



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

Kandidatnr. 209

## *Tvang som ressurs?*

Videreutdanning i psykisk helsearbeid, 2011/2012

Teoretiske perspektiver på psykiatrisk sykepleie

4PH7731

16.05.2012

7263 ord

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

## SAMMENDRAG

**Søkeord:** Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), tvang, human rights, coercive treatment, dignity, users' perspective, professional judgement

Hensikten med oppgaven er å søke og finne svar på om tvangsbehandling kan være en ressurs, og i så fall på hvilken måte det kan være det. Jeg presenterer hva tvungent psykisk helsevern innebærer, og hvordan lovverket knyttet til dette kan benyttes.

Jeg vil belyse noen etiske dilemmaer og menneskesyn som er aktuelle innenfor dette temaet. Jeg setter flere etiske teorier opp mot hverandre, og drøfter hva de ulike perspektivene representerer for pasienten. Jeg velger å se på alternative måter å møte pasientens behov, som kan være av betydning for et godt samarbeid. Pasientens opplevelser av behandling og møter med helsepersonell beskrives.

Jeg presenterer en case, som jeg vil bruke underveis i drøftingen, som eksempel for de etiske teoriene.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon, hvor jeg viser hvilke etiske dilemmaer som kan oppstå ved tvangsbehandling, og mine refleksjoner omkring pasientens opplevelser, og hvilke tiltak som kan bidra til en humanistisk tilnærming til pasienten. Mine refleksjoner er fundamentert i sykepleieetisk tenkning, fordi dette er min faglige bakgrunn og forståelse.

Jeg har valgt å gjennomføre en litteraturstudie som metode for å innhente informasjon

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

## **SAMMENDRAG**

|  |       |
|--|-------|
| <b>1.0 INNLEDNING</b>  | s. 4  |
| 1.1 Formål   | s. 5  |
| 1.2 Avgrensning  | s. 5  |
| 1.3 Oppgavens oppbygging   | s. 5  |
| <b>2.0 METODE</b>  | s. 6  |
| 2.1 Litteratursøk  | s. 6  |
| 2.2 Kildekritikk   | s. 6  |
| <b>3.0 PRESENTASJON AV NOEN SENTRALE TEMA INNEN<br/>    TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN</b> | s. 7  |
| 3.1 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold og tvangsbehandling                    | s. 7  |
| 3.2 Kritikk av tvungent psykisk helsevern  | s. 8  |
| <b>4.0 PSYKIATRISK SYKEPLEIERS ROLLE OG FUNKSJON</b>                                   | s. 10 |
| <b>5.0 HVA ER ETIKK?</b>   | s. 11 |
| 5.1 Generelt om etiske dilemmaer   | s. 12 |
| 5.2 Humanisme  | s. 13 |
| 5.3 Autonomi og paternalisme   | s. 14 |
| 5.4 Pliktetikk   | s. 16 |
| 5.5 Konsekvensetikk  | s. 17 |
| 5.6 Tvungent psykisk helsevern og etiske utfordringer                                  | s. 17 |
| <b>6.0 CASE</b>  | s. 19 |
| <b>7.0 DRØFTING</b>  | s. 20 |
| 7.1 Pliktetikk i konflikt med konsekvensetikk  | s. 20 |
| 7.2 Tillit i konflikt med mistillit  | s. 21 |
| 7.3 Tvang i konflikt med frivillighet  | s. 23 |
| 7.4 Paternalisme i konflikt med brukermedvirkning                                      | s. 24 |
| <b>8.0 KONKLUSJON</b>  | s. 26 |

## **LITTERATURLISTE**

## 1.0 INNLEDNING

Gjennom eget arbeid som sykepleier ved lukket akuttpost i psykiatrisk sykehus, har jeg erfart pasienter med en rekke innleggelse. Dette er pasienter med en lang historie innen psykisk helsevern, og mange av innleggelsene har vært utført etter § 3.3 «vedtak om tvungent psykisk helsevern» (TPH), etter psykisk helsevernloven (PHLSVL), kap. 3 «etablering av psykisk helsevern» (Lovdata, 2012). Mange av disse innleggelsene har vært opprivende opplevelser, både for pasienten og deres pårørende, fordi pasientene ikke ønsket samarbeide om innleggelse. De har heller ikke alltid sett behov for å ta imot hjelp, og politiet har bistått med transport til sykehus.

