵ mener at før et samarbeid med pasienten starter, må det gjøres en avklaring av begge parter, rolle, ansvar og medansvar. Mennesker er i høy grad ansvarlig for sine valg og handlinger.

¹⁴ Repstad, P (1997); *Sosiologiske perspektiver for helse og sosialarbeidere*. S.49, Universitetsforlaget, Oslo

¹⁵ Hummelvoll, J.K. (2006); *Helt - ikke stykkevis og delt*. s. 43, Gyldendal Akademisk, Oslo

Han henviser til Frankl (1990)¹⁶ som sier: ”Å være menneske er å være ansvarlig”. Ofte er det ikke lett å se hva de enkelte handlinger medfører. Dette kan mange psykiatriske pasienter som søker hjelp ha. Ut i fra pasientens bevissthetsnivå og kapasitet må en løpende vurdere pasientens ansvarsfritak, medansvar og ansvar. Dette kan variere under behandlingsforløpet. Det er viktig å få pasienten til å se sine valgmuligheter i situasjoner som oppstår i livet og til å klare å møte de utfordringene ansvar medfører. Filosofen Kierkegaard (1813-1855)¹⁷ var opptatt av menneskets eksistens. Hvilke valgmuligheter og ansvar vi har gjennom livet. Han mente at mennesket må være seg selv og stå for egne valg og meninger. Ved å være som ”andre” ville en miste ”seg selv” (fremmedgjøring).

3.5 Maktbegrepet

Begrepet makt er sentralt i problematikken rundt bruk av tvangsmidler. Ansatte innen psykiatrien har en vesentlig maktposisjon i form av sin profesjon og kunnskaper. De forskjellige profesjonene har ulik legitimitet i henhold til lover og forskrifter. For eksempel har psykiatere lov til og være ansvarlig for bruk av tvangsmidler i henhold til lov om psykisk helsevern, leger kan sette pasienten på medikamentell behandling, sykepleiere kan dele ut medisinene og psykologspesialister kan i likhet med psykiatere stå som behandlingsansvarlige. Kunnskaper om psykiske lidelser og behandling er en maktfaktor med hensyn til at pasienten må ha tillit til at hun/han får profesjonell behandling. Pasienten har først og fremst kunnskaper om seg selv og opplevelsen av sin lidelse. Pasienter har også ofte skaffet seg fagkunnskap om psykiske lidelser, men som oftest ikke i samme grad som behandlere. Da begrepet makt er såpass sentralt innen psykiatri vil jeg belyse dette fra flere sider i henhold til litteratur på området. Teoriene om makt vil jeg trekke inn i analysen der det er relevant.

Sosiologen Robert A. Dahl (1957)¹⁸ definerer makt som ”A har makt over B i den grad han kan få B til å gjøre noe han ellers ikke ville ha gjort”. Han skiller mellom innflytelse og makt. Innflytelse mener han oppnås med svake virkningsmidler som for eksempel overtalelse eller argumentasjon, mens makt kommer av kraftigere virkemidler som for eksempel straff eller sanksjoner. Makt kan i dette perspektivet defineres som ”tvingende innflytelse”.

¹⁶ Frankel (1990). I Hummelvoll, J. K. (2006); *Helt - ikke stykkevis og delt*. s. 43, Gyldendal Akademisk, Oslo

¹⁷ Kierkegaard (1813 – 1855); I Pedersen, R. (2007); Kierkegaard og kunsten å hjelpe, *Tidskrift den Norske Legeforening*. Nr. 2: 127:209

¹⁸ Robert A. Dahl (1957); The concept of power, s. 202-203. *Behavior science* .

Lukes (2005)¹⁹ beskriver kvalitetene i maktbegrepet som tre forskjellige ansikter. Fokus for ansiktene beskriver han som:

One – Dimensional View of Power

Focus on:

- behavior
- decision-making
- (key) issues
- Observable (overt) conflict
- (subjective) interests, seen as policy preferences revealed by political participation

Bruk av tvang ovenfor en pasient har som regel utspring i pasientens uakseptable atferd og en åpen konflikt kan oppstå. Hvis konflikten er spørsmål om å forhindre fare for andre eller seg selv må en beslutte å bruke tvang i henhold til Lov om Psykisk Helsevern. Et eksempel kan være en psykotisk pasient som blamerer seg ved å kle seg naken i avdelingen. Det kan medføre et tvangsvedtak om skjerming fra omgivelser.

Two-Dimensional View of power

(qualified) critique of behavioral focus

Focus on:

- Decision-making and non-decision-making
- Issues and potential issues
- Observable (open or covert) conflict
- (subjective) interests, seen as policy preferences or grievances

Dette ansiktet handler om en usynlig makt. For eksempel har en akuttpsykiatrisk post sine husordensregler som pasienter må etterleve og personalet må følge de lover som gjelder med hensyn til behandling av pasienter og pasientrettigheter. Dette er forhold som ikke den enkelte har beslutningsmakt til å endre. Og det ligger en potensiell konflikt hvis en bryter en lov eller regel. Et annet eksempel er sosial stigmatisering av psykiatriske pasienter. I dette ligger det en

¹⁹ Lukes, S. (2005); *Power – a radical view*, s. 28-29. New York: Palgrave Macmillan

ikke observerbar makt i form av at den enkelte pasient ikke kan endre på folks syn og holdninger til psykiatriske pasienter generelt.

Thre-Dimensional View of power

Criticue of behavioral focus

Focus on:

- Decision-making and control over political agenda (not necessarily through decisions)
- Issues and potential issues
- Observable (overt or covert), and latent conflict
- Subjective and real interests

Denne dimensjonen handler om å påvirke personers tenkemåter. I psykiatrisk behandling vil behandling av pasienters tenkemåte ofte være sentralt. Men denne påvirkningen kan og er ment som få til en bedringsprosess og sånn sett være positiv. I negativ forstand kan påvirkningen fra behandler for eksempel være negativ hvis påvirkningen av en eller annen grunn gjør at pasienten mister tilliten til behandlingsopplegget.

3.6 Etske problemstillinger ved bruk av tvang i psykiatrien

Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter medfører i mange tilfeller store etske utfordringer. At personalet har et bevisst forhold til dette er viktig for at bruken av tvang skjer på en mest mulig human måte. Pasienter og personalet har alltid en relasjon til hverandre. Spesielt tett blir denne relasjonen nå personalet gjennomfører et tvangsvedtak. I denne sammenheng finner jeg filosofen Løgstrups (1997)²⁰ etske betraktninger omkring menneskers relasjoner til hverandre. Han mener at grunnvilkåret vi lever under som mennesker ikke kan endres, det vil si at den enes liv er forviklet med den andre. Med denne gjensidige avhengigheten medfører en fordring om ivaretagelse og omsorg av den andres liv som vi har i vår hånd. Det vil si at vi selv må finne den praktiske løsningen for denne problematikken. Løgstrup kaller dette ”den etske fordring”. Om denne etske fordringen mener han:

”-brydes som gennem prismen af alle de forkellige og egenartede relationer, hvori vi står til hinanden, som ægtefæller, forældre og børn, lærere og elever, arbejdsgjver og

²⁰ Løgstrup (1997); *Etske begreber og problemer*, s. 20-21. Gyldendal, København

arbejdere, eftersom de alle er former for det grundvilkår, hvoraf den etiske fordring får sit indhold”.

Som nevnt medfører bruk av tvangsmidler og skjerming en rekke etiske dilemmaer og utfordringer. Et etisk dilemma i denne sammenheng kan være når helsepersonellet må velge mellom pasientens autonomi og hensynet til velgjørenhet for pasienten. To sentrale begreper ved etiske dilemmaer er begrepene ”norm” og ”verdi”. For filosofen Tranøy (1994)²¹ står begrepet ”norm” sentralt innen normativ etikk. Normativ etikk er i følge Tranøy påbud, forbud, tillatelser og rettigheter som har med rett og urett, riktig og galt å gjøre. Normer er veiledende i forhold til å verne om egne etiske/moralske verdier. Tranøy beskriver begrepet ”verdier” ut i fra noe som har med godt og vondt, bra eller dårlig å gjøre. Moralske verdier kan utgjøre en type verdi blant mange andre verdier.

Mange problemstillinger må løses med skjønn, for eksempel opp mot lovverk, menneskerettigheter eller egne etiske verdier. Og det kan være vanskelig å forholde seg til kollegaer som bryter loven eller etiske normer i forbindelse med tvangsmiddelbruk. Skal en være illojal ovenfor kollegaen og ta kontakt med ledelsen eller snakke med vedkommende selv. Og hva med pasienten? Dette er avveininger som kan være vanskelig å bedømme. I mange tilfeller ligger episoder i grenseland med hensyn til uetisk atferd eller lover og regler. Ved denne problematikken kan Løgstrups ”etiske fordring” stå sentralt med hensyn til at vi selv må finne den praktiske løsningen. Og vi er involvert i både kollegaens liv, pasientens liv og ansvarlig leder for avdelingen. En må også ta i betraktning konsekvenser for valget en tar og hvilke verdier og normer som en har tatt til seg.

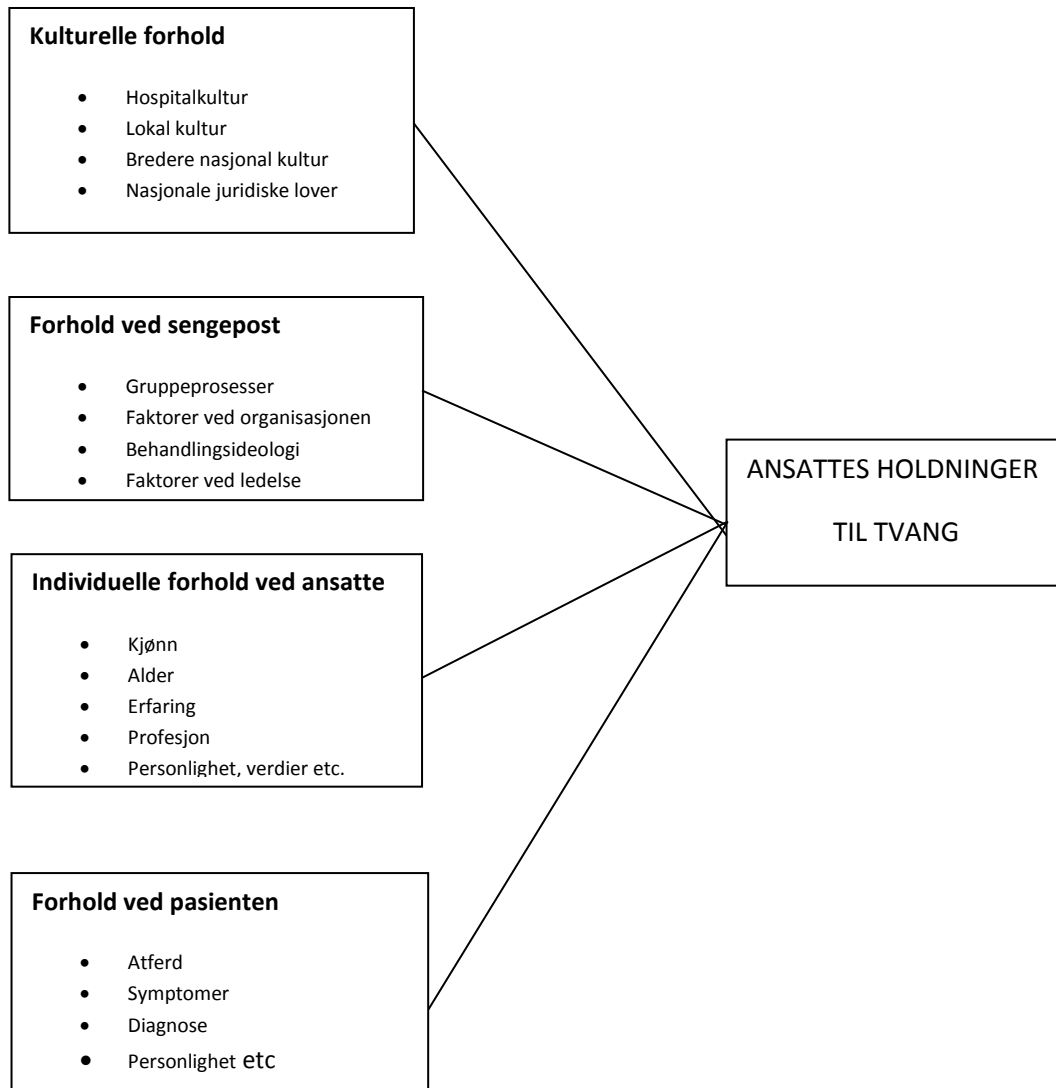
Bruk av tvangsmidler vil imidlertid alltid ha et etisk aspekt. Noen ganger er det helt klart at bruk av tvangsmiddel i en situasjon er etisk akseptabelt. For å forhindre pasienten i å skade seg selv eller andre alvorlig vil det være uetisk å ikke gripe inn. Å redde en person fra alvorlig skade er en god handling.

3.6.1 Holdninger til bruk av tvang

Personalets holdninger er viktig for etisk akseptabel tvangsbruk. Det er en utfordring for personalet å utvikle positive holdninger til pasientene. I en akuttavdeling skjer det ofte aggressive og voldelige episoder. Det er menneskelig å ikke bli påvirket av dette over tid. Det

²¹ Tranøy, K. E. (1994); *Medisinsk etikk i vår tid*. S. 22. Sigma Forlag, Bergen

finnes også mange andre forhold som kan påvirke ansattes holdninger. Husum (2011)²² har synliggjort dette i denne figuren:



Som en ser av figuren er det flere forhold både ved personalet og pasienten som påvirker ansattes holdninger. Kulturelle forhold i en akuttavdeling vil historikken innen psykiatribehandling i Norge til en viss grad også prege psykiatribehandling i dag. For eksempel å behandle pasienter med medisiner, skjerme dårlige pasienter i lukket avsnitt, profesjoners rolle i organisasjonen med mer. En akuttpsykiatrisk avdeling vil også kulturelt skille seg fra en åpen psykiatrisk avdeling med åpen dør hvor pasientene som regel er innlagt over lengre periode. Både pasienter og personalet har sine personlighetstrekk. Et mannlig personal kan for eksempel opptre mer regelorientert mens et kvinnelig personal har mer fokus på omsorg (ikke generelt). Livserfaring og erfaring i faget betyr også en del for hvilken tilnærming en har til pasientbehandlingen. Lang faglig erfaring kan være med på å gi

²² Husum (2011); *Staffs attitudes of coercion in acute psychiatric wards in Norway*.s.28.Doktorgradsavhandling Universitetet i Oslo.

pasienten mer profesjonell faglig hjelp og lang livserfaring kan gi god menneskekunnskap. Profesjoner kan ved sine respektive faglige roller utvikle forskjellige holdninger, bevisst eller ubevisst. Enkelte leger som er vant til å foreskrive medisiner vil kanskje ha bedre tro på virkningen av disse enn en sykepleier som ofte observerer negative bivirkninger i nær kontakt med pasienter. Alle mennesker har i mer eller mindre grad forskjellig personlighet. Det gjelder både pasienter og personalet i en akuttpsykiatrisk avdeling. Noen kan for eksempel være utadvendte mens andre kan mer innadvendte. Mange pasienter kan ha en særegen personlighet på grunn av sin lidelse, for eksempel lav frustrasjonsterskel, unormalt konforme, sosialt engstelige med mer.

3.6.1.1 Historisk utvikling av kulturelle normer og verdier

Psykiatriske sykehus og behandling av psykiatriske pasienter har en historie bak seg. I denne sammenheng vil jeg trekke inn begrepet «stivhengighet». Med stivhengighet menes utviklingen av kulturelle verdier og normer fra oppstart av en organisasjon til nåtiden. Denne utviklingen vil da forme og prege organisasjonen med årene. Noe av kulturen vil forandre seg og noe vil bli værende. Forandringen og det bestående kan ha positive eller negative sider. (Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik 2009).²³

Kulturelle verdier og normer er en sentral del med hensyn til hvordan psykiatriske pasienter behandles. I korte trekk vil jeg beskrive den historiske utviklingen innen psykiatrifeltet. Først fra begynnelsen av 1800 tallet begynte en å se på psykiatriske pasienter som lidende mennesker som trengte behandling og omsorg i medisinsk forstand. Men fremdeles bar psykiatrien preg av kontroll, moral og voktersystem. I Europa og USA ble det opprettet psykiatriske sykehus, der i blant Norge.

Sindsykeloven ble opprettet i 1848 og det første psykiatriske sykehuset i Norge, Gaustad sykehus, ble opprettet i 1852 etter initiativ fra Herman Wedel Major (1814 – 54).

Sindsykeloven skulle ivareta at pasientenes rettigheter og ga et grunnlag for senere lovgivning. Etter hvert ble psykiatri et fag og på 1900 tallet ble det utviklet et diagnosesystem og forskjellige behandlingsformer som psykoterapi, miljøterapi, arbeidsterapi m.fl. Omsorg har hele tiden vært en del av behandlingen, men mange etisk uakseptable metoder ble etter hvert brukt, som lobotomering, kalde bad, uakseptabel isolasjon mm. På 1950 tallet ble det lansert en medisin som skulle gjøre psykotiske pasienter bedre, såkalt nevroleptika. Flere og

²³ Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G., Røvik, K., A. (2009); Organisasjonsteori fra offentlig sektor, s.62. Universitetsforlaget, Oslo.

flere medisiner mot psykiske lidelser har kommet med årene og er i dag en sentral del i psykiatrisk behandling. Bruk av medisiner er omdiskutert i fagmiljøet ettersom hvilken behandlingsideologi en har. I dag har faget og kulturen utviklet seg i positiv retning, men det gjenstår ennå mye som kan forbedres.

4 Bruk av tvangsmidler og konsekvenser for arbeidsmiljøet

Innen akuttpsykiatrien vil det være innlagte pasienter med ulike psykiske lidelser. Når en pasient er innlagt er han/hun svært dårlig og trenger akutt hjelp. Terskelen er høy for å bli innlagt, som oftest er pasienten til fare for seg selv eller andre, klarer ikke å ivareta basale behov eller har selvmordsproblematikk. Å forholde seg til dette over tid kan være meget belastende og utfordrende, selv for de som har arbeidet med problematikken i mange år. I følge Arbeidstilsynet (2009)²⁴ oppgir voldsrammede arbeidstakere hyppigere enn ikke voldsrammede arbeidstakere følgende organisatoriske arbeidsbetingelser:

- Høye kvantitative krav, det vil si tidspress, arbeidstempo og overtidsarbeid
- Beslutningskrav, det vil si når arbeidet krever at man tar hurtige og kompliserte beslutninger
- Læringskrav, det vil si når arbeidsoppgavene krever kunnskap og ferdigheter man ikke har
- Rollekonflikter, det vil si når man får oppgaver uten nødvendige ressurser til å utføre disse, eller når man utfører arbeidet på en annen måte enn det andre mener
- Manglende forutsigbarhet i arbeidet, uvisshet, engstelse og utrygghet på arbeidsplassen

Av egen arbeidserfaring oppfyller alle disse arbeidsbetingelsene innen akuttpsykiatrien.