Jeg har sett en utvikling i at pasienter kan skrives ut etter slike innleggelse, med vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon (TUD). Dette ser ut til å være velfungerende for svært mange pasienter, og pårørende gir tilbakemeldinger om tryggere og mer forutsigbare liv. Til tross for at pasientene fortsatt behandles med tvang, kan det se ut til at denne inngripen i deres liv fører til mindre dramatikk og raskere tiltak ved økt symptombylde. Farene for skade på liv og helse blir redusert, og behandlingsnettverket jobber nærmere pasientene.

For at TUD skal etableres må frivillighet har vært forsøkt uten hell. Det er også slik at TUD iverksettes etter en innleggelse, som ofte har vart over noen uker. I løpet av den tiden har man har blitt kjent med pasienten, og fått kjennskap til og forståelse for problemstillingen, og gitt pasienten nødvendig informasjon om veien videre. I tillegg har også eksterne samarbeidspartnere blitt involvert, og samtlige involverte parter er kjent med planene for best ivaretagelse av den aktuelle pasient.

Ut fra dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

***«Hvilke etiske dilemmaer kan forekomme i møte med mennesker som har vedtak om TUD?»***

## 1.1 Formål

Jeg har underveis og i etterkant av i praksis, fått interesse for hvordan pasienter best kan ivaretas med tvangsbehandling utenfor institusjon. Jeg ønsker å øke egen kompetanse som sykepleier, knyttet til hvordan jeg kan bidra til at pasienter kan føle seg delaktige i egen behandling, til tross for vedtak om tvang.

Jeg vil presisere at formålet med oppgaven ikke er å fremme et ønske om utvidet tvangsbruk, som behandling innen psykisk helsevern. Dog er det slik at det benyttes, og dette gjør meg interessert i å fokusere på arbeidsmetoder og -verktøy, som kan bidra til å gjøre opplevelsene trygge, ivaretagende og forutsigbare for pasientene.

Jeg mener at ved økt oppmerksomhet på dette, vil mange pasienter oppleve større velvære, og styrket autonomi

.

## 1.2 Avgrensning

For å avgrense oppgaven, vil jeg beskrive ulike etiske dilemmaer som kan oppstå på veien mot TUD. Jeg vil bruke en oppdiktet pasientcase med psykoselidelse, som har ender opp med vedtak om TUD. Det kan virke som en stor andel av pasienter med et slikt vedtak, har en psykoselidelse, og jeg vil blant annet vise til Helsedirektoratets *Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. Jeg er oppmerksom på at andre pasientgrupper også kan behandles med TUD, men for oppgavens problemstilling vil det ikke diagnose være av betydning for studiet.

## 1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg velger å beskrive aktuelle temaer for problemstillingen, og vil bygge opp drøftingen fra tidspunktet som pasienten kommer til innleggelse, og hva som regnes som verdifullt og riktig på veien mot utskrivelse på TUD. I tillegg til dette vil jeg ha stort fokus på flere etiske refleksjoner, rundt dilemmaer som oppstår hos oppgavens pasient, og hvilke utfordringer alle berørte parter kommer i kontakt med.

## 2.0 METODE

Jeg har valgt å skrive oppgaven som en litteraturstudie, fordi jeg ønsker å se nærmere på en del av faglitteraturen jeg har blitt kjent med gjennom dette studiet. Jeg har valgt ut elementer som jeg ønsker å fordype meg i, og dette vil jeg vise til i oppgaven.

Ulempen ved dette valget, er at det finnes lite litteratur spesifikt rettet mot TUD, men jeg velger å vinkle det mot hvordan jeg som behandler kan forstå pasientens situasjon, og hvordan møte denne best mulig, ut fra et etisk perspektiv.