De fleste som jobber innen akuttpsykiatri vet hvor krevende det er og tar disse utfordringene som en del av jobben. Men en grense går det for hvor mye belastninger en kan tåle. Det å bli utsatt for vold, aggresjon og trusler er en belastning som ikke er til å unngå innen akuttpsykiatri. En av de mest utsatte arbeidsplassene for dette er blant annet psykiatriske institusjoner (Arbeidstilsynet 2009)²⁵

En arbeidsplass med denne problematikken krever at en sikrer et arbeidsmiljø som ivaretar ansatte. I følge arbeidsmiljøloven § 4-3 skal arbeidstaker ”så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre”. Et hovedansvar for å følge opp denne lovparagrafen har arbeidsgiver hvor ledelsen har en nøkkelrolle i å legge til rette for et best mulig arbeidsmiljø.

²⁴ Arbeidstilsynets publikasjoner (2009); *Vold og trusler på arbeidsplassen*, nr 597. s. 9,10

²⁵ Arbeidstilsynets publikasjoner (2009); *Vold og trusler på arbeidsplassen*, nr 597. s.5

Det vil være urealistisk å gå ut i fra at slike episoder kan forbygges helt. Men mye kan gjøres i så henseende. Som tidligere nevnt har det fysiske miljøet i avdelingen betydning. Som at gjenstander som kan brukes som våpen, for eksempel litt store vaser eller kjøkkenkniver, ikke er tilgjengelig. Det er viktig at personalet har kunnskaper og trening med å møte aggressive pasienter. At dette gjøres på en profesjonell måte kan bidra til at episoden ikke eskalerer til utagering med vold. Ved mottagelse av nye pasienter må en kartlegge voldsrisiko. Dette kan gjøres ved bruk av kliniske kartleggingsverktøy (Avkryssingsskjemaer som kan antyde voldelighet), klinisk skjønn og opplysninger om eventuelle tidligere voldsepisoder. Er disse forholdene på plass vil det være både en trykghetsfaktor og forebygging.

Stadig å bli utsatt for aggresjon og voldsepisoder over tid er svært belastende. Det samme gjelder å forholde seg til selvmordsproblematikk. Etter episoder med aggresjon og vold eller selvmordsforsøk/selv mord i enheten er det viktig med en grundig debriefing og gjennomgang i etterkant. Det er viktig at personalet får lagt episodene bak seg så raskt som mulig. Hvis en ikke får bearbeidet hendelsene og bærer på traumene videre kan det i verste fall føre til psykisk kollaps etter hvert med sykemelding. Sannsynligvis vil personen ikke holde ut jobben i særlig lang tid etterpå. Torp, Grimsmo & Bredrup (2010)²⁶ har gjort en studie omkring psykososiale arbeidsfaktorer og psykiatriske sykepleieres helse. De fant at sosial støtte var avgjørende for å klare å stå i vanskelige situasjoner, oppleve mestring, gjøre en god jobb og ivareta egen helse.

En akuttpsykiatrisk avdeling er en belastende arbeidsplass med hensyn til både å bli utsatt for aggresjon, vold, trusler og det å måtte gjennomføre et tvangsmiddelvedtak. Episoder hvor en blir utsatt for vold kan gi både fysisk skade og traumer. Verbal aggresjon og trusler er psykisk belastende og kan over tid også gi traumer. Å gjennomføre et tvangsmiddelvedtak kan også oppleves belastende. Dette er en handling som strider mot ens naturlige forhold til andre mennesker. Spesielt vanskelig kan det være når gjennomføringen er i et etisk grenseland og dilemma. Personalet er mennesker og ikke feilfrie. Det kunne rett og slett være en feil beslutning. Spørsmål en ofte kan stille seg ved denne problematikken i etterkant kan være om dette var en riktig etisk beslutning, kunne noe vært gjort annerledes, var det egentlig nødvendig, kunne det være andre løsninger, kunne gjennomføringen være mer skånsom, hvordan kan jeg oppnå tilliten igjen ovenfor pasienten med mer? Spørsmål som ofte kan

²⁶ Torp, S. Grimsmo, A. & Bredrup, O.J. (2010); How Positive Psychosocial Work factor may Promote Self – Efficacy and. Mental Health among Psychiatric Nurse. *The International Journal of Mental Health Promotion*. 12(1) s.18.

vekke skyldfølelse, riktige eller gale beslutninger. Stadig skyldfølelse over tid er psykisk belastende.

Disse psykiske og fysiske belastningene kan vedvare i kortere eller lengre tid. Belastning over tid kan i verste fall føre til sykmelding og uførhet. En annen side er trivsel på arbeidsplassen. Det er mange faglige interessante oppgaver i akuttpsykiatri. Som regel finnes det også et godt miljø i avdelingen. Men blir belastningene for store kan det overskygge det positive ved å jobbe innen akuttpsykiatri.

Et annet begrep som er sentralt både for pasientbehandlingen og personalets arbeidssituasjon er ”empowerment”. Thesen & Malterud (2006)²⁷ definerer empowerment som ”å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt nøytralisere krefter som bevirker avmakt”. For hjelper er det viktig å fremme dette i samhandling med pasienter for at de skal bli bedre og beholde helsen. At de kan bli i stand til å ivareta egne behov, løse sine problemer og hente fra egne ressurser slik at de kan oppleve å ha kontroll over livet sitt. Vatne (2006)²⁸ på peker videre at ”dersom en profesjonell hjelper skal samhandle med pasientene på en måte som virker myndiggjørende, så må hjelperne selv være både kyndige og myndige. Myndiggjøring innebærer at en kan bruke makt når en vurderer at det er nødvendig, samt dele makt med andre, altså gi fra seg makt”.

Cheryl H. Gibson²⁹ (1991) beskriver empowerment i et helseperspektiv som :

In a broad sense, empowerment is a process of helping people to assert control over the factors which affect their lives. This process encompasses both the individual's responsibility in health care and the broader institutional organized or social responsibilities in enabling people to assume responsibility for their own health.

(Gibson 1991, s. 354)

Om en lykkes med empowerment som støttende tiltak for ansatte (for eksempel i veiledningstimer) kan de stå bedre rustet til å møte problematikken rundt bruk av tvang. I pasientbehandlingen kan det redusere avmakt og være en tilfriskende faktor. På den måten kan det være forebyggende med hensyn til bruk av tvang.

²⁷ Thesen, J. & Malterud, K. (2001); Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidskrift for Den Norske Legerforening*. Nr 12: 126:1624-8

²⁸ Vatne, S. (2006); Korrigere og anerkjenne –relasjonen betydning I miljøterapi, 205. Gyldendal Akademisk, Oslo

²⁹ Gibson (1991); A concept analyses of empowerment, *Journal of Advanced Nursing* 16, s. 354

Walsh & Clarke (2003)³⁰ fant i en studie at den subjektive opplevelsen av episodene betød mer enn den objektive hendelsen med hensyn til post-traumatisering. En studie gjort av Corney (2008)³¹ fant at sykepleierne på grunn av skam og skyld etter episoden vegret seg i å fortelle om hendelsen og dermed ikke søkte om hjelp. Agervold & Andersen (2006)³² gjorde en studie omkring forekomst og virkning av vold mot personal og deres oppfattelse av det psykososiale miljøet. De sammenlignet ansatte ved 6 boliger for psykisk utviklingshemmede. De institusjonene med høy arbeidsrelatert vold bar preg av at ansatte opplevde høyt arbeidspress, vanskeligere oppgaver, mindre rolle klarhet og dårligere sosialt miljø.

³⁰ Walsh & Clarke (2003); I Glasø, Lars, L., Birkeland Nielsen, M., Einarsen S., Haugland K., Berge Matthiesen S. (2009). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(2) s. 160

³¹ Corney, B. (2008); Aggression in workplace: a study of horizontal violence utilizing Heideggerian hermeneutic phenomenology. *J Health Organ Manag.* 22(2): S.164.

³² Agervold, M. & Andersen, L. P. (2006); Incidence and impact of violence against staff on their perceptions of the psychosocial work environment. *Nordic Psychologi* 58(3) s. 232.

Kapittel 5. Analyse av resultater

5.1 Innledende betraktninger om bruk av tvang

Som innledningsvis nevnt har det i de senere årene vært stort fokus på bruk av tvang innen psykiatri i Norge, både i presse, fagmiljøene og blant myndigheter. Mye av fokuset er kommet fram grunnet mange uheldige historier om pasienter som har blitt utsatt for tvilsom og traumatisk tvangsbruk. Tvangsbruk har ofte vanskelige etiske utfordringer. Ved spontan utagering har en kort tid for å ta en beslutning. Selv om så å si alle som jobber innen psykiatri vil pasientene alt godt. Hvis avgjørelser i etterkant viser seg å være mer eller mindre uakseptabelt er det andre grunner og omstendigheter som fører til dette. Det kan for eksempel være lav faglig kompetanse, uforstand eller angst. Dette kan ha utviklet seg til en kultur som rommer lite refleksjoner over problematikken og usikkerhet blant de ansatte. Er det en kultur blant ledelsen, som for eksempel at de ikke innser viktigheten av å gi de ansatte muligheter til å øve seg i selve bruken av tvangsmidler, sørge for nok bemanning og ressurser eller gi ansatte muligheter for faglig utvikling, kan det lett føre til uakseptable episoder ved bruk av tvang.

5.2 Analysebeskrivelse

Som beskrevet i metodekapittelet ble det brukt to spørreskjemaer og et halvstrukturert intervju av fem sjefer. I intervjuene med sjefene var de fleste spørsmålene ikke rettet mot spørsmålene i spørreskjemaene, men det var naturlig at noen berørte spørsmålene allikevel. Som nevnt, vil jeg i metodekapittelet dele inn spørreskjema 1 etter Husums tre kategorier.

1. Tvang som krenkelse – kritisk bruk av tvang
2. Tvang som omsorg og sikkerhet
3. Tvang som behandling

Dette synes også jeg var en grei måte å sortere svarene på og vil bruke den samme inndelingen og analysere opp mot disse. Ved å dele inn i disse kategoriene blir det enklere å få oversikt og det letter analysearbeidet. Svaret på spørsmålene dreier seg om hvilke synspunkter en har. Men spørsmålene i seg selv handler om utfordringer. Derfor vil spørsmålene diskuteres opp i mot både synspunkter og utfordringer.

Spørreskjema 2, som jeg selv har utarbeidet er det spurt om andre forhold rundt problematikken. Disse forholdene kan være utfordrende å forholde seg til i arbeidet i en akuttavdeling med en del bruk av tvang. Områder som berøres i dette spørreskjemaet er i korte trekk:

- Omgivelser
- Lovverk
- Klage til kontrollkommisjon
- Opplæring i å håndtere gjennomføring av vedtak
- Ansvarsfordeling ved vedtak
- Innflytelse ut i fra egne meninger
- Håndtering av vedtak
- Ethiske dilemmaer

Mange av svarene berører hverandre. Slike svar kan derfor bli diskutert flere steder hvor tema er relevant. Disse spørsmålene er i hovedsak rettet mot utfordringer.

Hvert spørsmål i begge spørreskjemaene diskuteres opp i mot synspunkter og utfordringer.

5.3 Tvang som krenkende – kritisk bruk av tvang

Dette er første kategori i spørreskjema nr 1. Den omfatter 5 spørsmål omkring bruk tvang. Her spørres det om behandlingsrelasjon, om det er en fallitterklæring for psykiatrien, om tvang gir nye krenkelser, for mye tvangsbruk i behandlingen og om det kunne vært unngått med tid og samtaler.

5.3.1 Tvang og behandlingsrelasjon

Flertallet var enig i at behandlingsrelasjonen kunne bli ødelagt ved tvang. En forholdsvis stor andel var uenig eller nøytral. Svarene fra ansatte på dette i spørreskjema svarte 7 svært uenig, 3 uenig, 14 svarte nøytral, 18 svarte enig og 3 svært enig. Det er påfallende at ved dette spørsmålet svarte hele 12 personer nøytral. Det kan ha sine grunner, men dette kommer ikke fram. En forklaring kan være er hvor mye erfaring en har med pasienter som har vært utsatt for tvang. Videre vil jeg diskutere at det er flere sider ved denne problematikken.

For å få til et tilfredsstillende behandlingsforløp er relasjonen til pasienten avgjørende for behandling og tilfriskning fremover. Pasienten må kunne oppleve at relasjonen bærer preg av

respekt, forståelse og det å bli hørt på og trodd (Karlsen 2011) ³³ Dette vil naturligvis være en stor utfordring ved bruk av tvang fordi pasienten ikke er enig i tiltaket. Det er ikke vanskelig å tenke seg at unødvendig og/eller bruk av tvangsmidler ofte fører til liten tillit til behandlere og miljøpersonell, noe som er en forutsetning for en god relasjon. Men ofte er det slik at for å ivareta pasienten og omgivelser i en utageringssituasjon er det nødvendig (når andre alternativer ikke mulig) å bruke tvangsmidler. Ved slike situasjoner vil mange pasienter føle krenkelse der og da. Hvis pasienten da ikke er enig at bruken var nødvendig kan det ta lang tid før pasienten innser nødvendigheten og/eller bearbeider opplevelsen. Å få til tillit og en behandlingsrelasjon i ettertid kan være en stor utfordring.

Naturligvis har en svart ut i fra en formening om spørsmålet. Men oppfatningen av spørsmålet kan variere fra person til person. For eksempel kan de som svarte enig ha erfart dårlig relasjon til pasienter etter tvangsbruk, mens de som er uenig eller er nøytrale i samme grad ikke har disse erfaringene. Eller har det kan ha med faglig kompetanse å gjøre, at de er mer profesjonelle enn ufaglærte og derfor klarer å opprettholde relasjonen til pasienten. En kan vel også ta i betraktning at en kan tenke seg til at det er en naturlig konsekvens av det å gjøre et såpass alvorlig inngrep mot pasientens vilje. Men i mange tilfeller kan bruk av tvang rettferdiggjøres selv om pasienten opplever det krenkende. Det kan for eksempel være ved grov vold, alvorlig selvskading eller alvorlige trusler. Stopper ikke personalet slike episoder kan det få betraktelige konsekvenser for pasienten og /eller personalet.

I intervjuene og kommentarene kommer det fram at tvang også kan ha positive sider og dermed kan være akseptabelt. Et miljøpersonell kommenterte at ”tvang kan i noen tilfeller skade behandlingsrelasjonen – men det er ingen automatikk i dette”.

En sjefsier:

”mange ganger når vi var nødt til å bruke tvangsmidler, når pasienten hadde kommet seg så fikk vi ofte tilbakemelding på det at de da så det som positivt, ble jeg nesten overrasket selv, for det kunne være nokså basketakaktig”.

Videre i intervjuet sier informantene også at:

”når vi [med pasienten] fikk snakke om det...det lærte meg en god del om at når pasientene på en måte hadde mistet styringa så var det godt noen andre tok kontroll...men jeg hadde tre sånne episoder som jeg husker veldig godt der vi fikk klar tilbakemelding....vi trengte ikke holde de så hardt i armer og bein vi var litt

³³ Andersen, J. W. & Karlson, B. E. (redaktør) (2011); *Variasjon og dialog*, Karlson, B.E., *Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv*, Kapittel 14 s. 137. Universitetsforlaget, Oslo

hardhendte, ikke stygge, men litt hardhendte når vi skulle sette sprøyte på pasienten...at vi holdt de så hardt.... at vi [referer pasient] ikke klarte å si at ja, nå er det greit å sette sprøyta” .

En annen sjef sier:

”vi har noen opplevelser der pasienten også i etterkant har sagt at dette trengte jeg, det var godt, fordi jeg var så oppløst i psykose, så det var samlende... så er det også folk [pasienter] som har erfaring i å ligge i belter og kan huske det og som ikke er så dårlige at vi kan prate om det.... at hvis vi går til det skrittet, at jeg mister kontrollen, så veit jeg at det skjer”.

En tredje sjef sier:

” hvis vi fikk til å ha ganske få ansatte omkring pasienten, så tror jeg stort sett alltid at det var god tilbakemelding fra pasienten...så etter en uke eller to, når pasienten var kommet seg, så fikk vi ofte tilbakemelding på det at de synes det var positivt...det lærte meg en god del om at når pasienten på en måte hadde mistet styring så var det godt at noen andre tok kontroll...at det var veldig mange pasienter som også tok opp med oss på slutten av innleggelsen hvor ”nødvendig”, der de faktisk kom med den selv erkjennelsen, hadde vi ikke gjort dette så ville det bare ha eskalert videre og videre... en bekymring jeg hadde, at hvis det var brukt tvangsmidler sist”.

Disse uttalelsene sier noe om at pasienter i noen tilfeller opplever at tvangsbruken var nødvendig og med hensyn til at adferden ikke fikk katastrofale konsekvenser. Personalet syntes da naturlig nok at tvangstiltaket var rettmessig og etisk forsvarlig. At det var få ansatte omkring pasienten kan muligens ha å gjøre med det gjorde det lettere å forholde seg til personalet og mindre provoserende.

Tillit er viktig for å få til og opprettholde en god behandlingsrelasjon.

En sjef uttalte:

”Åssen klarer vi å bygge tillit til en pasient da... de gangene vi hadde fått til dette på en nogenlunde ålreit måte så satt det ganske mye trygghet, sånn mellom oss og pasienten. Det var en positiv opplevelse”.

Dette kan indikere på at tvangsbruken var gjort på en skånsom måte, og som nevnt ovenfor, at pasienten var enig at tiltaket var nødvendig. Da vil også forutsetningene for å få til et tillitsforhold videre i behandlingsforløpet være til stede. Utsagnet sier også noe om at det er

viktig at ansatte får mulighet for å trene på slike situasjoner. Når en først må ta det skrittet å utføre tvangsvedtaket må det gjøres på en mest mulig skånsom måte for pasienten. Da vil muligheten for å bygge opp tilliten til pasienten bli bedre. Er mange av de ansatte usikre i slike situasjoner kan denne usikkerheten også prege miljøet i enheten generelt. Mange kan gå på ”tå hev” fordi de ikke har klart for seg hvordan de skal mestre en pasients utagering. Dette kan føre til mer behov for kontroll på bekostning av behandlingsopplegget.

En annen sjef uttalte:

”hvis jeg var med i innkomsten og hadde vært med i noen timer så skal jeg ikke ”backe” ut i tvangssituasjoner, men må være tilstede med ”hele meg”. Det tror jeg betyr noe for pasientens forløp videre”.

Dette utsagnet bekrefter også viktigheten av å være trygg i situasjoner hvor tvangsvedtak må gjennomføres. Trygghet gjør en mer sikker i utførelsen og dermed klare å utføre tiltaket mest mulig skånsomt. Usikkerhet kan pasienten overføres til pasienten utførelsen av tvangsvedtaket gjør pasienten mer utrygg enn nødvendig.

Dialog med pasienten i ettertid er en viktig forutsetning for å få til en god relasjon i etterkant.

En sjef uttalte:

”pasienten må få en type debrifing i etterkant der hvor pasienten er samlet nok til å ta i mot det, at vi snakker med pasienten om det, det opplever jeg at de aller fleste setter veldig pris på og en stor del av pasientene våre kan også si i etterkant at de kan forstå hvorfor det ble gjort”.

En annen sjef uttalte:

”men når situasjonen på en måte har roet seg og kan ta noe helt klart læring av det...kan du snakke med pasienten om det her, hva skjedde, og hva var det som gjorde at du gjorde det og det, det kan være at et personale som han var veldig paranoid på, det kan være noe med rommet... det kan være så mangt...vi har pasienter som absolutt vil være på skjerming, vi har og pasienter som absolutt ikke vil være der.”