Jeg vil bruke artikler og faglitteratur, som beskriver tvangsinnleggelses generelt, etiske dilemmaer knyttet opp mot dette, pårørendes rolle og betydning og pasientens opplevelse. Jeg vil også presentere noen etiske prinsipper, som skal støtte og beskrive hvorfor noen situasjoner kan være vanskelige å håndtere til pasientens beste uten å påføre krenkelser eller uverdighet.

### 2.1 Litteratursøk

Jeg har innhentet litteratur ved å søke i skolens database BIBSYS, helsebiblioteket.no, tvangsforskning.no, samt søkemotorene google.no og scholar.google.no. I tillegg har jeg fått relevante opplysninger fra TUD-teamet i Hedmark fylke, og spesialist i psykiatri, overlege Vestheim ved Sanderud sykehus.

### 2.2 Kildekritikk

Artiklene er i hovedsak fra Norge. Jeg har hatt tilgang på et begrenset utvalg svensk litteratur. I tillegg har jeg forhørt meg med flere overleger ved Sanderud sykehus angående TUD i andre land, men tilbakemeldingene har vært at forskjellene på lovverket til Norge er så stort, at det vil ikke ha sammenlikningsverdi. På grunn av lite tilgang til litteratur rettet mot TUD, vil det som er presentert i denne oppgaven, være hentet hos representanter som jobber direkte med dette.

Det kan være at jeg overser litteratur som er relevant for denne oppgaven, fordi jeg ved mine søk ikke har blitt oppmerksom på det. Jeg har tolket tekstene ut fra min forståelse, og dette kan ha medført feil fra min side.

### **3.0 PRESENTASJON AV NOEN SENTRALE TEMA INNEN TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN.**

Tvangsbehandling vil alltid medføre inngripen i menneskers liv, og i svært mange tilfeller vil de involverte, både pasienter og pårørende, kunne føle at det begås overtramp i den private sfære. Under vedtak om TUD, vil pasienten oppleve at deler av autonomien blir berørt. Dette kan forklares med at vedkommende ikke selv kan bestemme om han vil motta behandling eller ei, selv om selve behandlingen ikke skal foregå innad i hjemmet. Det som kan tale positivt for TUD, er at det kan være et godt alternativ til langvarig innleggelse. Jeg vil beskrive TUD og tvangsbehandling, for å gi en presentasjon av temaene. Jeg vil også trekke inn autonomi og paternalisme fordi det er sentrale temaer, som blir berørt ved tvangsbehandling.

#### **3.1 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og tvangsbehandling**

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er hjemlet i Lov om psykisk helsevern § 3.5 tredje ledd. Dersom det vurderes å være til det beste for pasienten å motta helsehjelp utenfor institusjon, kan dette skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for dette (Lovdata, 2012).

TUD omhandler tilsyn i pasientens egen bolig. Behandling i boligen, som for eksempel depotinjeksjon, kan bare skje med pasientens samtykke. Dersom pasienten ikke ønsker at behandling gjennomføres i hjemmet, kan han gis pålegg om frammøte ved godkjent institusjon for dette. Videre må vilkårene for tvungent psykisk helsevern være oppfylt, for at TUD kan iverksettes, samt at det fremstår som et bedre alternativ for pasienten, enn opphold i institusjon. Pasienten må ha en kjent sykdomshistorie, vært observert i institusjon med døgnopphold og det skal ikke finnes tvil om hvilken behandling pasienten trenger (Helsedirektoratet, 2012).

Som helsepersonell mener jeg at man i en slik situasjon må vise ydmykhet ovenfor at man beveger seg innenfor den annens hjem og hvilke rammer som er bygget opp der. Dette krever bevissthet, i forhold til roller, og oppmerksomhet og lydhørhet for hva pasienten mener. Dette for å unngå

krenkelser, og for å bygge gode allianser, som er verdifulle for å tilby god og nødvendig helsehjelp på en forsvarlig og tillitsvekkende måte.