Disse to uttalelsene sier noe om pasientens behov for debrifing og hvor viktig det er med dialog omkring hendelsen i etterkant. At pasienten blir utsatt for tvang kan være svært traumatisk for noen. En kan stille spørsmål om pasienter som ofte blir utsatt for tvangsvedtak

kan gi psykiske problemer ved siden av det han har fra før. Det er viktig å ta dette i betraktning videre i behandlingsrelasjonen. Det vil være en utfordring.

5.3.1.1 Litteratur rundt problematikken

For å synliggjøre noen av utfordringene personalet står i når pasienter får et tvangsvedtak om å måtte oppholde seg på en skjermet enhet vil jeg vise til noen kvalitative studier som er gjort. Det kommer fram i disse mange negative tilbakemeldinger i disse studiene. Flere av de negative tilbakemeldingene fra pasienter i disse studiene er alvorlige og vil medføre store utfordringer i å bygge en god terapeutisk relasjon.

Funn i studier viser også at enkelte pasienter kan oppleve bruk av tvang som positivt, men disse var som regel i mindretall. Norvoll (2007)³⁴ gjorde en kvalitativ studie om skjerming av pasienter ved to akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. I intervjuer fortalte flere av pasientene at de opplevde skjerming som både positivt og negativt, men kun 4-5 pasienter opplevde skjermingen som entydig positivt.

Norvoll, Hatling, Hem (SINTEF Helse 2006)³⁵ utførte et prosjekt som omfattet flere akuttavdelinger i Norge omkring bruk av tvang i akuttpsykiatri. I studien ble både pasienter og personal intervjuet. I intervjuer med personalet mente flere at innestengingen bidro til økt uro og konfliktnivå mellom pasientene og personalet.

I SINTEF prosjektet (2008)³⁶ kom det også fram at både personalet og pasientene opplevde aktivitet som positivt i løpet av skjermingsperioden. Det kan variere hvilke aktiviteter som kan ha en positiv effekt og derfor må en bruke godt faglig skjønn.

Holte (2003)³⁷ påpeker følgende forhold for å balansere aktivitetene opp mot pasientenes behov for stimulusbegrensning og beskyttelsesbehov:

- Pasienten bør alltid delta i planleggingen og utformingen av dagen sin, og en bør være tilstrebe å inkludere hans gode forslag i dagsplanen.
- Hver dag bør inkludere en mulighet for pasienten å komme ut av skjermingsenheten, enten i et skjermet utemiljø eller ute i naturen.

³⁴ Norvoll, R. (2007); Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. (Doktorgradsavhandling). Oslo. Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, s.165.

³⁵ Norvoll, R, Hatling, T. & Hem, K. G. (2008) SINTEF rapport A 8450, Brukerorientert alternativer til tvang i sykehus, s. 53

³⁶ Norvoll, R, Hatling, T. & Hem, K. G. (2008) SINTEF rapport A 8450, Brukerorientert alternativer til tvang i sykehus, s. 54.

³⁷ Holte, S. (2003); *Utvikling av en begrunnet praksis*. I Hummelvoll, J. K. (redaktør) *Kunnskapsdannelse i praksis*. Kapittel 6, s. 143-144.

- Dagen vil alltid inneholde ulike former for sosial aktivitet som er tilpasset pasientens dagsform og ønsker.
- Dagen bør inkludere ulike former for sosial aktivitet, en-til-en samtaler med primærkontakt eller deltagelse i et mindre fellesskap.
- Dagen bør inkludere tiltak som opprettholder forbindelsen med hjemmet eller eget nettverk gjennom besøk/hjemmebesøk.
- Dagsplanen bør inkludere en mulighet for pasienten til å trekke seg tilbake og beskytte seg mot sosial eksponering, enten alene i et ”stillerom” eller på soverommet. Dette må selvsagt avstemmes opp mot pasientens sikkerhet.
- Dagsplanen bør inkludere et daglig besøk av behandler eller primærkontakt med tilbud om strukturert(e) samtal(r).
- Det bør legges til rette aktiviteter som tar hensyn til pasientens behov for å uttrykke seg - skrive, male, male, forme, musisere – i samarbeid med kyndig personale.

(Holte 2003, s. 143-44)

Å få til disse punktene (så godt det lar seg gjøre) kan bidra til at en god relasjon til pasienten blir lettere å beholde framover eller bygge opp.

I studien til Norvoll kom det flere negative tilbakemeldingene som gikk på at pasientene følte avmakt og krenkelse ved å måtte være på skjermet avsnitt. Straff, innesperring, ”buret inne”, sitte på glattcelle, å være i varetekt eller behandlet som kriminell var noen begreper Flere pasienter opplevde også at den fysiske innesperringen forsterket sin uro og angst som førte til paniske og urolige reaksjoner. Andre fortalte at skjermingen førte til at de ble lei seg og begynte å gråte. I en upublisert studie ved den ene akutteneheten ble 29 pasienter intervjuet om opplevelsen av å bli skjermet (Myhrer 1993)³⁸. Mange av tilbakemeldingene fra pasientene samsvarer med funnene i Norvolls studie. I studien til Myhrer kom det fram både negative og positive tilbakemeldinger om opplevelsen. De negative tilbakemeldingene som ble nevnt var: for streng gjennomføring, for rigide regler som gjorde at noen opplevde oppholdet som ”for militært”, for mange personer å forholde seg til, og en smertefull følelse av å være innestengt og å bli snakket til som et lite barn. For personalet førte pasientenes negative opplevelse til et dilemma med hensyn til å ha en omsorgsfull og tillitsskapende relasjon til pasientene. På den ene siden skulle de ha en god relasjon til pasienten samtidig som de var nødt til å forholde seg

³⁸ Myhrer (1993). Pasienters erfaring med skjerming i et psykiatrisk sykehus – akuttpost. (Intern undersøkelse). Svar spørreskjema nr 11 og 12

til skjermingsregimet og husordensregler som pasienten ikke var enig i. Dette kunne føre til konflikter og å være ødeleggende for pasientens fremtidig behandling og relasjon. Aggressive episoder kunne også oppstå. Noen pasienter kan se i ettertid, når de har blitt friskere, at det var nødvendig å bruke tvang, for eksempel når pasienten er psykotisk uten realitetssans, utagering som kunne eskalert eller etter suicidforsøk.

Rogan (2011)³⁹ påpeker at bruk av belter, skjerming, låste dører eller tvangsmedisinering, ”er de signaler dette gir både til pasienter og samfunnet generelt”. De blir på en måte stigmatisert som farlige som må isoleres fra samfunnet i perioder og gir et inntrykk av at psykiatriske pasienter er annerledes eller ”unormale”.

Gamme (2009)⁴⁰ har gjort en kvalitativ studie omkring skjerming. En del brukere fortalte at det ikke skjedde noe i skjermingsperioden. Aktivitet gjorde at de fikk hvile fra forferdelige tanker og at det også kunne øke selvfølelsen. Et av sykehusene som deltok i studien innførte ”mer utetid” og mer deltagelse i behandlingen. Det viste seg at pasienter ble mer fornøyde med oppholdet.

Mange av disse tilbakemeldingene samsvarer også med studien til Myhrer. Her kom det fram en del positive tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene var: trygghet, ved at personalet var der hele tiden, en fast nærkontakt å prate med i personalgruppen, ro og god tid til å tenke seg om, og god hjelp til å dekke sine behov. På spørsmål om hva personalet kunne gjøre for at skjermingsoppholdet skulle bli bedre var tilbakemeldingene at: de burde være mer fleksible, ta mer hensyn til den enkelte pasient der og da, beskytte pasientene mot for mange ulike ansatte og gi pasientene mer fast oppfølging fra kjent personale. Det er utvilsomt at hvis personalet prøver så godt det lar seg gjøre å etterleve disse tilbakemeldingene vil det styrke samhandlingen positivt.

5.3.1.2 Konklusjon

Bruk av tvang er en utfordring for å få til/beholde en god relasjon til pasienten. For å få til en god relasjon til pasienten er det viktig at personalet viser respekt, forståelse og at pasienten opplever å bli hørt og trodd på så godt det lar seg gjøre. De fleste pasienter opplever tvang som negativt. Men noen kan oppleve det som positivt hvis de i ettertid ser at det var nødvendig for å hindre vesentlig skade eller opplever trygget ved å bli skjermet fra omgivelsene. Det er viktig at ansatte får trening i å håndtere konflikter og øve praktisk på å

³⁹ Rogan (2011); I Anderson, A. J., *Variasjon og dialog – perspektiver på psykisk helsearbeid*, Kapittel 27, s. 238.

⁴⁰ Gamme (2009). Skjerming og brukervedvirkning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* S. 247

gjennomføre et tvangsmiddelvedtak. At ansatte som involveres i episoder får tilbud om en debrifing i etterkant er viktig for å forebygge traumer i ettertid og kunne være trygg i arbeidet framover. Noe påfallende er at såpass mange svarte nøytral på dette viktige spørsmålet.

5.3.2 Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern

På dette spørsmålet svarte ansatte 14 svært uenig, 12 uenig, 15 nøytral, 3 var enig mens ingen svært enig (1 missing).

Hvis bruk av tvang er en fallitterklæring kan det ha flere årsaker. Det kan være mangel på ressurser, mangel på kunnskaper, nok erfarne ansatte med mer. Disse forholdene er i stor grad med på å påvirke graden av tvangsbruk i avdelingen. Det å jobbe i en avdeling hvor det er mangel på ressurser er en stor utfordring og kan gå ut over pasientbehandlingen.

Forskning innen psykiatrifeltet har opp igjennom årene ikke utviklet seg i samme grad som somatiske diagnoser. Mens de fleste somatiske diagnoser har påviselige årsaker er psykiatrifeltet mer abstrakt og vanskeligere å påvise som ”sannhet”. Selv om det i de siste tiårene er gjort mye forskning på feltet er det fortsatt mange uklare spørsmål. Sentrale spørsmål forskere og fagfolk er og har vært opptatt av er hvor mye arv og miljøspiller inn for enkelte diagnoser, virksomme medisiner, kjemiske prosesser i hjernen, eventuelle hjernesker, type behandling som hjelper eller hvordan kan en forebygge utvikling av en psykisk lidelse. Dette er kompliserte spørsmål og mange av spørsmålene er forskere mer eller mindre uenig seg imellom. Sånn sett kan en si at psykiatrien har kommet til kort i forhold til kirurgi og medisin. Men en fallitterklæring kan en ikke gi psykiatrifeltet. I de senere årene er det gjort (og gjøres i dag) mye forskning som har utviklet psykiatrien betraktelig. Men det vil være en utfordring å utvikle faget ytterligere i årene framover. For kunnskaper om psykiske lidelser er viktig for behandlingen av psykiatriske pasienter. Filosofen Kierkegaard⁴¹ fremhever med hensyn til hjelpekunst:

”at man, naar det i sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt sted, først og fremst maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i en indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sannhed at kunne hjælpe en Anden,

⁴¹ Kierkegaard, S (1813-1855); I Pedersen. R. (2007); I Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidskrift for Den norske legeforening*, nr 2; 127:209.

maa jeg forstaa mer end han – men dog vel først og fremmest forstaa det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mer-Forstaaen ham slet ikke.”

Hjelpekunst kan i denne sammenhengen forstås at behandler hjelper pasienter til bedring. Her må det legges til at forståelsen også gjelder hvilken forståelse pasienten har. Det vil si innlevelse.

I intervjuene av sjefene kom noen inn på ressursmangel som grunn for at de kom til kort i å få redusert tvang maksimalt. En sjef sa: ”det kan ha skjedd det at folk har blitt lagt i belter for eksempel, som kanskje kunne vært unngått hvis det hadde vært flere på jobb”. En annen sjef sa: ”vi har ikke flust med plasser [skjerming] så det blir virkelig analysert hvem som skal få”. En tredje sa ”så kan det jo være allikevel situasjoner, kanskje spesielt på helger, når det er marginalt bemannet, som gjør at tvang blir valgt fordi en opplever at en ikke har mulighet til noe annet”.

Noen kom også inn på nok kunnskaper hos enkelte ansatte. Det gjelder kunnskaper som både erverves i form av erfaring og i form av spesialistutdanning. I intervjuet uttalte en sjef:

”det handler noen ganger kanskje om hvilke personer som er på jobb, hvilken kompetanse de har”. En annen sa noe som kunne berøre både kunnskaper og ressurser. Det å ha nok fagfolk som har erfaring og/eller spesialistutdanning kan i mange tilfeller være en mangelvare. Vedkommende uttalte at ”hadde vi hatt mer erfarne leger så kunne vi ha unngått det” [tvang]. Faglige refleksjoner er også en måte å tilegne seg kunnskaper. En tredje leder sa: ”og det blir tatt opp mye... vi har jo en type faglige refleksjoner et par ganger i uka her” [i behandlingsmøtet]. Videre sa vedkommende: ”her må det jo jobbes kontinuerlig med...ja fagutvikling...som må fortsette og fortsette”.

Et forhold som påvirker psykiatrifaget er sprikende oppfatninger blant fagfolk om synet på og behandling av de forskjellige psykiske lidelser. For eksempel finnes de forskjellige terapeutiske innfallsvinkler. De mest vanlige innen psykiatrisk behandling (offisielle) er psykoterapi, miljøterapi og kognitiv terapi. Psykoterapi fokuserer på bevisstgjøring av følelser, hva pasienten setter i gang av reaksjoner både hos en selv og behandler og hvilke opplevelser i barndommen kan relateres til den psykiske lidelse. Miljøterapi fokuserer på de sosiale krefter rundt pasienten. Det vil si at en ser på samhandlingen i det sosiale fellesskapet og hvordan pasienten mestrer problemfylte situasjoner. Ved at pasienten blir bevisst sin atferd

i miljøet kan han/hun lære å mestre situasjonene bedre og dermed medføre bedring. Kognitiv terapi legger vekt på å strukturere verden med tenkning og dermed få en bevisstgjøring av negative tanker som påvirker den psykiske lidelse. På den måten kan det hjelpe pasienten til bedring. Blant fagfolk er det noe forskjellige oppfatninger av hvilken terapeutisk innfallsvinkel som virker best. Men ofte brukes disse i kombinasjon eller tilpasses type lidelse pasienten har. Det kan også være sprikende oppfatninger om hvilken diagnose pasienten har. Breiviksaken illustrer denne forskjellen klart. Her konkluderte først to rettspsykiatere terroristen Breivik som psykotisk i gjerningsøyeblikket. Dette var mange fagfolk uenig i og det ble en stor diskusjon omkring den avgjørelsen blant andre psykiatere, psykologer og advokater, hovedsakelig i media. Det endte med at retten underkjente vurderingen og fikk to nye rettspsykiatere til å revurdere diagnosen. Disse kom til at Breivik var tilregnelig og at diagnosen var en type personlighetsforstyrrelse. Blant behandlere kan noen mene at samtaler og medisinfri behandling er den beste behandlingen for pasienten, mens noen kan mene at lidelsen i stor grad kommer av defekter i hjernefunksjon og at derfor er medisiner for å rette opp dette. At pasienter opplever å få forskjellig diagnose for samme psykiske lidelse kan gjøre pasienten forvirret og forkludre behandlingsopplegget framover. Disse ideologiske forskjellene kan ha både en positiv og negativ effekt. Det er positivt forskjellene kommer fram fra fagfolk og at forskere kan dele sine oppfatninger seg i mellom er med på å utvikle faget. Men når de forskjellige institusjoner har forskjellig behandlingsideologi uten å være åpen for at det finnes andre behandlingsalternativer, kan det være en bremsekloss for faglig utvikling i slike institusjoner.

5.3.2.1 Konklusjon

Spørsmålet om bruk av tvang er en fallitterklæring er vanskelig å svare på. Det kan være en grunn til at hele 15 ansatte svarte nøytral på spørsmålet. Det foregår mye forskning på feltet og det har i de siste årene ført til en vesentlig utvikling av synet på psykiske lidelser og behandling av disse. Samtidig er en del av forskningen sprikende med hensyn til resultater og konklusjoner. Dette gir rom for at de forskjellige fagfolk og institusjoner kan ha forskjellig ideologisk syn på behandling. Det ideologiske synet og kulturen ved de enkelte institusjoner kan påvirke synet på bruk av tvang. Et annet spørsmål som kan påvirke bruk av tvang er tilgang på ressurser de psykiatriske institusjoner har til rådighet. En institusjon som for eksempel ikke har tilstrekkelig bemanning, fagfolk, tilstrekkelig antall pasientrom med2 hensyn til behovet kan føre til økt kontrollbehov og økt bruk av tvang som konsekvens. Sånn

sett kan en si at mangel på ressurser fører til at en ikke klarer å oppfylle optimal behandling for psykiatriske pasienter. Disse forholdene gir psykiatrifeltet store utfordringer.

5.3.3 Tvang gir pasienten nye krenkelser?

På dette spørsmålet svarte 4 svært uenig, 7 uenig, 13 nøytral, 14 enig og 4 svært enig (2 missing). De fleste svarer enig på dette spørsmålet. Men igjen svarer en god andel nøytral. Kan det være mangel på erfaring ved gjennomføring av tvang og dermed har vanskelig til å ta stilling til det? Problematikken rundt spørsmålet om krenkelse vil jeg diskutere videre i kapitlet.

Misnøye, opplevelse av krenking og sinne i situasjoner hvor utøvelse av makt og tvang ble utført kan være en stor belastning for begge involverte parter. Dette er store utfordringer en står ovenfor når bruk av tvang er nødvendig.

I studien til Norvoll (kapittel 5.3.1) kom det fram at mange pasienter følte negativt å måtte være på skjermet enhet. Krenkelse er også et svært sentralt spørsmål ved bruk av tvungen medisiner og det å bli lagt i belter. Det er ikke vanskelig å forstå at det å bli lagt i belter oppleves krenkende og nedverdiggende, selv om det kanskje var nødvendig for sikkerheten. Det kan for eksempel være at de, grunnet sin alvorlige psykiske lidelse med realitetsbrist, ikke var i stand til å se nødvendigheten av vedtaket. Mens andre pasienter uten realitetsbrist, kunne bebreide vedtaket fordi de synes det var unødvendig av forskjellige grunner. De kunne mene at det kunne vært gjort andre tiltak for å løse situasjonen eller at en aggressiv episode i seg selv ikke utgjorde noen vesentlig fare. Vedtak om tvang som pasienten ikke skjønner grunnen til kan naturligvis oppleves krenkende og traumatisk. Da kan det bli vanskelig for pasienten å legge episoden bak seg og dermed gå ut over videre behandling. Men pasienters opplevelse av krenkelse i etterkant kan variere. Noen pasienter som har frisknet til kan i etterkant se at det var nødvendig. De kunne være glad for at noen grep inn når pasienten var helt ute av kontroll fordi det kunne eskalert og fått katastrofale følger. Krenkelsen vil da bli lettere for pasienten å legge bak seg.

Testad (2004)⁴² har i en kvalitativ studie intervjuet pasienter og personale i samme belteleggingssituasjon. Ansatte beskrev en avmaktfølelse hvor de klarte å finne konstruktive løsninger. Sykepleierne beskrev situasjonen som ”å være lukket”. Pasientene beskrev

⁴² Testad (2004); Tvang i det godes tjeneste? Om bruk av tvangsmidler i psykiatrien. *Hovedfagsoppgave i helsefag. Hovedfagsoppgave i helsefag. Det medisinske fakultet, institutt for hovedfag i helsefag*, s. 28, Universitetet i Oslo.

situasjonen som ”innet lukket” som blant annet å være i ”midten av knuste klipper”. Pasientene beskrev sykepleierne som kalde, distanserte og urørlige.