All helsehjelp er basert på frivillighet, basert på eget samtykke. Dette gjelder også innen psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven gir imidlertid visse vilkår for å etablere og gjennomføre tvungen behandling ovenfor personer med alvorlig sinnslidelse, som for eksempel psykose, uten at personen selv har gitt samtykke. Loven forutsetter at frivillighet har vært forsøkt, uten nytte, før tvang kan benyttes. Psykisk helsevernloven legger til rette for at det i enkelttilfeller er nødvendig og riktig å bruke tvang, der hvor pasienten mangler sykdomsinnsikt og evne, på grunn av psykisk lidelse, til å forstå sitt eget beste. Dersom tvangsbehandling iverksettes, er det viktig at den enkeltes rettigheter og integritet ivaretas, og at pasienten gis adekvat behandling, med mål om å gjenvinne kontroll over eget liv, og komme tilbake til habituell tilstand (Helsedirektoratet, 2012).

Tvungent psykisk helsevern og TUD, gjennomføres ut fra de samme grunnvilkårene. Dette innebærer at pasienten er ute av stand til å ta vare på seg selv på en forsvarlig måte, eller kan være en fare for andre mennesker, og frivillighet er forsøkt først uten effekt. I tillegg må det være utsikter til vesentlig bedring ved behandling. Vedtak om TUD er gyldig ett år, og kan forlenges dersom dette anses som hensiktsmessig, ut fra nevnte kriterier. Pasienten kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen, som har myndighet til å oppheve vedtaket (Vestheim, 2011).

### **3.3 Kritikk av tvungent psykisk helsevern.**

En studie fra SINTEF, Arbeidsforskningsinstituttet og Rådet for psykisk helse, synliggjør misnøye og mistillit fra pasienter i forhold til bruk av tvang, og helsepersonell som utøver dette. Det rapporteres kritiske oppfatninger om personalets menneskesyn, og pasientene føler at psykiske lidelser generaliseres. Det er opplevelser av mindreverdighet, og redusert respekt og likeverd. Mange pasienter føler at de ikke blir tilstrekkelig involvert i egen behandling, og at de mister sin posisjon som unikt enkeltindivid med særegenhet, og glir gradvis over til å bli en diagnose. Dette kan oppleves stigmatiserende. I tillegg fortelles det om store skiller mellom pasienter og personalet. Det blir en «vi» og «dem» -opplevelse. Pasientene føler at deres vanlige sosiale liv, med interesser, venner og planer blir borte og glemmes av. Opplevelsene omhandler også at det er ulikt syn på



tvangsbruk ved ulike institusjoner, og også ned på individnivå. Dette på grunn av ulikt menneskesyn, og ulik tolkning av etikk og menneskerettigheter (Norvoll og Lossius Husum, 2011).

Tvangsbruk kan være resultat av for dårlig hjelp over lang tid. Manglende samarbeid mellom profesjonsgruppene går ut over pasientene, og fører til mangelfulle, «halvhjertede» løsninger for behandling. Tidlig hjelp kan være av stor betydning, og kan redusere tvangsbruk i stor grad (Klunderud og Lydersen, 2012).

En rapport fra Kogstad viser at mange pasienters opplevelse av tvangsbehandling, omhandler følelsen av ikke å bli tatt på alvor samt mangel på likeverdighet. Pasienter har uttalt at de opplever trusler i behandlingsøyemed, for eksempel med tvangsmedisinering dersom de ikke samhandler slik sykepleier forventer at de skal gjøre. Fortvilelsen hos pasientene i slike situasjoner, ligger i at de ikke kan motsette seg medisinerings, fordi lovverket tillater at det utføres. Pasienten opplever her å være den svake part, og ikke bli hørt ved sin forklaring i den gitte situasjonen. Videre rapporteres det også om mangelfull brukermedvirkning når pasientene behandles ut fra tvangsvedtak. Pasientene i denne undersøkelsen uttaler at de har fått feil diagnoser, og dermed feil behandling. Selv de med god kjennskap til egne problemer og lidelser blir ikke tatt på alvor, og dermed får de ikke nødvendig helsehjelp (Kogstad, 2009).

## 4.0 PSYKIATRISK SYKEPLEIERS ROLLE OG FUNKSJON

*«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og omsorgsgivende virksomhet»  
(Hummelvoll, 2010:46).*

Som sykepleier støtter jeg meg til en humanistisk modell, som er mitt grunnlag i utøvende praksis og mitt møte med pasienter. Det humanistiske perspektivet kan forstås som en filosofisk disiplin, og vektlegger forventede og allmennmenneskelige trekk. Humanisme vil beskrives i kap. 5, pkt. 5.2. Eksistensialistisk filosofi er et sentralt begrep innen humanismen, og forstås som en oppfatning av livet, som tilsier at sannhet og handling forutsetter en menneskelig subjektivitet. Mennesket er ansvarlig for sin egen eksistens. (Sartre, 1993) Den eksistensielle modell tilsier at man møter et menneske i individets egen forestillingsverden, som benevnes som en eksistensiell situasjon. (Haugsgjerd m.fl., 2010)

Psykiatrisk sykepleie er en videreutvikling og spesialisering i medisinsk, sosialvitenskapelig og psykologisk kunnskap. Det er fundamentert i sykepleierens primære lærdom om pasientenes grunnleggende behov, og om å yte helsehjelp og omsorg for ivaretagelse av denne. Psykiatrisk sykepleie er et vidt begrep, som omfavner mye. I svært mange situasjoner glir sykepleie og psykiatrisk sykepleie over i hverandre, fordi det i liten grad er tydelige markerte skillelinjer og stillingsbeskrivelser mellom profesjonene (Lindström, 2003).

Hummelvoll beskriver at psykiatrisk sykepleiers funksjon blant annet er å fremme vekst og utvikling, eller overvinne de problemer som oppstår. Dette kan være før eller etter psykisk lidelse oppstår hos den enkelte pasient. Det vil kreve individuell tilpasning, og psykiatrisk sykepleier må tilrettelegge for dette. Det er av betydning for pasienten at det vises omsorg sammen med, og ikke bare for pasienten. En psykiatrisk sykepleier møter pasienten i dagliglivets krav, og må orientere seg ut fra det og finne frem til løsninger som er til pasientens beste. I møte med mennesker i krise eller mennesker som har behov for støtte, trygghet og hjelp til å få hverdagen på rett kjørl, vil det være nødvendig at psykiatrisk sykepleiers kunnskap har elementer av psykoterapeutisk kunnskap og holdning. Psykiske lidelser skaper forstyrrelser i selvbildet, og pasienten kan ha behov for å få styrket sin selvaktelse og verdighet, samt å styrke personens identitet. Det er viktig å sørge for rammer som gir muligheter vekst og utvikling (Hummelvoll, 2010).

## 5.0 HVA ER ETIKK?

*«Du skal ta vare på det av den andres liv, du har i din hånd» (Løgstrup, 2010).*

Etikk kan ikke læres og anvendes som en teknikk, men krever innlevelse og forståelse for å fungere. For å tilegne seg kompetanse til å foreta gode yrkesetiske valg og vurderinger, er det av betydning at man kjenner eget verdissyn godt. Valg som foretas kan ikke være tilfeldige, men komme fra et velbegrunnet skjønn. Etske prinsipper kan være veiledende i yrkeslivet, men kan ikke brukes som den absolutte sannhet. Det må vurderes individuelt, hva som vil være best egnet til den enkelte pasient. På denne måten kan beslutninger bli tatt ut fra ulike vurderinger. I et yrkesfellesskap er det derfor viktig å kunne lytte til hverandre. Av og til kan det være nødvendig å tilegne seg kunnskap fra kollegaers synspunkter og erfaringer, eller vurdere egne beslutninger på nytt. Nærhet og avstand kan være viktig i slike situasjoner, og kan lettere gi bedre oversikt over situasjonen som skal vurderes (Henriksen og Vetlesen, 2008).

Etske vurderinger, handler i stor grad om verdier hos den eller de som vurderer. For å kunne foreta slike vurderinger på vegne av en annen, må man være bevisst den andres verdier, og hva som gjør livet godt og verdifullt for han. I tillegg til en slik empatisk forståelse, krever det også fornuft, fakta og medfølelse. Ingen av disse elementene kan stå alene i en vurdering, men satt sammen vil man ha et bredere grunnlag, for å kunne vurdere til det beste for den andre. I tillegg til dette, er det av betydning at det er et tillitsforhold mellom de aktuelle partene (Hummelvoll, 2010).