Et miljøpersonal kommenterte i spørreskjema 1: ”tvang kan gi nye krenkelser for enkelte, men det er ikke hyppig forekommende etter min mening”. I intervjuene av lederne kom ingen direkte inn på dette spørsmålet, men som nevnt i spørsmålet om tvang kan ødelegge behandlingsrelasjon svarte en leder at under en samtale i etterkant opplevde de god tilbakemelding av noen pasienter som i ettertid kom til selverkjennelse om at det var nødvendig å bruke tvangsmiddelet, at hvis en ikke grep inn ville det bare eskalert.

Det kan være vanskelig for pasienten å si i fra at tiltaket var krenkende. Det kan for eksempel være følelsesmessig vanskelig, redsel for det går ut over videre behandling eller tap av oppnådd god relasjon. Det er derfor viktig at en får til en god dialog med pasienten og få fram pasientens opplevelse av tiltaket.

5.3.3.1 Konklusjon

Misnøye, opplevelse av krenking og sinne i situasjoner hvor en bruker tvang er en naturlig reaksjon hos pasienter som blir utsatt for dette. For personalet er dette en stor utfordring å forholde seg til, både ovenfor pasienten og ens egen opplevelse ved gjennomføringen. Det er ikke bare pasienten som opplever episoden traumatisk, men også personalet som er nødt til å gjennomføre vedtaket. Situasjonen kan oppleves som låst for begge parter og gi en avmaktsfølelse. Men ofte kan pasienter i ettertid oppleve tvangsvedtaket som nødvendig for å hindre alvorlig skade eller at de føler trygghet at noen tar kontroll når en selv ikke har kontroll. For å redusere pasientens opplevelse av krenkelse er det viktig med dialog for å begrense denne opplevelsen så godt det lar seg gjøre.

Kvalitative studier med intervjuer av pasienter og deres opplevelse av tvang viser at mange føler seg krenket.

5.3.4 For mye tvang i behandlingen?

På dette spørsmålet svarte personalet: 7 svært uenig, 14 uenig, 16 nøytral, 6 enig mens 2 svarte svært enig. Flertallet var altså uenig i spørsmålet, mens det var mer jevnt blant lederne. Ingen ledere kom inn på dette spørsmålet i intervjuet. Nok en gang svarer et høyt antall nøytral. Det kan kanskje også her han med erfaring å gjøre? At flertallet svarte svært uenig/uenig kan ha med holdninger og synspunkter med hensyn til bruk av tvang? Eller at de episodene de har erfart oppfattes nødvendig og etisk forsvarlig?

Dette spørsmålet er vanskelig å besvare generelt. Brukes mer tvang i behandlingen kan det være delte meninger, erfaringer og faglige oppfatninger med hensyn til riktig behandling. Å redusere tvang så godt det lar seg gjøre er en stor utfordring for psykiatriske institusjoner. Som jeg tidligere har nevnt sier lov om psykisk helsevern at bruk av tvangsmidler er ulovlig som en del av behandlingen. Derimot kan vedtak om skjerming inngå som behandling for dårlige pasienter som trenger ro og tettere oppfølging av personalet.

Det er mange akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Det er sannsynlig at det kan være forskjeller i bruken av tvangsmidler og skjerming i de forskjellige akuttavdelinger i landet. For eksempel kan antall vedtak være høyere i en akuttavdeling i Oslo med opptaksområde i sosialt belastede områder enn ved en akuttavdeling i en småby. Forskjellene kan også komme av andre grunner som ulike behandlingskulturer, mangel på fagpersonell eller på personell totalt sett. Det er utfordring for regjering, storting, fylkeskommuner og kommuner å gjøre noe med denne problematikken fordi den er så kompleks. Noe kan sikkert gjøres, men jeg vil ikke gå inn på dette her fordi det sikkert kan skrives en lang avhandling omkring temaet.

Personal som ofte har blitt utsatt for vold fra pasienter kan kanskje ha en oppfatning om at tvang bør brukes oftere når de jobber på en vakt hvor personalet legger lista høyt for bruk av tvang. Grunner kan være at disse erfaringene har gjort dem mer engstelige for aggressive utbrudd fra pasienter eller at det er nødvendig fordi det i mange tilfeller er riktig at lista bør ligge lavere. Å vurdere bruk av tvang er vanskelig. Ofte kan det oppstå tvilstilfeller hvor en må bruke skjønn samtidig som det er nødvendig å handle raskt for å avverge at situasjonen ikke eskalerer. Da kan det hende at en gjør en feilvurdering. Hvis dette har skjedd er det viktig å ta opp dette med pasienten i ettertid og beklage at det ble gjort feil. Hvis ikke kan det gå ut over tilliten og relasjonen til pasienten.

Bruken av tvang handler også om holdninger blant ansatte. Wynn (2003)⁴³ gjorde en studie omkring ansattes holdninger til bruk av tvang ved et psykiatrisk sykehus i Norge. I studien kom det fram at personalet først og fremst foretrakk fysisk tvang samtidig som de mente at denne intervensjonen var minst gunstig for pasienten. Disse holdningene kan påvirke hvor mye tvang som brukes i mer eller mindre grad.

⁴³ Wynn (2003); i Gamme, I. Skjerming med brukermedvirkning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 6(3) s. 244

5.3.4.1 Konklusjon

Undersøkelser viser at bruk av tvang varierer ved de forskjellige akuttavdelinger i Norge. Det kan være mange grunner til disse forskjellene. Ofte kan opptaksområde akuttavdelingen har ansvar for påvirke bruken av tvang ved at distriktet har en høyere andel personer med psykiske problemer. Det kan for eksempel være en høyere andel i et belastet område i Oslo en i en bygd ute i distriktet. Ressurstilgang kan også påvirke hvor mye tvang som brukes i avdelingen. Det må være nok bemanning og fagpersonell som kan utvikle en kultur med god etisk standard med hensyn til bruk av tvang. Viktig er det også at avdelingen har nok plasser til å dekke behovet for antall personer som trenger psykiatrisk behandling i sitt distrikt. Denne problemstillingen vil jeg gå videre med i neste kapittel.

Det var en høy andel som svarte nøytral på dette spørsmålet. Dette er et viktig spørsmål for de som jobber i psykiatrien. Hva grunnen er til at de svarte nøytral kommer ikke fram fra spørreskjemaene og heller ikke lederne kom inn på dette i intervjuet. Men spørsmålet er komplisert og kan være vanskelig å ta stilling til. En annen grunn kan være at noen nyansatte ikke har rukket å gjøre seg opp en mening om dette spørsmålet om omfanget i egen avdeling. Men jeg vil anta at alle ansatte har sine tanker og refleksjoner omkring problematikken.

5.3.5 Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang?

Her svarte 8 svært uenig, 11 uenig og 7 nøytrale, 13 enig mens 4 svarte svært enig. At en andel her svarte nøytral kan ha med at det er vanskelig å kunne vite om mer ressurser hadde hjulpet med hensyn til redusert tvangsbruk? Fordelingen av de som var enig og de som svarte uenig var omtrent likt. Det gjenspeiler kanskje den usikkerheten om ressurser påvirker tvangsbruk. Som tidligere nevnt påvirker ressursene pasientbehandlingen. Men ved bruk av tvang er det først og fremst loven som avgjør om bruken er legal. Spørsmålet har noen informanter kommet inn på denne problematikken. Deres synspunkter vil bli trukket inn i den videre diskusjonen rundt problematikken.

Knapphet med fagpersonell og personalressurser kan i mange tilfeller føre til økt bruk av tvangsmidler. Det at fagpersonell i post både har opplæring og erfaring i å hankses med episoder bidrar helt klart til å redusere bruk av tvang. Det gjelder både å håndtere konflikter og kunne se andre alternativer. Å få tilstrekkelige ressurser er en stor utfordring da en er avhengig av mange ytre forhold som bevilgninger fra myndigheter, få tak i nok fagpersonell med mer.

En faggruppe er avhengig av spesialister, psykologer og/eller psykiatere, som har erfaring med å sette diagnoser, gjøre voldsrisikovurderinger, vurdere suicidfare og sette pasienten på riktig type medikament og dosering. Disse er ressurser som kan gi riktige vurderinger av dette og dermed kan i mange tilfeller forebygge bruk av tvangsmidler. Det må også være nok personal til å ivareta pasienter med hensyn til oppfølging av behov og omsorg.

En sjef svarte i intervjuet: ”bruk av tvang er ofte avhengig av personalsammensetningen på vakt, trening, informasjon, dybdeforståelse av hva som skjer”. En annen sa ”det handler om, noen ganger, kanskje om hvilke personale som er på jobb, hvilken kompetanse de har og noen ganger kanskje om ressurser”. At personalressursene brukes og fordeles så godt det lar seg gjøre er viktig. For eksempel vil det på en kveldsvakt med kun en fagperson gi problemer med å vurdere situasjoner. For å gi en riktig vurdering og kunne se andre alternativer er det viktig å kunne bruke andre fagpersoner som ”sparringspartnere”.

I en akuttavdeling kan det også oppstå flere krevende episoder og oppgaver omtrent på samme tid. For eksempel kan det komme en innleggelse som opptar fagpersonell i posten samtidig som det skjer en episode med en aggressiv og truende pasient. Er det ikke tatt høyde for at slikt kan skje med hensyn til nok personell er det lett å ty til tvangstiltak for å få kontroll over situasjonen. Sikkerhet for ansatte og pasienter kan gjøre at en ikke får tid til å avklare episoden ved hjelp av dialog og forsøke andre alternativer.

Det er ikke alltid at mangel på ressurser har innvirkning på episoder. Det kunne kanskje ha skjedd uansett hvor mye ressurser en hadde. Det kan for eksempel være at den psykiske lidelsen i seg selv medfører lav terskel for aggressivitet eller gjøre suicidforsøk. Eller at en paranoid psykotisk pasient oppfatter en hendelse eller kommentar som utløser vrangforestillinger om at et personal vil gjøre han vondt.

Det var få som i intervjuet direkte klaget på at det generelt fantes for lite tilstrekkelige ressurser i avdelingen. Men de påpekte viktigheten av å ha nok ressurser til å møte problematikken. En sjef mente: ”da må jeg sørge for at personalet føler seg trygge i situasjonen, og det gjøres helst ved å øke bemanningen”.

En tidligere sjef uttalte i intervjuet: ”der kan jeg nok erindre noen episoder der jeg på en måte tenkte i mitt bakhode at hadde du hatt nok erfaring kjære doktor så hadde du kanskje unngått dette”. Men disse episodene skjedde før en omorganisering. Noen av de andre lederne (som

var ansatt både før og etter omorganiseringen) uttrykte at etter omorganiseringen hadde de fått flere ansatte med fagkompetanse enn tidligere og at de hadde nok personell.

En annen sjef uttalte:

”Jeg tror at de [miljøpersonalet] alt mulig før de går til disse stegene... fordi en har fått mer kompetanse i postene”. Men videre sa vedkommende at ”kanskje spesielt på kvelder og helger, når det er marginalt bemannet...gjør at tvang blir valgt fordi en opplever at en ikke har mulighet til noe annet”.

En tredje sjef uttalte :

”vi er en post som er godt bemannet så vi har mulighet til å stå i ting, vi har mulighet til å forsøke ut lempeligere midler i og med...hvis du kan holde personalgruppa trygg, så trur jeg på en måte...står du lenger...kan en kanskje unngå den type situasjoner...”at personalet er trygge, det gjør at vi kan prøve ut lempeligere midler, vi kan stå i situasjonen lenger”.

Knappe ressurser behøver ikke bare dreie seg om personell. Det kan for eksempel være bra nok utstyr med hensyn til bruk av tvangsmidler. Gammelt og slitt utstyr kan i verste fall medføre mer ”fikling” i å utføre tvangsmiddelvedtaket, noe som kan gjøre det mer traumatisk enn nødvendig for pasienten. En kommentar fra spørreskjemaet var at ” vi trenger ny belteseng”. Det var ingen begrunnelse for dette, men en kan kanskje gå ut i fra nevnte utfordring gjelder her. En skjermingsenhet må romme nok plasser for å møte behovet. En leder uttalte i intervjuet ”vi har ikke flust med plasser, så det blir virkelig analysert hvem som skal få”. En annen uttalte ”i forhold til skjerming for eksempel, så hadde vi trengt noe bedre muligheter i forhold til rom. For de er små disse rommene her”.

5.3.5.1 Konklusjon

Det er viktig at behovet for fagpersonell som psykiatere, psykologer, sykepleiere og andre fagspesialister innen feltet er dekket. Da vil forutsetningene for å gjøre riktige vurderinger av pasientens problematikk aggresjon og voldsrisiko og behov for skjerming og behandling. Det er viktig med nok bemanning generelt. For liten bemanning kan øke kontrollbehovet og risikere bruk av tvang som kunne vært unngått hvis en hadde med nok personell i avdelingen. For gjennomføring av tvangsvedtak er det viktig med tilfredsstillende kvalitet på utstyr og stort nok areal i avdelingen.

5.3.6 Mye tvangsbruk kunne vært unngått med tid og samtaler?

På spørsmålet i spørreskjemaet om tid og samtaler var viktig for å unngå tvangsbruk svarte 2 svært uenig, mens 7 svarte uenig, 8 nøytral, 21 enig og 7 svært enig. Flertallet var altså enig, men en kan stille spørsmål hvorfor en såpass høy andel svarte uenig da det er åpenlyst at kommunikasjon sentral del i denne problematikken. Men det kan kanskje være mange erfaringer med episoder der skaden allerede var skjedd eller i full gang med å gjøre alvorlig skade og dermed handle akutt uten tid til samtale. Eller erfaringer med at det ikke har hjulpet.

Et aggressivt utbrudd behøver nødvendigvis ikke føre til utagering. Suicidtanker behøver heller ikke føre til suicid/suicidforsøk. Men for å unngå fatale konsekvenser er allikevel tid og samtale helt avgjørende. Linda-Merethe Øye (2010)⁴⁴ forteller i en artikkel om sine erfaringer som psykiatrisk pasient. Hun utaler at beltelegging av pasienter i mange tilfeller kunne vært unngått med mer tilgjengelig personale som kan forebygge og at det er viktig å ha en dialog omkring hvordan pasienten ønsker å bli møtt ved urolige situasjoner. Men det er en forutsetning at pasienten er mottagelig for dialog.

Å få til en dialog med en pasient med suicidtanker eller planer kan gi pasienten håp for framtiden og forhåpentligvis vil pasienten ikke gi opp livet. Dialog med en aggressiv pasient kan føre til at for eksempel misforståelser oppklares, pasienten ser andre løsninger på frustrasjonen eller roer seg ned. Eide & Eide (2007)⁴⁵ påpeker at i hjelpende kommunikasjon er det viktig med praktiske ferdigheter for å mestre de enkelte kommunikasjonssituasjoner. De mener det ikke finnes en konkret oppskrift for en hjelpende og problemløsende kommunikasjon og hvordan en opptrer i de enkelte situasjoner. Men de påpeker ti punkter som er av betydning med hensyn til hvordan kommunikasjonen fungerer og som pasienten opplever hjelpende:

1. å lytte til den andre
2. å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. å skape gode og likeverdige relasjoner
4. å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5. å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. å stimulere den andres ressurser og muligheter

⁴⁴ Øye (2010); Tvang eller ikke tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 7(2)S. 173

⁴⁵ Eide & Eide (2007); *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. S. 21. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

7. å strukturere en samtale eller samhandlingsrelasjon
8. å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

Eide & Eide 2007, s. 21

Når en står i en situasjon med en aggressiv og utagerende pasient er det urealistisk å klare å ivareta alle ti punkter der og da. Men noen punkter må en prioritere å få til så godt det lar seg gjøre. Spesielt vil jeg nevne lytte til pasienten (1), observere og fortolke verbale og nonverbale signaler (2), gi klar og forståelig informasjon (4), skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg (8) og å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger (10). Generelt i behandling av pasienter vil det å få til alle punkter på en god måte være forbyggende i forhold til episoder hvor en må ty til tvang. Pasienten kan også på grunn av tid i seg selv skjønne at aggresjon ikke er måten å løse problemet på.

Også et suicidforsøk i avdelingen, som er en alvorlig affære, må en snakke med pasienten om dette og bruke den tiden man trenger. Hadde pasienten bestemt seg for å begå suicid ved første anledning er det ofte vanskelig etter kun en samtale å vurdere om faren er over. En kan også vurdere en pasients suicidfare uten at et forsøk er gjort. Det kan være alvorlige tanker eller konkrete planer om å begå suicid. For eksempel ut i fra atferd eller non verbale signaler eller i en samtale. Når et skjermingsvedtak er gjort er det naturlig å ta samtalen på skjermet avsnitt, men allikevel er tid og samtale viktig i denne sammenheng. En kan da forhåpentligvis få pasienten til å se at det er håp i livet og dermed unngå episoder i framtiden. Det er vanlig å gjøre et skjermingsvedtak med påfølgende kontinuerlig observasjon når en vurderer at det foreligger høy suicidfare. Da er det viktig med tett oppfølging i form av samtaler. Etter en tid kan faren avklares ytterligere, enten at den var mindre enn først antatt eller at en ved samtalene får pasienten til innse at det allikevel er håp for framtiden. Der er imidlertid ikke gitt at bruk av tid og samtaler ved denne problematikken reduserer tvang. Det kan hende at det kommer fram at faren er større enn antatt og pasienten trenger forlengelse av skjermingsoppholdet med nytt vedtak. Eller at en ved samtaler reduserer faren og dermed kan tiden på skjerming bli kortere.

Det var ingen kommentarer om dette spørsmålet i spørreskjemaene men i intervjuene med sjefene kom to inn på dette spørsmålet. Den ene svarte i forhold til det å bruke tid:

” hvis en pasient... nå er veldig urolig, så er det helt naturlig...la han få lov til å rase fra seg, la han få lov til, på en måte, å kjeft og smelle lite grann...noen var litt kjappe ”nei nå går det ikke lenger”. Og så når en først brøt inn og på en måte begynte med tvang, da ble det litt sånn ”tatt av dragsuget”. Det har jeg tenkt på mye i ettertid”.

Den andre uttalte i forhold til kommunikasjon: ”vi har vøri med på et par situasjoner...veldig gode på å informere... tydelige korte beskjeder respektfullt. Veldig bra når det først blir sånn”.

Disse uttalelsene påpeker viktigheten av å bruke tid så langt det går an og vise pasienten respekt gjennom kommunikasjonen.

5.3.6.1 Konklusjon

Når en står ovenfor en aggressiv og utagerende pasient er det viktig å få til en dialog for å kunne løse den aktuelle konflikten enten det gjelder misforståelser eller konkrete uenigheter. I dialogen er det viktig at pasienten føler seg lyttet til, observere og fortolke verbale og nonverbale signaler, gi en klar og forståelig informasjon, skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg og å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger. Et flertall av de som svarte på dette spørsmålet, både ledere og miljøpersonal, var enig at tid og samtaler er viktig for å unngå tvangsbruk. To ledere bekreftet viktigheten av å informere og gi korte beskjeder respektfullt og at en måtte lå pasienten rase fra seg ved å kjeft og smelle.