For å kunne foreta viktige valg på vegne av en annen, må man først være trygg på egen etske holdninger og livsverdier. Ved denne bevisstheten og kjennskapen til seg selv, vil man lettere kunne danne mål og jobbe mot. Som sykepleier er mitt fundament sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011), og ut fra det vektlegger jeg pliktetikkk og konsekvensetikkk. Disse beskrives i pkt. 5.4 og 5.5.

## 5.1 Ethiske dilemmaer

Fra gammelt av var det en oppfatning at helsepersonell visste best hva som var riktig for pasientene. Denne oppfatningen har blitt endret de siste tiårene, og man er i dag opptatt av brukermedvirkning og autonomi. Allikevel kan helsepersonell komme i situasjoner hvor det er synlig at pasientens avgjørelser kan få fatale konsekvenser, og i slike tilfeller kan det skje at man må gå inn og ta avgjørelser på vegne av pasienten. Dette er situasjoner hvor velgjørighet- og ikke-skadeprinsippene blir avgjørende. Velgjørhetsprinsippet innebærer å forebygge skade, altså en aktiv handling, mens ikke-skadeprinsippet er en passiv handling, og betydningen av det, er at en ikke skal påføre noen skade (Slettebø, 2003).

Velgjørighet kan komme i sterk kontrast til etiske overveielser som må tas. Pasientens ønske og behov for å føle seg som en autonom person, kan komme i konflikt med paternalisme. I dagens samfunn har holdninger omkring pasient-pleier-forhold endret seg mye. Tidligere var det legens ord som hadde den endelige og avgjørende beslutningsmyndighet, og pasientens stemme ble vektlagt i liten grad. I dag er det derimot stort fokus på brukermedvirkning, med pasientens selvbestemmelse og ønsker. I enkelte tilfeller er det allikevel slik at helsepersonell tar avgjørelser på vegne av pasienten, der det blir vurdert å være til hans/hennes beste. I noen tilfeller handler det om pasienter som er tvangsinnlagt, og det foreligger en juridisk tillatelse til en slik handling. Det er imidlertid situasjoner hvor det ikke finnes klare regler å etterfølge, men at man må gå inn med skjønsmessige vurderinger på bestemmelser som må tas. Dette er situasjoner hvor pasienten midlertidig ikke er kompetent til å ta adekvate avgjørelser selv. Helsepersonell som skal avgjøre på vegne av pasienten, må i tillegg til å ha god kjennskap til pasienten, ha erfaringer med liknende situasjoner og tilstrekkelig faglig kunnskap (Slettebø, 2003).

Dersom man kun ser etiske teorier isolert fra hverandre, vil dette raskt kunne føre til en etisk konflikt. På den annen side vil det være konfliktfylt å praktisere regeldeontologi. Dette innebærer å følge alle etiske teorier til enhver tid. Det må være aksept for avveininger og vurderinger av hva som er mest betydningsfullt i enhver situasjon (Barbosa da Silva, 2006).

Ved et etisk dilemma vil det ikke være tydelig hva som er det beste valget. Vi vil stå ovenfor to alternativer som begge medfører noe vi ikke ønsker, men vi må velge et av dem (Henriksen og Vetlesen, 2008).

## 5.2 Humanisme

Barker beskriver seks grunnleggende etiske prinsipper i et humanistisk verdigrunnlag. Disse seks er: ikke-skade, verdighet og respekt, trygghet, aksept, ernæring og velbefinnende og håp om bedring. Samlet kan dette forstås som viktige elementer i miljøterapi og behandling (Barker, 2009).

Det humanistiske perspektivet anser relasjonsbygging som sentralt mellom den som trenger hjelp, og den som utøver hjelpen. Det fokuseres på at denne samhandlingen har svært stor betydning for utfallet av hjelpen eller behandlingen som gis (Haugsgjerd m.fl. 2010).

I en pasient – sykepleier - relasjon, som denne oppgaven dreier rundt, krever det oppmerksomhet fra sykepleieren med hensyn til hva denne relasjonen betyr for pasienten.

Levinas sier at ethvert menneske higer etter lykke for seg selv, og dersom man ikke finner frem til dette i seg selv, kan personen søke etter «den annen» som en kilde til lykke. I ethvert individs selvopplevelse, vil det være en følelse av å mangle noe (Levinas 1993).

Jeg mener at denne følelsen kan forsterkes ved sykdom eller annen lidelse. Mellom pasient og sykepleier kan en slik situasjon lede til en skjevhet i relasjonen. Dersom pasienten ikke orker forholde seg til sin egen vanskelige situasjon, men i stedet la seg «forføre» av sykepleierens «vellykkethet», vil ikke det lede til lykke for pasienten. Sykepleieren må vie sin oppmerksomhet mot at pasienten hjelpes til å bli fortrolig med sitt eget indre landskap, for å finne frem til egen person på veien mot bedring (Haugsgjerd, 2010).

På bakgrunn av dette, vil jeg gi en kortfattet beskrivelse av det humanistiske perspektivet, fordi samhandling og relasjonsbygging er sentralt i drøftingen i oppgaven. Jeg har valgt å ikke beskrive andre perspektiver på grunn av begrensninger i oppgavens størrelse.

Innenfor det humanistiske perspektivet brukes begrepene klient og terapeut, men i denne oppgaven velger jeg å bruke pasient og sykepleier, fordi denne terminologi benyttes innenfor mitt fagfelt. Humanisme har fokus på at mennesket ikke er sykt, men har stoppet opp i sin utvikling. Jeg mener at dette kan overføres til en forståelse av sykdom og behandling. Grunnprinsippene kan brukes uendret i dette bildet, fordi innholdet og tolkningsverdien er like verdifull i en behandlingsprosess. (Haugsgjerd m.fl., 2010)

Den humanistiske tanken er blant annet at ethvert menneske lever for å gi mening til både eget og andres liv. Dette gir forståelse for helse, og eventuelle lidelser eller endringer ved helsen. Det tar utgangspunkt i her og nå situasjonen. En ser mennesket som en helhet, og fokuserer på en opplevelse av likeverd mellom begge parter. Det humanistiske perspektivet forutsetter en gjensidig respekt, og at begge parter aksepterer den andre for sin valg og verdier i livet. Fokus her er ikke sykdomsinnsikt, men selvinnsikt (Haugsgjerd m.fl., 2010).

### **5.3 Autonomi og paternalisme**

Av mange etiske dilemmaer som kan oppstå, mener jeg at autonomi og paternalisme er sentrale i forhold til pasienter som behandles mot sin vilje. Jeg har valgt å se nærmere på disse to etiske retningene i drøftingskapittelet, men satt opp mot andre etiske overveielser. Jeg velger å utdype disse retningene særskilt, fordi det er de som vil være gjennomgående videre i oppgaven.

Alle mennesker har rett til autonomi, men i noen tilfeller kan personer være forhindret fra å ivareta dette til det beste for seg selv. Et eksempel på en slik situasjon kan være ved alvorlig psykisk lidelse, som psykose. Da kan dette overlates til annen, det vil si vikarierende autonomi. Dette ansvaret må forvaltes med verdighet og oppmerksomhet for den andres integritet, og å unngå krenkelser ovenfor personen det gjelder. Integritet er et element i menneskers liv som er konstant og

uforanderlig, mens selvbestemmelse avhenger av evne og kan svekkes eller tapes (Hummelvoll, 2011).

For at menneskets autonomi skal ivaretas, må man blant annet ha selvbestemmelsesrett over eget liv. Dette er en rett man har, men ikke en plikt. I forholdet mellom pasient og pleier, er det viktig å vurdere i hvor stor grad pasienten selv evner å delta i planlegging og gjennomføring av dagligdagse gjøremål, uten fare for å påføre seg selv eller andre skade eller ydmykelse. Her vil pleierens pliktetiske og konsekvensetiske tankegang være av betydning. Disse etiske retningene kan komme i konflikt med hverandre. Det vil i så fall være av betydning at pleieren har nødvendig opplæring og erfaring, som kan balansere mellom omsorg og krav ovenfor pasienten (Barbosa da Silva, 2006).