5.4 Tvang som omsorg og sikkerhet – pragmatisk syn på tvang

5.4.1 Tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner?

På dette spørsmålet svarte 1 svært uenig, 1 uenig, 4 svarte nøytral, 13 svarte enig og 26 svært enig. Det var altså et overveldende flertall som var enig. Det kan ha med å gjøre at farlige situasjoner i noen tilfeller krever bruk tvang og mens det i andre tilfeller ikke er nødvendig. Hver situasjon må vurderes etter alvoret. Og som tidligere nevnt med hensyn til suicidforsøk, vil det i de fleste tilfeller være nødvendig å gjøre vedtak om skjerming og overvåking. At noen svarte nøytral eller uenig begrunnes ikke i kommentardelen eller i intervjuet med ledere. Men at en er uenig kan ha med faglige begrunnelser om hvordan farlige situasjoner håndteres eller hvordan en oppfatter lovverket. Igjen, som på tidligere spørsmål, svarte noen nøytral. Når en jobber i en akuttavdeling er det viktig at en har gjort seg opp en formening om

problematikken rundt tvangsmidler. Hvordan kan en ta en riktig beslutning i episoder som krever hurtig handling hvis en ikke har noen formening om dette spørsmålet? Videre vil jeg diskutere en del utfordringer rundt denne problematikken.

Bruk av tvang kan være nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner. Men det vil også være omsorgssvikt ved ikke å bruke tvang hvis situasjonen åpenlyst vil føre til eskalering og få katastrofale følger. Hvis pasienten skader seg selv eller andre mer enn nødvendig fordi en ikke grep inn på et tidligere stadium, kan pasienten i ettertid med rette klandre personalet for dette. For eksempel kan pasienten slite med dårlig samvittighet mer enn nødvendig hvis han/hun har skadet andre alvorlig. I en akuttpsykiatrisk avdeling oppstår det ofte farlige situasjoner. En farlig situasjon kan opptre på forskjellig vis. Det kan være en aggressiv pasient som er truende og som tidligere har utagert og brukt vold mot ansatte. Risikoen for at denne pasienten utagerer med vold må kunne sies å være høyere enn for de fleste andre pasienter. Samtidig må det sies at et aggressivt utbrudd behøver nødvendigvis ikke føre til utagering. For eksempel kan en truende og verbalt aggressiv pasient stå i en døråpning til et pasientrom hvor et personal holder på med noen gjøremål. Som et tenkt tilfelle kan en pasients aggresjonen være rettet mot personalet, men det er ingen tegn til fysisk angrep der og da. Imidlertid har denne pasienten gått til fysisk angrep på et personal tidligere. Det kan da være fare for at situasjonen eskaleres og utagerer. Det blir da et dilemma for dette personalet for hvordan denne situasjonen skal håndteres. I loven står det at en skal bruke alle mulige alternativer før en bruker tvangsmiddel. Personalet vet av erfaring at denne pasienten lett kan misforstå situasjoner eller feiltolke det som blir sagt. Inne i en akuttavdeling bærer alt personal en alarmutløser som brukes ved alvorlige episoder som fysisk angrep, alvorlig selvskading eller knusing av inventar. Hva gjør personalet i dette tilfellet? Utløse alarmen hvor flere personalet kommer styrtende og risikere at pasienten føler seg truet og går til fysisk angrep med medfølgende basketak og lagt i belter? Samtidig kan det også være at pasienten ser overmakten og blir føyelig og situasjonen roer seg. En annen løsning, hvis det lar seg gjøre, kan være først å forsøke å få til en dialog med pasienten for å roe han/hun ned. Men en risikerer at det mislykkes og kanskje da får en motsatt effekt. Mye kan handle om hvor dyktig dette personalet er til å mestre denne situasjonen. Det kan handle om erfaringer med å hankses med slike situasjoner, faglig dyktighet eller personlighet. Utfallet kan også handle om postens kultur. Det kan lett bli en kultur der det for eksempel er et høyt angstnivå generelt blant personalet og en bruker tvang unødvendig for ”sikkerhetskyld”. Usikkerhet kan føre til økt kontrollbehov ovenfor pasientene. Eller det kan være personalets personlighet eller

oppfatning av faget. Som en leder kommenterte i spørreskjemaet: ”bruk av tvang er ofte avhengig av personalsammensetning på vakt, trening, informasjon og dybdeforståelse av hva som skjer...bruk av tvang gjenspeiler ofte kulturer i enhet/avdeling”.

Som tidligere nevnt står kommunikasjon med pasienten sentralt i å finne alternativer. Kommunikasjon kan for eksempel være med på å oppklare misforståelser, roe ned pasienten, få pasienten til å føle seg sett og hørt, oppleve å få respekt eller få pasienten til å se andre alternativer til adferden. Et annet tiltak er å holde pasienten til han/hun roer seg og hindre at situasjonen eskalerer. Duxbury & Wright (2011)⁴⁶ påpeker i en artikkel at aggresjon hos pasienter også kan utløses grunnet egenskaper ved personalet. Blant annet påpeker han at interaksjonen mellom pasienten og personalet kan være negativ, personalet oppfører seg provoserende og autoritær eller har utilstrekkelige kommunikasjonsevner. Hvis personalgruppa har et lavt nivå av slike egenskaper vil det sannsynligvis minske behovet for bruk av tvangsmidler.

En annen situasjon som kan være farlig er pasienter som har bestemt seg for å begå suicid. At en pasient på alvor forsøker å begå suicid i avdelingen er en alvorlig episode og krever sikkerhetstiltak i etterkant. Som regel er vedtak om skjerming og kontinuerlig tilsyn nødvendig for å sikre at pasienten ikke prøver på nytt. Det vil være en sikkerhetsrisiko hvis pasienten kan oppholde seg på åpent avsnitt hvor personalet ikke kan holde øye med pasienten konstant.

5.4.1.1 Konklusjon

Bruk av tvang kan være nødvendig når det oppstår alvorlig farefulle situasjoner og dialog ikke er mulig. Hvis en pasient åpenbart kan skade seg selv eller andre vil det kunne kalles omsorgssvikt dersom en ikke hindrer situasjonen i å eskalere. Ofte er bruken av tvang avhengig av personalsammensetning på vakt, at det finnes personal som har trening i konflikthåndtering, informasjon og dybdeforståelse av hva som skjer, høy fagkompetanse. Tvangsbruk gjenspeiler også kultur, om den har høy eller lav list for bruk av tvang. Egenskaper ved personalet i interaksjon med pasienten er av betydning for utfallet. Det er viktig at personalet ikke framstår negativ, oppfører seg provoserende og har autoritær eller utilstrekkelige kommunikasjonsevner.

⁴⁶ Duxbury, J., Wright, K. (2011). Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times* 107(9) s. 22

5.4.2 Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang

På dette spørsmålet svarte 2 svært uenig, ingen uenig, 3 svarte nøytral, 18 enig mens 22 svarte svært enig. På dette spørsmålet tolkning av lovverket i forhold til grad av sikkerhet kan for noen oppleves uklart. Dette kan være en utfordring i situasjoner hvor en må handle raskt.

En kan mene at det er viktig med tvang av sikkerhetsgrunner. I utgangspunktet er det i følge loven ikke tillatt å fatte vedtak uten konkret begrunnelse som er innenfor lovverket. Det holder for eksempel ikke å bruke et tvangsmiddel i forkant på en pasient man tror kan komme til å utagere. Hvis pasienten er godt kjent fra før og en har erfaring med at pasienten lett kan bli provosert og har en lav terskel for utagering og bruk av vold, så er det ikke unaturlig at en tror dette kan komme til å skje. Men allikevel vil det være både lovstridig og uetisk å bruke tvangsmiddel i et sånt tilfelle. Her er det viktig å opptre faglig profesjonelt fra første stund pasienten blir innlagt.

I noen tilfeller kan det være nødvendig å forlenge et skjermingsopphold hvis det er tydelig at det kan gå galt hvis pasienten får opphevet skjermingsvedtaket. En annen grunn til å bruke skjerming av sikkerhetsgrunner er høy suicidfare eller fare for alvorlig selvskading. Ute i avdelingen kan det være gjenstander som er egnet til å skade seg selv eller begå suicid. For eksempel kan det være kjøkkenbestikk, drikkeglass som kan knuses og bruke et glasskår til selvskading eller tøy som er egnet til å kvele seg med (for eksempel skjerf). Selv om det alltid er personal til stede i åpent avsnitt, så kan de ikke være overalt kontinuerlig. Til det er avsnittet såpass stort at det er vanskelig å få full oversikt. Mye av personalet må bruke tid til andre gjøremål som rapportskriving, gjøre i stand medisiner etc. Dette kan gjøre at pasienten ubemerket kan ta mindre gjenstander. Når en vurderer at en kan oppløse skjermingsvedtaket må en være trygg på at pasienten (så godt det lar seg gjøre) er i stand til å være på åpent avsnitt.

Sikkerhet kan også ivaretas hvis en får til en god dialog med pasienten hvor pasienten føler at han/hun blir respektert, blir hørt på, ikke opplever personalet som nedlatende, og/eller være provoserende på andre måter. Dette vil være med på å senke sannsynligheten for utagering og dermed senke sikkerhetsnivået. Et annet tiltak for å forbedre sikkerheten er å tilpasse nærhet og avstand i forhold til pasientens sfære. Å trå innenfor denne sfæren kan både provosere og oppleves av pasienten som invaderende og føre til utagering. Å holde avstand kan også være et sikkerhetstiltak med hensyn til ikke ”stå laglig til for hugg”. Det er også viktig å ikke stille seg i hjørner eller i et rom hvor en ikke har en utvei forbi pasienten hvis utagering skjer. Så

potensiell utagering eller verbale trusler er ikke generelt ikke god nok grunn til bruk av tvangsmiddel. Men når det gjelder verbale trusler må en vurdere alvorlighetsgraden av disse. Er de alvorlige og pasienten ikke gjør tegn til å la seg stoppe etter at alternativene er brukt opp, må en vurdere skjerming som et første tiltak. Skjerming kan i mange tilfeller oppleves mer humant enn beltelegging. Skjermingsvedtak brukes som regel når en pasient har stor sannsynlighet for å gjøre suicidforsøk i avdelingen eller hvis en pasient er psykotisk og er til fare for seg selv og andre uten nødvendigvis å være aggressiv.

5.4.2.1 Konklusjon

Av og til må det brukes tvang av sikkerhetsmessig grunn, da først og fremst mot at pasienten skader seg alvorlig eller tydelig kan komme til å gjøre suicid hvis ikke sikkerhetstiltak gjøres. Men loven åpner generelt ikke for å bruke tvang før en episode skjer. Mange andre tiltak kan gjøres for å bedre sikkerheten. Det kan være god dialog med pasienter som forebygging, passe på nærhet og avstand til pasienten, både å ikke stå ”lagelig til for hugg og ikke virke provoserende ved å trå over pasientens personlige ”sfære”. Det er viktig å vurdere alvorlighetsgraden av sikkerhetstrusselen.

Sikkerhet kan forebygges ved hjelp av flere andre tiltak enn bruk av tvang som for eksempel å sikre potensielt farlige gjenstander og passe på hvor en befinner seg i forhold til pasienten. Spørsmålet vil jeg komme tilbake til i spørsmål A i spørreskjema 2.

5.4.3 Tvang kan være omsorg og ivaretagelse

På dette spørsmålet svarte 1 svært uenig, 1 var uenig, 3 svarte nøytral, 24 enig mens 16 svarte svært enig. Her svarte flertallet enig. Det kan ha med å gjøre at personalet opplevde at noen pasienter fikk god omsorg på skjermet enhet, kanskje de som ble skjermet av behandlingsmessig grunn. Og som det kom fram i to av intervjuene kunne noen pasienter oppleve i ettertid så av bruk av tvangsmiddel var nødvendig for at situasjonen ikke eskalerte. I intervjuet av en leder svarte vedkommende dette: ”...så vi har noen opplevelser der pasienten også i etterkant har sagt at dette trengte jeg”. Med hensyn til det med skjerming på grunn av at andre pasienter ble forstyrret sa en annen sjef:

”det var jo noen ganger det var andre pasienter i avdelingen som ble spesielt forstyrret av noen og det gjorde at vi kanskje var litt raske på labben med å ta den urolige pasienten inn på skjerming...hadde det vært et annet miljø på stua så tror jeg vi kunne håndtert det litt annerledes”.

Dette kan tolkes dit hen at personalsammensetningen har betydning for nødvendigheten av vedtak. Erfaring og fagkompetanse er viktig for å kunne se andre løsninger for å roe ned pasienten.

Som tidligere nevnt flere ganger skal bruk av tvangsmidlene beltelegging, holding og tvangsmedisinering med korttidsvirkende preparat (for eksempel Vival) ikke kunne brukes som behandling i følge loven. Men vedtak om skjerming kan gjøres som en del av behandlingen hvis pasienten grunnet sin psykiske tilstand er utagerende eller forstyrrer andre pasienter med sin atferd.

Tvang som omsorg kan vanligvis først og fremst knyttes til vedtak om skjerming som behandling. Men bruk av tvangsmidler grunnet aggresjon og utagering kan sees i lys av ivaretagelse av pasienten i den forstand at en hindrer å skade seg selv eller andre. Hvis en for eksempel ikke hindrer pasienten å gjøre skade kan pasienten i ettertid få problemer. Det kan være skyldfølelse hvis han/hun har skadet andre alvorlig. Der det dreier seg om selvskading kan det i verste fall medføre fysiske mén.

5.4.3.1 Konklusjon

Bruk av tvangsmidler er ikke i følge loven ikke tillatt å bruke som behandling. Men vedtak om skjerming kan gjøres som en del av behandlingen, først og fremst for å trygge pasienten og begrense psykotiske pasienter mot overveldende sanseinntrykk. En kan også si at det å hindre en pasient å skade seg selv eller andre også er en form for omsorg.

5.4.4 Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon?

På dette spørsmålet svarte 2 svært uenig, 7 uenig, 8 nøytral, 20 enig mens 8 var svært enig. Her var fordelingen av svarene noe forskjellig. At flertallet var enig i spørsmålet kan, som også tidligere nevnt, være vedtak om at skjerming åpner for behandlingsmessig grunn. For eksempel at en psykotisk pasient uten kontroll kan komme til å gjøre alvorlig skade. Pasienten behøver nødvendigvis ikke være aggressiv eller bevisst tegn til å gjøre skade, men på grunn av kontrollsvikten er en fare for seg selv eller andre. Man kan stille spørsmål om hvorfor noen ledere svarte nøytral på spørsmålet. Oppfattet de at spørsmålet var diffust med hensyn til hvordan en kan vurdere at det kan utvikle seg en farlig situasjon?

Igjen må en se på lovverket med hensyn til denne problemstillingen. En må stille spørsmål som når vet en at det kan oppstå en farlig situasjon. Er det når en pasient viser tegn til aggresjon? Eller når en pasient uttrykker suicidtanker? Det kan oppstå farlige situasjoner i

slike tilfeller, men behøver ikke det. Som i alle situasjoner hvor bruk av tvangsmiddel kan være aktuelt, må lempeligere midler prøves ut først. Tid og kommunikasjon vil også stå sentralt i forebygging.

For personalet vil det være en utfordring å vurdere hvor alvorlig det er. Det mest nærliggende er å følge pasienten tett og kontinuerlig vurdere fare og ha personal tilgjengelig hvis situasjonen gjør at en er nødt til å gripe inn.

I intervjuene med sjefene kom ingen direkte inn på spørsmålet, men noen berørte det indirekte. En av sjefene sa: ”det skal ligge gode faglige og etiske vurderinger bak når en tyr til den type tvang”. Dette svaret kan settes i denne sammenheng at det også må ligge faglige og etiske grunner tilstede før en tyr til tvang, ikke bare lovverket. Å bruke tvang ”for sikkerhets skyld” uten at det er åpenlyst at utagering kan skje, vil være både lovstridig, behandlingmessig uklokt og uetisk. En annen av lederne sa at det kunne hende at en var litt ”raske på labben” på å skjermes pasienter for at de ikke skulle forstyrre andre pasienter. Sjefen mente dette kunne variere med hensyn til hvilken personalgruppe som var på jobb (se uttalelse s. 47). En etisk og faglig vurdering er også hvor lenge tvangstiltaket varer. Hvor lenge må pasienten skjermes eller ligge i belter? Hvis grunnen til vedtaket ikke lenger er til stede må en følge loven, oppheve vedtaket. Hvis et vedtak ikke blir opphevet når hjemmel i lov ikke er til stede kan det ha flere grunner. Personalet kan ha angst for at det kan gå galt, for eksempel kjent historikk med utagering og holder på vedtaket lenger enn nødvendig eller at bemanningen er for lav den dagen. En sjef uttalte i intervjuet: ”men lengden på skjerminga, der ser jeg i etterkant at vi var litt sein til å prøve ut i avdelinga med litt sånn redsel...det å ta de ut av skjerminga”. Det kan ofte være vanskelig å vurdere hvorvidt det går bra eller ikke. Ofte er det derfor vanlig at en prøver ut først i kortere perioder. Går det bra er det riktig å oppheve vedtaket.

5.4.4.1 Konklusjon

Loven sier at alle lempeligere midler må tas i bruk før det gjøres et tvangsvedtak. Og det må være faglige og etiske grunner tilstede for at et vedtak fattes. Der en gjør et vedtak før det oppstår en farlig situasjon må alvorlighetsgraden vurderes. Hvis et vedtak fattes er det som oftest skjerming av pasienter som må sikres mot suicidforsøk.

5.4.5 For dårlige pasienter kan tvang oppleves som trygt?

På dette spørsmålet svarte 1 svært uenig, 2 svarte uenig, 1 nøytral, 27 enig mens 14 svarte svært enig. Det var et klart flertall for at skjerming kan oppleves trygt. Hvorfor det var såpass stor enighet kan ha flere grunner. For eksempel, når en skal skjerme en pasient, er ofte hensikten å få pasienten tryggere og ivaretatt. Mange skjermingsvedtak begrunnes i at pasienten er dårlig for eksempel psykotiske pasienter. De kan føle trygghet ved at de i en skjermingsenhet fikk mindre ytre stimuli og forholde seg til. De ville også få en tettere oppfølging enn på åpent avsnitt. Det vil også være tydeligere struktur med klare husordensregler å forholde seg til. Bortsett fra når det er vold og aggresjon hvor begrunnelsen er sikkerhet, vil de aller fleste av miljøpersonalet hevde det er uakseptabelt å skjerme en pasient uten en slik hensikt. For eksempel av plassmangel.

I studien til Norvoll (2007)⁴⁷ kom det fram at flere pasienter med angst og forvirring opplevde skjerming som positivt. Flere av personalet så også tiltaket som positivt. Disse pasientene hadde som regel et kortvarig opphold. I studien uttalte et personal:

”De fulgte med inn på skjermingsrommet uten å gi inntrykk for protest. I den første tiden der inne virket de mindre plaget og redde og mer avslappet i kroppsspråket. Denne typen inntreden i skjermingsrommet gjorde at skjermingen var preget av en mer tillitsfull og omsorgsfull kontekst hvor personalet uttrykte tydelig at de ønsket å hjelpe”.

At pasienter føler trygghet etter gjennomføring av tvangsvedtak kan altså gjelde for noen pasienter. Dette gjelder oftest skjermingsvedtak hvor pasienten kan få ro og tettere oppfølging av personalet. Men tidligere studier viser at disse pasientene er i mindretall (Norvoll 2007, Vatne (2006)⁴⁸. Flere pasienter Norvoll intervjuet i sin studie brukte uttrykk omkring opplevelsen av skjermingsopphold som fengsel, straff, buret inne, å sitte på glattcelle med mer. Flere pasienter opplevde at angsten ble forsterket.

opplevelsen av skjermingsopphold som fengsel, straff, buret inne, å sitte på glattcelle med mer. Flere pasienter opplevde at angsten ble forsterket.

⁴⁷ Norvoll, R. (2007); *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, s.267 og 273.

⁴⁸ Norvoll, R. (2007); *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. (Doktorgradsavhandling). Oslo. Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, s.267 og 268. Vatne, S. (2006); *Korrigere og anerkjenne*, s. 77. Gyldendal Akademiske, Oslo

Med hensyn til bruk av tvangsmidler kom ingen av lederne direkte inn på dette spørsmålet i intervjuet. Men en leder fortalte om at ”vi har jo pasienter her som absolutt vil være på skjerming, vi har pasienter som absolutt ikke vil være der”. Av de som ønsket seg skjerming kan en vel tolke dit hen at de følte seg trygge og ivaretatt der. En annen leder hadde noen erfaringer med pasienter som i samtale i etterkant uttrykte at det var nødvendig.

5.4.5.1 Konklusjon

Pasienter med sterk angst kan oppleve skjerming fra omgivelser trygt og ivaretagende. Men studier viser at mange pasienter opplever skjermingsoppholdet negativt. Noen kan også bli mer paranoide ved å bli sperret inne. Det er viktig at personalet på skjermet enhet viser en tillitsfull og omsorgsfull kontekst.

5.4.6 Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter

I spørreskjemaet svarte 2 svært uenig, 2 uenig, 8 nøytral, 19 enig mens 13 svarte svært enig (1 missing). Her svarte altså flertallet i begge grupper, ikke uventet, seg enig i spørsmålet. Hvorfor noen var uenig eller svarte nøytral kan ha sine grunner. Men det er vanskelig å forestille seg at tvang kan unngås i alle farlige og utagerende situasjoner. Hvorfor noen svarte nøytral kan også ha sine grunner. Men hvis de ikke har en formening om spørsmålet kan en undre seg over hvordan de vil stille seg når de havner i en slik situasjon.

Ingen av sjefene som ble intervjuet kom inn på dette spørsmålet. Spørsmålet ble heller ikke stilt i intervjuet.

Dette er situasjoner hvor bruk av tvangsmidler ofte brukes. Igjen må jeg henvise til loven om psykisk helsevern (se s. 10 og 11) at det må være ”uomgjenglig nødvendig i å skade seg selv eller andre, eller avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting”. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige”. Det er derfor ikke gitt at tvangsmidler kan brukes ovenfor potensielt farlige og utagerende pasienter. Å ha rykte på å være farlig i seg selv er ikke grunn nok til å bruke tvang. Og det kan være forskjellig hvordan personalet definerer en ”farlig” situasjon. Er for eksempel verbale trusler en farlig situasjon? Etter min forståelse av loven må det skje en episode med utagering eller at pasienten kommer med alvorlige og troverdige trusler eller aggresjon med utagering. Etter at alle lempeligere midler er brukt i forkant vil bruk av mekanisk tvangsmiddel ofte være aktuelt. Noen ganger kan holding av pasienten være tilstrekkelig. Å kjeffe, banne, skjelle ut, eller smelle i dører i en kort periode er ikke nok.

Personalet må i slike tilfeller prøve å roe ned pasienten med andre tiltak enn tvang. Hvis pasienten fortsetter til tross for at alle mulige alternative tiltak er prøvd ut og pasienten skaper uro og engstelige medpasienter må tvang vurderes. Type tvangsvedtak må vurderes etter alvorsgrad. Mest naturlig vedtak i et slikt tilfelle kan være skjerming”.

Et annet sentralt spørsmål er ansattes trygget på arbeidsplassen. Farlige og utagerende pasienter kan skape mye angst og uro i personalgruppa. Blir ikke dette tatt tak i, for eksempel med debrifing etter hver episode, regelmessig faglig veiledning, eller tiltak fra ledelse, kan det føre til et miljø som ikke klarer å vurdere slike situasjoner på en faglig og etisk måte. Vedvarer dette over tid kan det være med på å prege kulturen med hensyn til bruk av tvangsmidler. En ansatt kommenterte i spørreskjemaet ”Bruk av tvang gjenspeiler ofte kultur i enhet/avdeling”.

5.4.6.1 Konklusjon

Lov om psykisk helsevern sier at bruk av tvangsmidler kun kan brukes når det er nødvendig å hindre skade på seg selv eller andre, betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Å anta at en pasient er farlig er ikke nok. Farlige og utagerende pasienter kan skape angst i personalgruppa. For å redusere denne belastningen er det viktig at personal som utsettes for utagerende episoder får en debrifing i etterkant. Regelmessig faglig veiledning og tiltak fra ledelse er viktig for å skape et tryggere miljø i avdelingen. Graden av tvangsbruk gjenspeiler ofte kulturen i avdelingen.

5.5 Tvang som behandling – positivt syn på tvang

Tvang kan også sees i et positivt lys av flere grunner, både for pasienter og personalet (sikkerhet). Til spørsmålet om tvang er positivt som behandling setter lov om psykisk helsevern grenser. Tvangsvedtak om skjerming, som tidligere nevnt, åpner for at det kan i visse tilfeller ha en behandlingmessig grunn. Andre tvangsmidler kan ikke brukes som behandling.

Bruk av tvangsmidler er, som tidligere nevnt, ofte nødvendig når en pasient utagerer fysisk eller ved alvorlig selvskadning. Jfr § 4-8 i psykisk helsevernloven kan tvangsmiddel brukes for å sikre personal, pasienter og inventar. Og hvis det kan hindre slike negative konsekvenser kan en si at tvangsbruken er positiv.

Men bruk av tvangsmidler er ikke lov som behandling, men derimot når det gjelder vedtak om skjerming åpner loven for at det av behandlingsmessige grunner er nødvendig. Noen eksempler kan være at en psykotisk pasient virrer rundt i avdelingen og kler seg naken i oppholdsrom, har panikkangst, mener seg forfulgt og overvåket eller hører stemmer i hodet sitt. I behandlingshenseende kan denne pasienten i en periode ha godt av færre inntrykk å forholde seg til og alltid ha et personal tilgjengelig. Skjerming som behandling kan ha som hensikt å:

- Hjelp pasienten til indre samling
- Beskytte/skåne andre pasienter
- Gi personalet oversikt slik at det kan fungere terapeutisk

(Lorentzen, von Krogh og Island 1984)⁴⁹

Det er lovpålagt at ved skjerming av pasienter i eget rom eller i en skjermet enhet, skal det alltid være minst et personal tilstede eller lett tilgjengelig. For at behandlingseffekten skal virke optimalt er det viktig at personalet både har faglig kompetanse, kjenner pasienten godt og så godt det lar seg gjøre bygge opp tillit. Har skjerming en god effekt på behandlingen kan en si at vedtak om skjerming er positivt.

5.5.1 Det burde brukes mer tvang i psykiatrien?

På dette spørsmålet svarte 13 svært uenig, 19 uenig, 10 nøytral, 2 enig mens 1 var svært enig. Enda en gang er det en stor andel som svarer nøytral på spørsmålet. Etter min mening må en som jobber i en akuttpsykiatrisk avdeling, hvor en mange ganger er nødt til å bruke tvang, et spørsmål en må ta stilling til. Dette er et spørsmål om etikk, fag og om hva loven sier.

Spørsmålet om tvangsbruk i psykiatrien reguleres først og fremst av lovverket. Men en lov kan sjelden tolkes 100 % bokstavelig. For eksempel hvor alvorlig må utageringen være for å bruke tvangsmiddel? Eller hvordan vurderer en at alle lempeligere midler er tatt i bruk? Et annet spørsmål er om de som mener det brukes for lite tvang mener at loven bør åpne for en lavere terskel for å bruke tvangsmiddelbruk. Her må det nevnes at både myndigheter og flertallet av fagfolk innen psykiatri mener reduksjon av tvang innen psykiatri er nødvendig. Som tidligere beskrevet kan bruk av tvang gjenspeile hvilken kultur som dominerer i avdelingen. Det kan være ulike kulturer ved de forskjellige sykehus og avdelinger i Norge.

⁴⁹ Lorentzen, von Krogh og Island (1984), sitert i Strand (1990); Fra kaos mot samling, mestring og helhet. s. 99. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

5.5.1.1 Konklusjon

Det kan være delte meninger om dette spørsmålet blant ansatte. I denne studien var både miljøpersonalet og ledelsen uenig at det må brukes mer tvang. Myndigheter og flertallet av fagpersonellet innen psykiatri i Norge mener tvangsbruken må reduseres.

5.5.2 Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang

På dette spørsmålet svarte 6 svært uenig, 12 uenig, 11 nøytral, 11 enig mens 5 svarte svært enig. At fordelingen blant ansatte var tilnærmet likt fordelt kan ha flere grunner. En grunn kan være at tolkningen av lovverket ble oppfattet forskjellig. De som sa seg enig kan muligens begrunne det med overnevnte forhold mens de som sa seg uenig la vekt på at loven ikke åpnet for tvang generelt for disse pasientene. Som ved flere av de andre spørsmålene svarte ansatte nøytral. Hvorfor kan handle om tidligere nevnte antagelser. I intervjuet med sjefene kom ingen inn på dette spørsmålet.

Man kan ikke si generelt at pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang. Men ofte henger liten sykdomsinnsikt sammen med handlinger og uro som krever vedtak om tvang. For eksempel kan en psykotisk pasient i "blomstrende fase" ha vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner som pasienten er sikker på eksisterer. Da er det sannsynlig at pasienten ikke har evne til å kunne ivareta egne behov og innse at han/hun trenger intensiv behandling. Samtykkekompetansen vil da ikke gjelde og dermed vil et skjermingsvedtak med "en til en kontakt" være naturlig. Pasienter som ved innleggelsen er beruset og av den grunn ikke er i stand til å se behovet for behandling, vil i de fleste tilfeller, kreve et skjermingsvedtak. Det kan være pasienter som blir urolig eller oppleve mer eller mindre ubehag ved å ha en beruset person rundt seg. Disse forhold kan vurderes både som et nødvendig behandlingstiltak og beskyttelse av pasienten selv og andre pasienter. I vurderingen av mulig tvangsvedtak må en også ta i betraktning pasientens atferd. Det å ikke ha sykdomsinnsikt er ikke i seg selv grunn til å fatte vedtak.

5.5.2.1 Konklusjon

Psykotiske pasienter har ofte liten sykdomsinnsikt. For disse pasientene kan et skjermingsvedtak være aktuelt for å gi pasienten støtte, ivareta basale behov, gi trygghet og omsorg, være samlende og beskytte mot skadelig atferd. Berusede personer som ikke innser sitt behandlingsbehov må som regel skjermes på eget rom til vedkommende er edru/nykter. Hvis da pasienten ser mer realistisk på sin egen tilstand kan skjermingsvedtaket oppheves.

5.5.3 Om regressive pasienter trenger tvang?

På dette spørsmålet svarte 6 svært uenig, 14 uenig, 19 nøytral, 5 enig mens 1 svarte svært enig. Igjen kan forskjellen her være tolkning av lovverket eller oppfatning av hva som er god behandling for denne gruppen pasienter. At såpass mange ansatte svarte nøytral på spørsmålet virker påfallende. Det kan muligens ha å gjøre at det å være regressiv kan utarte seg forskjellig og det er ikke er gitt at en generelt kan bruke tvang, men vurderes i hvert enkelt tilfelle. En annen forklaring kan være at begrepet regressiv er uklart for noen. I intervjuet med lederne kom ingen inn på dette spørsmålet.

At en pasient er regressiv betyr at han/hun preges av primitiv og barnslig atferd. Det regnes som en form for primitiv forsvarsmekanisme. Denne forsvarsmekanismen ser man ofte hos psykotiske pasienter.

Ved dette spørsmålet åpner ikke loven for generelt å fatte tvangsvedtak for denne gruppen pasienter. Av samme grunn som nevnt i forrige spørsmål kan vedtak om skjerming være aktuelt som en del av behandlingen.

5.5.3.1 Konklusjon

I følge loven vil en generelt ikke ha hjemmel til å bruke tvang i behandling av regressive pasienter regressive pasienter. Men regressive pasienter kan ha en atferd som virker plagsom for andre pasienter eller er blamerende. Et skjermingsvedtak kan da være riktig som en del av behandlingen.

5.6 Ansattes svar på spørreskjema 2 (N 43)

5.6.1 Spørsmål A - er omgivelsene egnet for å møte bruk av tvangsmidler ved avdelingen?

En faktor som er viktig med hensyn til bruk av tvang er omgivelser. I uegnede omgivelser er det en mer eller mindre stor utfordring å gjennomføre et tvangsvedtak.

Resultatene av ansattes svar på dette spørsmålet var: 15 svarte nei mens 25 svarte ja (3 missing). At et betydelig antall ansatte mente at omgivelsene ikke var gode nok til denne problematikken er betenkelig.

Det var flere kommentarer om dette spørsmålet. Disse var:

- Trenger ny belteseng
- Nytt bygg uten toalett i tilknytning til belterom
- Egnede rom for skjerming er fraværende
- Enhet for mottak har ingen enhet for skjerming (leder)
- Det er ikke tilstrekkelige omgivelser i forhold til skjerming på rom
- Mange trange steder
- Enheten har ingen skjermingsenhet, rommene er for små til at pasienten kan skjermes på rom og at beltesenga er for bred slik at det kan være vanskelig å få den inn (leder).
- For små rom gjør at skjerminga på rom kan være vanskelig
- Både ja og nei

Eller at personal som har hatt plassproblemer i en situasjon ”ser” bedre enn andre personal at noen steder er for trange. Sykehuset opprettet et nytt bygg for akuttpsykiatriske enheter for 2-3 år tilbake. Det var ment til å bli mer egnet enn det gamle akuttbygget. Tilbakemeldingene fra ansatte etter en tid var at mye var bedre enn før mens noe ble opplevd dårligere. Men oppholdsstua synes de lå for nærme vaktrommet. Beliggenheten på stua i det gamle bygget var de mer fornøyd med.

Når det er nødvendig å gjennomføre et vedtak om bruk av mekanisk tvangsmiddel, kan trange plasser eller korridorer føre til ekstra vanskeligheter i gjennomføringen. Det er viktig at et slikt tiltak gjennomføres mest mulig skånsomt. Det å iverksette et slikt tiltak krever vanligvis 5-6 personer. Er det for trangt slik at personalet ikke har nok fysisk rom for gjennomføringen, kan den bli klossete gjennomført og i verste fall påføre pasienten en ekstra unødvendig belastning. Og hvis personalet ikke har nok bevegelsesfrihet kan de ”stå lagelig til for hugg” og få påført ytterligere vold. Eller hvis det er fysiske harde gjenstander pasienten kan ta tak i når en situasjon oppstår kan det føre til at pasienten bruker det som våpen. Det er også viktig at en belteseng er lett tilgjengelig slik at en ikke bruker unødig tid eller leting hvis en situasjon oppstår.

Ved vedtak om skjerming er det viktig at rommet/skjermingsenheten er tilpasset det som er nødvendig for å håndtere skjermingen på en mest mulig hensiktsmessig måte. Og pasienten må oppleve skjermingsoppholdet minst mulig negativt. Lite egnede steder for skjerming kan være en utfordring for personalet i så måte.

Omgivelsene må, så langt det er mulig, ikke inneholde gjenstander som pasienten kan skade seg selv eller andre med. For eksempel en litt tung blomstervase som pasienten kan true med eller i verste fall skade personalet. Eller hvis pasienten er skjermet pga. høy selvmordsfare er det viktig, som nevnt i kapittel 5.4.2, at det ikke er tilgjengelig gjenstander som kan brukes til gjennomføring eller selvskading. Å sikre seg 100 % mot dette kan være praktisk vanskelig. Noen pasienter kan ofte ha bedre fantasi for gjennomføring enn det personalet klarer å se. Men noen tiltak kan gjøres. For eksempel å sikre tilgjengelighet til belte, skjerf, knivbestikk, gjenstander av glass, tykke skolisser med mer.

Hvis en går inn for maksimal sikkerhet er det viktig at enheten/rommet ikke virker stusselig med et kaldt og uharmonisk preg. Negative omgivelser kan senke terskelen for aggressive utbrudd og utagering. For eksempel kan pasientene oppleve det negativt at maten serveres i plastservice, færre pyntegjenstander, metalltoalett uten mulighet for knusing, fastskrudde møbler, klær pasienten er glad i blir fratatt pga fare, pasienten blir overvåket nesten hele døgnet, strikking ikke tillatt eller begrenses, strenge besøksrutiner etc. Pasientens opplevelse av å være skjermet i slike omgivelser vil kunne virke negativt både på videre behandling og hensikten med skjermingen. Mye kan gjøres for at enheten ikke virker så stusselig uten at det går ut over sikkerheten. For eksempel kan bilder skrus fast i veggen og være rammet inn i plast, service kan ha mønster og som annet service, ufarlige pyntegjenstander og duker, stilfullt møblement selv om de er skrudd fast, planter i plastpotters med mer. Men å få til 100 % sikre omgivelser vil være en umulig oppgave. For eksempel kan pasienter som kommer tilbake fra permisjon smugle inn farlige gjenstander. Lov om psykisk helsevern § 4-6 tillater ransaking kun ved begrunnet mistanke, noe som er en utfordring.

Det kan også være positivt at pasienten gis mulighet for aktiviteter i og utenfor skjermet enhet. En tur ut med personalet i et stille område kan også ha en skjermet effekt og samtidig være positivt for behandlingen. Studien til Gamme (se s.39) omkring skjerming og brukervedvirkning ved en akuttavdeling i Norge. Ved denne avdelingen prøvde de ut å gi pasientene mer "utetid". Det vil si at de lot noen pasienter som måtte skjermes på rommet, som for eksempel hadde problemer med relasjoner til andre pasienter, få tilbud om "utetid". Det kunne være turer med personalet, stelle hest eller gå på ski. Pasientenes ønsker ble dermed mer hørt på. Tilbakemeldingene fra de pasientene som fikk tilbudet var at de fikk nok tid utenfor enheten. Ingen opplevde seg som innestengt. Kun en mente at bevegelsesfriheten var innskrenket. Aktivitetene ble opplevd lystbetont og det så ut til at pasientene fikk en

opplevelse av mestring. Få av disse ga tilbakemelding om at de opplevde skjermingen som straff. De erfarte at disse endringene ikke førte til mer bruk av belter, heller redusert det litt.

5.6.1.1 Konklusjon

Det er viktig at en akuttenhet har omgivelser som oppfattes som behagelig, noe som kan bidra til bedring og færre aggressive utbrudd. For at gjennomføring av tvangsmiddelvedtak skal foregå så skånsomt som mulig kan trange korridorer og små rom kan være lite egnet. For å sikre at pasienter ikke skader seg selv eller andre må gjenstander som er egnet til dette fjernes eller sikres. Det må være et areal for å gjøre lystbetonte aktiviteter. Mange av kommentarene på spørsmålet var negative. Flere gikk på at rom korridorer var for små og lite egnet for skjerming. En kan vel kanskje anta at arkitektene har fått for liten rådgivning med hensyn til utforming av en akuttpsykiatrisk enhet?

5.6.2 Spørsmål B – om en hadde nok kunnskaper om lover og forskrifter ved bruk av tvangsmidler.

På dette spørsmålet svarte: 7 nei mens 36 svarte ja. Kommentarer på dette spørsmålet var:

- Her svares både ja og nei
- Stort sett
- Samtidig finnes det behov for mer kunnskap omkring dette
- Planlagt internundervisning om lovverk på avdelingen nå

Med hensyn til viktigheten av å inneha lovkunnskapene svarte et forholdsvis stort antall av miljøpersonalet at de ikke hadde nok kunnskaper om lovverket. Men samtidig var antallet som svarte at de hadde nok kunnskaper såpass høyt at det sannsynligvis alltid vil være tilstede noe personal som kan korrigere og veilede hvis noen gjør feil på en vakt. At noen syntes de ikke hadde nok kunnskaper kan ha noen forskjellige grunner. For eksempel kan en nyansatt sykepleier ikke satt seg nærmere inn i lovverket utover den undervisningen som er gitt under utdanningen, som også kanskje er mange år tilbake. Å kunne alle paragrafer og forskrifter kan ta tid. Eller rett og slett at sjefene av forskjellige grunner (for eksempel ressurser) ikke gir nok rom for personalet å sette seg inn i det i form av undervisning og veiledning. Men det må sies at ansatte har et lovpålagt ansvar å sette seg inn i aktuelle lover. Står en i en situasjon hvor tvang må vurderes må en selvfølgelig kunne lovverket.

For sjefer og behandlere som har et ansvar som berører tvangsvedtak er det en utfordring å sørge for at involverte personal har kunnskaper om lovene. Hvis et personal alene havner i en situasjon hvor en aggressiv pasient skjeller ut dette personalet (uten at vedkommende forstyrrer medpasienter) og dette personalet ikke er klar over loven, kan det i ytterste konsekvens føre til lovstridig handling. Som et tenkt tilfelle kan vedkommende bli engstelig og holder pasienten fast fysisk eller holder døren lukket over en kort tid uten hjemmel i loven da dette krever vedtak. Hvis da situasjonen løser seg uten at en ikke informerer de andre som er på jobb, kan det formelle etter lovverket ikke blir utført. Da vil det være lovstridig og kan få konsekvenser. Selv om pasienten ikke blir vesentlig skadelidende, kan vedkommende klage til kontrollkommisjonen. Avdelingen/personalet vil kunne få en ”skrape” hvis pasienten får medhold i klagen. Da kan omdømmet til avdelingen bli skadelidende. Verre er det hvis flere av personalet ikke har nok kunnskaper og disse får dominere i en situasjon hvor for eksempel beltebruk kan være aktuelt. Hvis det så hadde seg at denne situasjonen kunne løses ved hjelp av alternative løsninger kan det medføre et unødvendig traume pasienten. Eller hvis det lovpålagte tilsynet ikke blir fulgt opp. Det skal alltid være personal tilstede med kontinuerlig tilsyn ved beltelagte pasienter. Det holder for eksempel ikke at et personal sitter i korridoren utenfor med døra litt på gløtt uten å se hele pasienten. For utilfredsstillende tilsyn kan få konsekvenser for pasienten. Ved manglende tilsyn kan en risikere at fysiske skader ikke bli oppdaget i tide. Det kan være skader som er oppstått i ”basketaket” som ikke var synlig med det første eller sår fordi remmene ikke er godt nok tilpasset. Veldig alvorlig er det hvis pasienten for eksempel utvikler komplikasjoner som i verste fall død. Et skriv fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011)⁵⁰ påpeker at beltelegging innebærer risiko for fysiske skader og dødsfall hos pasienter som dehydrering, sirkulasjon og hudproblemer, tap av muskelstyrke og mobilitet, inkontinens og dyp venetrombose. Mange pasienter kan være predisponert for fysiske skader fra før, som røyking, dårlig kosthold, lite fysisk aktivitet med mer.

5.6.2.1 Konklusjon

Det må være et krav om at ansatte som kan bli involvert i tvangsvedtak kan lov om psykisk helsevern. Når det er gjennomført et vedtak om bruk av mekanisk tvangsmiddel er det lovpålagt med kontinuerlig tilsyn. Ved skjerming av pasient skal et personal ha regelmessig tilsyn og hele tiden være tilgjengelig. Hvis pasienten ønsker det kan han/hun være alene på rommet.

⁵⁰ Helse og omsorgsdepartementet (2011); Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. NOU 2011:9, 10.2.1.

5.6.3 Spørsmål C – om en har vært involvert i episoder der pasienten har fått medhold i klage til kontrollkommisjonen i henhold til Lov om Psykisk Helsevern § 6-1.

Pasienter har mulighet til å klage på tvangsvedtak til kontrollkommisjonen. 29 svarte nei mens 12 svarte ja (2 missing).

At over halvparten av ansatte svarte at de var involvert i en tvangsmiddelsituasjon hvor pasienten hadde fått medhold i klagen må sies å være en høy andel. Det tyder på at lover og forskrifter ikke har blitt fulgt i disse tilfellene. Hva er grunnen til det? Er det som nevnt over at noen ikke har nok kunnskaper om hva loven sier? Det ble ikke gitt noen spesielle begrunnelser i kommentarene. Disse var:

- Husker ikke
- Har ikke hatt så mye med kontrollkommisjonen
- Usikker
- Kanskje en gang

En stor utfordring for den enkelte ansatte som er involvert i en episode hvor tvang vedtas og gjennomføres er hvilken informasjon en har fått. Hvis en kommer til i ettertid og ikke har sett foranledningen er en nødt til å stole på det en ser og er informert om der og da. Hvis det viser seg at vurderingen var feil i følge loven, kan en bli trukket inn i klagen selv om en ikke hadde mulighet til å oppfatte dette i situasjonen. Et annet forhold er om en i situasjonen er i tvil om dette riktig kan det være feil å trekke seg ut fordi det kan gjøre gjennomføringen mer kaotisk og utrygg. Det er vanlig å ta opp dette spørsmålet i ettertid og hvis en innser at dette var feil må en be pasienten om unnskyldning og informere han om klageretten til kontrollkommisjonen.

5.6.3.1 Konklusjon

At flere av ansatte hadde vært involvert i saker hvor kontrollkommisjonen hadde gitt pasienten medhold i klage, tyder på at lov om psykisk helsevern ikke alltid har blitt fulgt. En mulig forklaring på dette er at ikke alle ansatte kan lov om psykisk helsevern. Forskjellige oppfatninger av loven kan føre til splittelser blant personalet og i verste fall utvikle en ukultur i spørsmålet om bruken av tvang.

5.6.4 Spørsmål D – om en har fått tilfredsstillende opplæring til å håndtere konfliktsituasjoner

På dette spørsmålet svarte 11 nei mens 32 svarte ja på spørsmålet. Kommentarene var:

- Men kan repeteres
- Kunne trengt mer opplysninger og diskusjoner rundt dette temaet
- Men det er rom for forbedring. Slik opplæring kan det gis mer av
- Ikke fått noen opplæring, men har til enhver tid kollegaer rundt meg
- Eg har fått opplæring siden eg starta opp for over 20 år siden (leder)
- Men det er viktig å trene på dette regelmessig

Å kommunisere med en pasient som er truende eller ute av balanse er en stor utfordring med hensyn til utfallet. Det finnes mange kurs og studier hvor innholdet er kommunikasjonsferdigheter. Opplæring i kommunikasjon med pasienter inngår også i profesjonsstudiene. Svarene og kommentarene tyder på at behovet for undervisning/kurs er til stede. For nyansatte med liten erfaring vil dette være spesielt viktig. For erfarne ansatte er det viktig kunne oppdatere seg jevnlig.

Å ha gode kunnskaper i konflikthåndtering er altså viktig i møte med en aggressiv pasient. I en situasjon hvor det er fare for at situasjonen eskalerer og bruk av tvangsmiddel kan ende med en voldsutøvelse, kan kommunikasjon være avgjørende for utfallet. I en konfliktsituasjon er kommunikasjon mellom partene mer eller mindre låst. Det er derfor viktig å kunne gjenopprette en konstruktiv dialog med pasienten. Hvordan en kommuniserer med pasienten, både non - verbalt og verbalt, kan være avgjørende om situasjonen eskalerer eller ikke. Non – verbal kommunikasjon viser hvilke uttrykk en formidler gjennom kroppsspråk og mimikk. Eksempel på non – verbal kommunikasjon kan være hvordan personalet viser frykt, sinne, stemmebruk, kroppsbevegelser med mer. Verbal kommunikasjon er muntlige ord. Ivey (1988)⁵¹ påpeker at aktiv lytting, samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter er avgjørende for profesjonell kommunikasjon. Aktiv lytting mener de er den mest sentrale ferdighet en må ha for å få løst en konflikt. Ferdigheter en må inneha for aktiv lytting deler de opp i følgende punkter:

⁵¹ Ivey, I. A. (1988); I Eide & Eide (2007), Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk, s. 23.
Gyldendal Akademisk, Oslo

- Non – verbal atferd som viser at man er henvendt mot, oppmerksom på den man snakker med.
- Små verbale oppmuntringer som viser at man er til stede og følger med på det som sies
- Å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om.
- Å parafasere eller reformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig.
- Å speile den andres følelser og dermed formidle at man forstår den andres emosjonelle verden.
- Å sammenfatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om.

(Ivey 1988)

Andersen (2002)⁵² mener at det ikke er nok å lytte til ordene som blir sagt men også:

”ser også hvordan den snakkende hører sine egne ord. Den lyttende vil merke at noen av de talte ordene ikke bare høres av, men også beveger den talende. Denne talendes bevegelser kan sees og/eller høres; av og til kan det komme et drag over den talendes ansikt, hendene kan knyttes eller åpnes, det kommer en hoste, en tåre vises, det blir pause osv.”

(Andersen 2002, s. 322-323)

Det er en ekstra utfordring å klare å gjennomføre en samtale med en svært aggressiv pasient. Og forstyrrende elementer som for eksempel språkvansker, sterk emosjonell tilstand, kulturbakgrunn vrangforestillinger med mer.

5.6.4.1 Konklusjon

For å møte konflikter som potensielt kan føre til vedtak om tvang er det viktig at personalet har ferdigheter i kommunikasjon og konflikthåndtering. Disse ferdighetene kan i høy grad bidra til å unngå tvangsvedtak. I denne sammenheng er både verbal og non – verbal kommunikasjon viktig i interaksjonen med pasienten. Det å være bevisst hva en selv

⁵² Andersen, T. (2003); I Rønnestad M. H. & von der Lippe, A. (redaktør). *Det Kliniske Intervjuet*. Kapittel 13, S. 322-23. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

formidler og hva pasienten formidler kan være avgjørende for utfallet. Svarene tyder på at noen har et behov for opplæring.

5.6.5 Spørsmål E – om ansvarsfordelingen mellom ledelse, vedtaksansvarlig og øvrige postpersonalet er tydelig.

Her svarte 15 nei mens 27 svarte ja (1 missing). Kommentarene på spørsmålet var:

- Personavhengig (leder)
- Ønsker tydeligere signaler om tvangsbruk
- Rot i forbindelse med ansvarssykepleier sitt vedtak om f. eks. bruk av belter i farlige situasjoner. Leger som ikke skriver under på vedtak, uklare retningslinjer
- Noen ganger virker det utydelig, noe som ligger i ansvarsfordelingen. Man planlegger ikke tvangsbruk, det er noe som skjer der og da i den aktuelle situasjonen, og som de som er til stede må avgjøre
- Dette burde absolutt bli mer konkret, da det ofte er usikkerhet rundt dette
- For det meste, men ”glipper” av og til (leder)
- Dette spørsmålet er det viktig å ha klarhet i for administrering og gjennomføring av et tvangsmiddelvedtak. Vet ikke ansatte om sine roller og ansvarsområder kan det føre til lovstridig bruk av tvangsmidler. Beskrivelse av ansattes roller og ansvar vil jeg henvise til kapittel 3.4.1.

Å tydeliggjøre dette for alle ansatte i en stor organisasjon som helseforetaket er vil være en stor utfordring for både de enkelte sjefer og sykehusets administrasjon. Behovet for tydelighet synes absolutt å være til stede.

5.6.5.1 Konklusjon

Svarene på dette spørsmålet tyder på at det må jobbes med å tydeliggjøre ansattes ansvar og roller. Avklaring på dette spørsmålet er viktig før vedtak og gjennomføring for å unngå misforståelser og rot. Sjefer og administrasjon har et hovedansvar for å gi denne informasjonen.

5.6.6 Spørsmål F – om opplevd etiske dilemmaer ved gjennomføring av tvangsvedtak

Etiske dilemmaer ved bruk av tvang er svært sentralt og de fleste som involveres i tvangsbruk vil oppleve dette. Å forholde seg til et etisk dilemma er en stor utfordring.

Her svarte 5 nei mens 38 svarte ja. Kommentarene til dette spørsmålet var:

- Opplevd at det utøves mye ”tvungen frivillighet og ”frivillig tvang” (leder)
- Reglementet om ikke røyking/beruset tilstand/ fysiske konfrontasjoner/utagering og bruk av tvang for å håndheve reglementet [kan av og til oppleves som dilemma]
- Beltelegging av pasienter over lengre tid. Beltelegging av pasienter med føringer om at pasienten skal ligge over natten. Å se pasienten blir liggende i belter uten at det settes nok tid og ressurser inn på å benytte medisiner. Pasienter som blir liggende i belter, begrunnet i sikkerhet, framfor å bemanne opp
- Ja, men diskusjoner/debrifing ift tvang gjør at man har mulighet til å snakke rundt dette

Ikke uventet har flertallet opplevd etiske dilemmaer i forbindelse med tvangsbruk. En mindre andel svarte at de ikke hadde opplevd etiske dilemmaer. Men det behøver nødvendigvis ikke bety at en handler ureflektert ved tvangsvedtak. Det kan ha flere andre grunner. For eksempel kan vedtakene/situasjonene ha vært av en slik art at det ikke var tvil om at bruk av tvang var et nødvendig onde for å begrense skaden minimalt. Eksempler kan være at en aggressiv og voldelig pasient uten tvil hadde påført andre vesentlig skade hvis han/hun ikke hadde blitt stoppet eller stoppe en pasient som aktivt prøvde å skade seg selv alvorlig. Eller rett og slett ikke har vært ansatt så lenge at en ennå ikke har møtt slike dilemmaer. Etikk ligger ofte i ”ryggraden” hos de fleste. Ofte handler man etisk riktig uten å tenke over det. Men en kan ikke se bort i fra det faktum at noen av personalet har reflektert lite over problematikken. Forhåpentligvis er disse i mindretall. Kommentarene viser refleksjon over problematikken. Samtidig kommer det fram et par utidige erfaringer som har skapt etisk ubehag.

I en situasjon hvor bruk av tvangsmiddel eller situasjon som kan medføre bruk av tvangsmiddel oppstår det en spesiell relasjon mellom personalet og pasienten. Bruk av tvang ovenfor pasienter er et stort inngrep i pasientens personlige sfære. Løgstrups filosofi om den etiske fordring (se s.22-23) vil si at ”den enes liv er forviklet med den andre”. I denne sammenhengen kan en si at personalet og pasienter berører hverandres liv i løpet av perioden pasienten er innlagt. Ekstra sårbart blir denne berøringen når tvang må utøves mot pasienten. Sårbarheten gjelder begge parter. Personalet ser på seg selv først og fremst som en hjelper for pasientene. Formålet og oppgavene personalet har som ansatt er å hjelpe pasienten med sine problemer og lidelse. Og mange velger yrket fordi de ønsker å jobbe med og hjelpe mennesker som lider. I de fleste tilfeller opplever pasienten tvangen mer eller mindre som en

krenkelse der og da. Når da personalet står i den situasjon hvor en må utøve tvang kan ens syn som hjelper settes på alvorlig prøve. Og å utøve tvang mot et annet menneske strider mot normene for hvordan en normalt samhandler med mennesker i dagliglivet. Disse motsetningene kan føre til et vanskelig etisk dilemma for personalet hvor løsningen må avgjøres på kort tid. I et konsekvensetisk perspektiv kan det være mange valgmuligheter for handling. For eksempel hva blir konsekvensen hvis en velger å ikke gripe inn med tvang og håper at situasjonen løser seg selv etter en tid? Hva blir konsekvensen for videre tillitsforhold? Hvilken type tvang, holding, skjerming, beltelegging, tvangsmedisinering, isolasjon, er mest hensiktsmessig og mest human i situasjonen? Konsekvenser for videre behandling? Hva med sikkerhet og konsekvenser for andre? Disse forhold må, ved siden av det faglige, også vurderes etisk.

I utøvelse av tvang er det personalet som har makten i form av sin posisjon og den fysiske overlegenhet ved at flere er med på gjennomføringen, makt i form av lover og forskrifter hvis vedtaket og gjennomføringen blir gjort i henhold til disse. Det er også et maktforhold i relasjonen mellom pasient og personalet hvor pasienten er hjelpetrengende og er avhengig av personalet som hjelper. Løgstrup (1956)⁵³ mener at all relasjon er en maktrelasjon. Dette maktforholdet er gjensidig og det vil si det er en etisk fordring til den enkelte. Den etiske fordringen vil si at personlig utlevering ikke er mulig uten at vi utleverer oss. Denne selvutleveringen hevder Løgstrup at ”den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dens liv i sin hånd” Løgstrup mener ”under alle omstændigheder udspiller vores liv med og mod hinanden sig altid i relationer af afhængighed og magt”. Videre mener han ” i mødet er man altid stillet i det alternativ enten at bruge sin makt over den anden til at fremme hans eller hendes liv eller til det modsatte”.

Personalet har makt med hensyn til hvordan hjelpen gis og i hvilken grad pasienten får hjelp. Makten er ujevnt fordelt hvor pasienten vil være den tapende part i gjennomføring av tvang. Institusjonen i seg selv er også en maktfaktor ovenfor pasienten i form av husregler, låst dør eller ikke, muligheter for kommunikasjon med omverdenen, begrensninger i hvilke eiendeler pasienten kan ha i avdelingen (for eksempel neglesaks og lignende) etc.

5.6.6.1 Konklusjon

Bruk av tvangsmidler fører ofte til etiske dilemmaer, noe som kan være en stor utfordring. Å bruke tvang ovenfor pasienter er et stort inngrep på pasientens integritet og personlig sfære.

⁵³ Løgstrup (2010). *Den etiske fordring*, s.25. Forlaget Kim, Aarhus

Selv om tvang er nødvendig i situasjoner kan opplevelsen som oftest føles krenkende hos pasienten der og da. For personalet som har en hjelperolle vil bruk av tvang stride mot ens normer for menneskelig interaksjon. Maktrelasjonen mellom pasienter og personal er ujevn og pasienten er som regel den tapende part. Kommentarene viser refleksjon over spørsmålet.

5.6.7 Spørsmål G – om en har nok innflytelse ved din avdeling om at meningene dine om problematikken blir hørt på?

Her svarte 11 nei mens 32 svarte ja. Kommentarene til spørsmålet var:

- Er mye på min avdeling, men føler jeg blir hørt (svakt ja)
- Man opplever dessverre at man kan bli overhørt som sykepleier i en slik diskusjon med behandlende lege

Her svarte en forholdsvis høy andel nei på om de følte de hadde blitt hørt på. Hvis det var slik at personalet opplevde at ens meninger blir ignorert uten begrunnelse er det alvorlig. Men hvis en var uenig og andre var uenig i ens mening og dette ble begrunnet saklig er det legitimt. Er vedkommende fremdeles uenig må han/hun ta stilling til hvordan en skal forholde seg til spørsmålet framover, om en kan leve med uenigheten eller ikke. At en ikke får gjennomslag for sin mening betyr ikke nødvendigvis at en ikke blir hørt på. Uenighet må ikke splitte miljøet negativt. Å ha rom for å kunne diskutere åpent i miljøet er viktig med hensyn til alle de utfordringene en står ovenfor ved bruk av tvang.

I en akuttavdeling må en ofte ty til tvangsmidler. Det er som nevnt tidligere at tvang må brukes faglig forsvarlig og etisk veloverveid. Hva som er riktig faglig og etisk kan variere noe blant personalet. Derfor er det viktig at spørsmål om denne problematikken løftes fram. Det må kunne være rom for at en kan snakke åpent om meninger og synspunkter i diskusjoner, i veiledning, behandlingsmøtet etc. Det er viktig at en kommer fram til en konsensus som alle er komfortable med. At det er rom for dette handler også mye om avdelingskultur. Hvis dette rommet ikke er til stede og behandlingsmiljøet har et snevert syn på problematikken må det kunne kalles en uakseptabel kultur. En slik kultur kan medføre mistriksel og føre til at enkelte ansatte slutter. Mistriksel blant ansatte vil også kunne påvirke behandlingen av pasientene. Pasienter, som de fleste, merker dårlig stemning i et miljø. For å trives i en slik jobb må ansatte være komfortable med det faglige og etiske i de oppgavene en har ansvar for.

5.6.7.1 Konklusjon

Det er viktig kunne snakke åpent om problemer, etiske spørsmål, uenigheter med mer, både med ledelse og miljøpersonalet. Hvis det ikke er rom for dette, kan det utvikles et miljø som ikke ivaretar hverandre. Det kan være traumatisk å ikke være en del av fellesskapet. Det kan hende at en ikke ivaretar disse behovene. Det er viktig at alle medarbeidere føler seg inkludert i miljøet.

5.6.8 Spørsmål H – om behov for debriefing etter utagerende episoder

Personalet som jobber i akuttpsykiatrien er ofte utsatt for vold og aggresjon på jobben. Dette er en virkelighet som ansatte må forholde seg til og leve med, noe som er en stor utfordring. Aggresjonsproblematikk vil alltid oppstå hos noen pasienter. Å bli utsatt for dette kan ofte oppleves traumatisk og i verste fall kunne utvikle post – traumatisk stresslidelse. For å forhindre senvirkninger av traumatiske hendelser er et viktig tiltak å foreta en debriefing i etterkant av episoder. Uten en slik mulighet vil være uakseptabelt i en jobbsituasjon. Ansatte som ikke blir ivare tatt med hensyn til denne problematikken vil sannsynligvis ikke holde lenge ut i jobben. Her spiller også arbeidsmiljøloven inn (se kapittel 4).

Av miljøpersonalet svarte 11 nei mens 32 svarte ja. Kommentarene på spørsmålet var:

- Kommer an på situasjonen
- Avhengig av situasjonen og alvorlighetsgrad
- Ja, fordi det er ingen episoder som er like. Hva kunne vært gjort annerledes osv.
- Dette gjør jeg automatisk når situasjonen roer seg (leder)
- Forbedringspotensialet på rutiner tilknyttet debriefing er absolutt til stede
- Viktig å gå igjennom det som har skjedd, for å vurdere om noe kunne vært unngått. Også for å bearbeide det som har hendt, slik at man ikke tar med seg problemene hjem
- Dette har vært etterspurt flere ganger uten at det har kommet rutiner på dette
- Har ikke hatt behov for det så langt, men kan skje
- Det kommer jo an på situasjonen
- Som regel nå, men noen ganger har det skjedd 1 og 50 ganger
- Etter utageringssituasjoner er det nyttig med debriefing, men ikke så mye etter medikament som tvangsmiddel
- Noen ganger
- Av og til, kommer an på graden av trusler og vold (leder)

På dette spørsmålet var det mange kommentarer. Det er tydelig stor enighet om at det er nødvendig med debrifing. En savnet regelmessige rutiner på dette.

...det vi ser i de senere årene har det blitt mye mer bevisst på å snakke med pasienten for det er klart det å bli lagt i belter, det kan bli opplevd veldig traumatisk...personalet som har vært i situasjonen med beltelegging, vi har jo en type debrifing i etterkant men pasienten må også få en type debrifing i etterkant, der hvor pasienten er samlet nok til å ta i mot det, at vi snakker med pasienten om det”.

Her påpekes det at pasienten også har behov for debrifing i etterkant. Min egen erfaring fra akuttpsykiatrien er at dette blir gjort når det er mulig. At minst et personal som er involvert i situasjonen tar en debrifing med pasienten vil også kunne være en viktig del av debrifingen også for personalet.

Av svarene er det uklart om debrifing er fast rutine etter episoder med tvang. I skrivende stund er det gått en tid siden svarene på spørreskjemaet og intervjuene. Det må derfor sies at rutinene for dette kan være forbedret siden da.

5.6.8.1 Konklusjon

Hos personal som har vært involvert i episoder hvor tvang har vært nødvendig er det viktig at vedkommende får en samtale og debrifing i etterkant. Hvis personalet ikke får en slik oppfølging kan det medføre psykiske plager på sikt og i verste fall ende opp med sykemelding og arbeidsuførhet. På dette spørsmålet var det stor enighet om at dette var viktig ved alvorlige episoder.

Kapittel 6 – Avslutning

Bruk av tvang er nødvendig av sikkerhetsgrunner når det er åpenbart at pasienten kan skade seg selv, andre eller alvorlig skade på inventar. Det er viktig at ansatte som vedtar og gjennomfører bruk av tvangsmidler har kjennskap til Lov om Psykisk Helsevern. Personalet som står i episoder hvor tvang kan bli nødvendig må ha gode kommunikasjonsferdigheter og trening i konflikthåndtering. Fagpersonell må være tilstrekkelig dekket, både blant miljøpersonalet og pasientbehandlere. Alle ansatte må være klar over egen faglige rolle og sjefers rolle. Mange pasienter opplever bruk av tvang som krenkelse. Det er da viktig at gjennomføring av tvang gjøres så skånsomt som mulig og viser respekt for pasienten. Etter gjennomføringen kan det være en utfordring å få til en god relasjon og skape tillit i etterkant, noe som er avgjørende for videre behandlingsforløp. Andre pasienter kan i ettertid se at det var nødvendig med tvang for at episoden ikke eskalerer og får katastrofale følger. Noen pasienter kan føle skjerming som trygt. Bruk av tvang kan ofte gi etiske utfordringer blant ansatte som er involvert i bruk av tvang. Bevissthet rundt problematikken gjør det lettere å ta standpunkt både faglig og etisk. Det må være en kultur i avdelingen som har takhøyde for meningsutveksling rundt problematikken. Etter alvorlige episoder hvor tvangsmiddel blir gjennomført må involverte få debrifing i etterkant. Det er viktig for at ansatte og pasienter en kan legge det bak seg. Ubearbeidet kan det føre til sykemeldinger og i verste fall gi traumer over lengre tid og behov for oppfølging av psykolog. Omgivelser spiller også en rolle rundt problematikken. Åpne og estetisk skjønne omgivelser og mulighet for lystbetonte aktiviteter kan virke positivt på pasientene og i så måte være forebyggende med hensyn til omfanget av tvangsbruk. Viktig er det at det ikke er gjenstander i avdelingen som pasienter kan skade seg selv eller andre på, som glassvaser, sakser, tau med mer.

LITERATURLISTE

- Andersen, T. (2002). Et samarbeid, av noen kalt psykoterapi. I Rønnestad, M. H. og von der Lippe A. (red). *Det kliniske intervjuet*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag.
- Agervold, M. & Andersen, L. P. (2006). Incidence and impact of violence against staff and their perceptions of the psychosocial work environment. *Nordic Psychology* 58(3).
- Arbeidstilsynets publikasjoner. (2009). *Vold og trusler på arbeidsplassen*. Publikasjon nr.597.
- Blesvik, S., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, R., Orefellen, H. J., Thune, G. H. (2006) *Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter*. Tidsskriftet for Den norske legeforening, 126(12).
- Corney, B. (2008). Aggression in the workplace: a study of horizontal violence utilising Heideggerian hermeneutic phenomenology. *J Health Organ Manag.* 22(2)
- Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behaviora Science.* 2(3).
- Duxbury & Wright (2011). Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times.* 107(9).
- Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forskrift om etablering av psykisk helsevernloven 2011-12-16 nr. 1258
- Gamme, W. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning: kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 6(3).
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing.* 16,(3).
- Glasøe, L., Birkeland Nielsen, M., Einarsen, S., Haugland, K. BergeMatthiesen, S. (2009) Grunnleggende antagelser og symptomer på posttraumatisk stresslidelse blant mobbeofre. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening,* 46(2).
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske*. Jørgen Paludans forlag .
- Hellevik. O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap.*(7. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Norges offentlige utredninger [NOU] 2011:9). Oslo: Departementet.
- Hillestad Thune, G. (2008) . *Overgrep: Søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Holte Stensland, J. (2003). Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I Hummelvold, J.K. (Red). *Kunnskapsdannelse i praksis (s. 117-146)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvold, J. K. (2004). *Helt-ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Husum, T.L. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway*. Doktorgradsavhandling). Oslo: Univerisitetet i Oslo.
- Husum, T. L. & Hjort H., (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 46(12).
- Ivey, A. E. (1988); I Eide & Eide (2007; Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk, s.23.
- Lorentzen, von Krogh og Island (1984), sitert i Strand (1990); Fra kaos mot samling, mestring og helhet. s. 99. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Lovdata. Lov om etablering av psykisk helsevern. LOV – 1999-07-02- nr.62.
- Lovdata. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV – 2005-6-17-nr.62.
- Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, LOV 1999-05-21 nr.30, artiklene 2,3,5 og 8. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Lukes, S. (2005),.: *Power - A Radical View*, (2nd edition). New York: Palgrave Macmillan.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring*, (4. utgave). Aarhus Forlaget Klim
- Løgstrup, K. E. (1996). *Etiske begreber og problemer* (2.utg). København: Gyldendalske Boghandel.
- Myhrer, A. L. (1993). *Pasienters erfaring med skjerming i et psykiatrisk sykehus*. Intern upublisert rapport:
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. (Upublisert doktoravhandling). Universitetet i Oslo (UIO), Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Institutt for sosiologi.
- Norvoll, R., Hatling, T., Hem, K. G. (2008). *Det er nå det begynner!* Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorientert alternativer til tvang i sykehus”. SINTEF Helse,Rapport A8450.
- Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 127:209.
- Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse og sosialarbeidere*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (1996). *Nærhet og distanse*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Rogan, Thor. (2011). Paradigmeskifte i psykisk helsearbeid. I Anderson A.J. & Karlson B.J. (red). *Variasjon og dialog – perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Testad, K. (2004). Tvang I det godes tjeneste? Om bruk av tvangsmidler i psykiatrien. *Hovedfagsoppgave i helsefag. Hovedfagsoppgave i helsefag. Det medisinske fakultet, institutt for hovedfag i helsefag, Universitetet i Oslo*.

Thesen, j. & Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking – et undevisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121:

Tranøy (1994). *Medisinsk etikk i vår tid*. (2. utgave). Søreidgrend: Sigma Forlag

Torp, S., Grimsmo, A. & Bredrup, O. J. (2010). How Positive Psychosocial work Factor may Promote Self-Efficacy and Mental Health among Psychiatric Nurses. *The international Journal of Mental Health promotion*. 12(1).

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øye, L.M. (2010). Tvang eller ikke tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 7(2).

Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet; Ethiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46(12),

VEDLEGG

SPØRRESKJEMA NR 1 – OM BRUK AV TVANGSMIDLER

Profesjon:..... Lederfunksjon/tidligere leder? ja

(Få med om du er fagspesialist)

Dette skjemaet inneholder utsagn om bruk av tvang, hva en tenker om det og hvordan en mener tvang bør brukes eller ikke brukes. Svar på spørsmålene ut fra hva du opplever, tenker og mener for bruk av tvangsmidler. I denne sammenheng menes tvangsmidler følgende:

- Bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) - jfr. § 4-8a lov om psykisk helsevern
- Isolering (lukket rom alene) - jfr. § 4-8b lov om psykisk helsevern
- Bruk av korttidsvirkende medisiner som tvangsmiddel - jfr. § 4-8c lov om psykisk helsevern
- Fysisk holding - jfr. § 4.8d lov om psykisk helsevern
- Skjerming på eget rom, omgivelser eller lukket avsnitt – jfr. § 4-3 lov om psykisk helsevern

Ofte kan det avhenge av den situasjonen dere arbeider i og av hvilke pasientgrupper dere mottar til behandling. Det er neppe noe som er rett eller galt svar under alle forhold. Derfor er det en mulighet å skrive noe med egne ord bakerst i skjemaet.

Spørreskjemaet brukes til å gi et bilde slik den oppfattes av de aktuelle ansatte. Dine individuelle svar vil bli behandlet konfidensielt, og bare gjennomsnittskåringene vil bli brukt.

Les hvert utsagn og sett en ring for ett av disse svaralternativene:

1 = Svært uenig 2 = Uenig 3 = Nøytral 4 = Enig 5 = Svært enig

Du kan kanskje ha forskjellig oppfatninger om type tvangsmiddel som brukes i forhold til spørsmålene. Hvis så er tilfelle kan du skrive noe om dette i kommentardelen. Det kan for eksempel være andre momenter som kompetansen personalet har for bruken, konkrete opplevde etiske dilemmaer med mer.

1. Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner	1	2	3	4	5
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang	1	2	3	4	5
3. Tvang kan ødelegge behandlings-Relasjonen	1	2	3	4	5
4. Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern	1	2	3	4	5

5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse	1	2	3	4	5
6. Det burde brukes mer tvang i Behandlingen	1	2	3	4	5
7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon	1	2	3	4	5
8. Tvang gir pasientene nye krenkelser	1	2	3	4	5
9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt	1	2	3	4	5
10. Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang	1	2	3	4	5
11. Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter	1	2	3	4	5
12. Regressive pasienter trenger tvang	1	2	3	4	5
13. Det brukes for mye tvang i behandlingen	1	2	3	4	5
14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang	1	2	3	4	5
15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler	1	2	3	4	5

Eventuelle kommentarer:

SPØRRESKJEMA NR. 2 – BRUK AV TVANGSMIDLER

Sett ring rundt "JA" hvis det stemmer og "NEI" hvis ikke

- A. Synes du at de fysiske omgivelsene ved din enhet/avdeling er tilstrekkelig egnet for å møte problematikken rundt bruk av tvangsmidler?

JA

NEI

Kommentarer:

.....

- B. Mener du at du har tilfredsstillende kunnskap om gjeldende lover og forskrifter omkring bruk av tvangsmidler?

JA

NEI

Kommentar:

.....

- C. Har du noen gang opplevd at kontrollkommisjonen har gitt pasienten medhold i klage på et tvangsmiddelvedtak hvor du var involvert?

JA

NEI

Kommentar:

.....

D. Mener du at du har fått tilfredsstillende opplæring til å håndtere konfliktsituasjoner?

JA

NEI

Kommentar:

.....
.....
.....
.....
.....

E. Synes du at ansvarsfordelingen mellom ledelse, vedtaksansvarlige og øvrig postpersonalet er tydelig?

JA

NEI

Kommentar:

.....
.....
.....
.....
.....

F. Har du opplevd etiske dilemmaer når tvangsmiddelvedtak blir gjennomført?

JA

NEI

Kommentar:

.....
.....
.....
.....
.....

G. Mener du at du har nok innflytelse ved din enhet/avdeling til at meningene dine om problematikken blir hørt på?

JA

NEI

Kommentar:

.....
.....
.....
.....
.....

H. Har du behov for en ”debriefing” etter at en utagerende episode medvold, trusler, pasient uten kontroll av atferd har medført bruk av mekanisk tvangsmiddel (§4-8a) og/eller medisinerings som tvangsmiddel (§4-8c)?

JA

NEI

Kommentar:

.....
.....
.....
.....
.....

Sykehuset Innlandet HF

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING AV INTERN KVALITETSSIKRING

Til: Erik Vatne, fagutviklingssykepleier, Divisjon psykisk helsevern, akutt og korttidspsykiatri

Kopi:

Frå: Personvernombudet for forskning

Saksbehandler: Kathrine Rogstad, personvernrådsgiver

Dato: 01.09.2011

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling av opplysninger med hjemmel i HPL §26

Saksnummer/ Personvernnummer: 2011/13450

Personvernombudets tilråding til innsamling og databehandling av personopplysninger for intern kvalitetssikring "Bruk av tvangsmidler innen akuttpsykiatri"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Heidi Thorstensen som personvernombud for forskning ved Sykehuset Innlandet HF, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonellovens § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

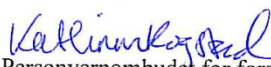
Personvernombudet tilrår at kvalitetsregisteret gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data lagres aidentifisert på sykehuset server beregnet på kvalitetsregistre. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet.

4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres på papir, nedlåst på prosjektleders avlåste kontor. Listen lagres fysisk adskilt fra andre registerdata.
5. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt. Kodelisten makuleres. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Prosjektet kvalifiserer ikke til å publiseres som forskning uten at samtykke innhentes fra pasienten. Ved evt. fremtidig ønske om å publisere resultatene av den interne kvalitetsgjennomgangen, må dette presenteres som sykehusets erfaring av intern kvalitetsgjennomgang. I tvilstilfelle, ta kontakt med personvernombudet.
7. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
8. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med vennlig hilsen


Personvernombudet for forskning ved Sykehuset Innlandet
v/ Kathrine Rogstad
Personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

Vatne, Erik

Fra: Helge Grimnes [UXGRIH@ous-hf.no]
Sendt: 5. september 2013 19:44
Til: Vatne, Erik
Emne: SV: Meldeskjema studie (2013/12719)

Hei

Takk for forenklet melding.
Saknr. er 2013/12719.

Forutsatt at NSD tilråder prosjektet har vi ingen innvendinger til at det startes opp.

Lykke til!

mvh,

Helge Grimnes
Personvernrådgiver
Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF
mobil 40 21 00 35 | kontor 23 01 50 52
Besøk: Kirkeveien 166 (Ullevål sykehus)
www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Fra: Vatne, Erik [<mailto:Erik.Vatne@sykehuset-innlandet.no>]
Sendt: 4. september 2013 12:04
Til: OUSHF PB Personvern
Emne: Meldeskjema studie

Sender her en forespørsel om bruk av intervju og spørreskjema i forbindelse med en masteroppgave. Dataene jeg får vil i tillegg bli brukt som en del av et pågående kvalitetssikringsprosjekt (sak nr 2011/1350) ved mitt arbeidssted Sanderud sykehus, Akutt og korttidsavdeling. Alle data vil selvfølgelig anonymiseres. Studien er ønsket og forankret i ledelsen.

Mvh Erik Vatne (fagutviklingssykepleier)

Telefon: arbeid 62581458 mobil 93042288
E-post: erik.vatne@sykehuset-innlandet.no