Velgjørighet kan komme i sterk kontrast til etiske overveielser som må tas. Pasientens ønske og behov for å føle seg som en autonom person, kan komme i konflikt med paternalisme. I dagens samfunn er det stort fokus på pasientens selvbestemmelse og ønsker. I enkelte tilfeller er det allikevel slik at helsepersonell tar avgjørelser på vegne av pasienten, der det blir vurdert å være til hans beste. I noen av disse tilfellene handler det om pasienter som er tvangsinnlagt, og det foreligger en juridisk tillatelse til en slik handling. Det er imidlertid situasjoner hvor det ikke finnes klare regler å etterfølge, men at man må gå inn med skjønnsmessige vurderinger på bestemmelser som må tas. Dette er i situasjoner hvor pasienten midlertidig ikke er kompetent til å ta adekvate avgjørelser selv. Helsepersonell som skal avgjøre på vegne av pasienten, må i tillegg til å ha god kjennskap til pasienten, ha erfaringer med liknende situasjoner og tilstrekkelig faglig kunnskap (Slettebø, 2003).

Det kan oppstå situasjoner hvor en person ikke evner å ta gode avgjørelser på egne vegne. Dette kan være på grunn av psykisk lidelse, som vanskeliggjør autonome handlinger. I slike situasjoner, kan det være nødvendig at fagpersoner tar over ansvaret for avgjørelser som må foretas. Dette er en innblanding, og kan være en innskrenkning i pasientens autonomi, men som etter en faglig vurdering oppfattes å være til det beste for pasienten. Noen ganger kan pasienter ønske å bli behandlet paternalistisk, og det vil kreve stor kunnskap og klokskap hos den faglige ansvarlige å overta dette ansvaret (Hummelvoll, 2011).

Paternalisme kan være svak eller sterk. Svak paternalisme kan sees i sammenheng med ikke-skadeprinsippet, der man tar valg for pasienten fordi man ser at pasienten ikke ser konsekvensene av egne valg, og han kan stå i fare for å bli skadet av valg han foretar. Sterk paternalisme kan knyttes opp mot velgjørhetsprinsippet. Helsepersonell vil vurdere pasientens ønsker opp mot egne avgjørelser, og man tar valg på vegne av pasienten, som man mener er til det beste for han (Slettebø, 2003).

Svak paternalisme kan også forklares som omsorg tilpasset den enkelte, gitt i situasjoner hvor personen ikke kognitivt evner å foreta gode valg ovenfor seg selv. En slik tilstand krever stor etisk bevissthet hos den som overtar ansvaret for å treffe beslutninger på vegne av den andre. Dette ansvaret overtas imidlertid, for å bringe helsefremmende tiltak og å hindre lidelse. Sterk paternalisme representerer at valg tas på vegne av den andre for å hindre at denne foretar uforsiktede eller skjødesløse valg (Askheim og Starrin, 2010).

## 5.4 Pliktetikk

Som en forståelse av denne etiske retningen, er det kun plikten til å handle som er avgjørende, og ikke konsekvensene av handlingene. Dette handler utelukkende om menneskers pliktfølelser, og om å gjøre det rette ut fra de plikter vi står ovenfor. Fundamentet her er «den gyldne regel» fra Bibelen, om å gjøre mot andre, slik du vil at andre skal gjøre mot deg (Hummelvoll, 2010).

Immanuel Kant kaller også pliktetikk for sinnelagsetikk. Hans hovedregel er det kategoriske imperativ som lyder: «Du skal handle slik du betrakter menneskeheten i din egen person så vel som hos en enhver annen person som et formål i seg selv, og ikke bare et middel». Han beskriver at enhver god handling, har opprinnelsessted i en god vilje. Den gode handlingen må følge pliktens krav og samsvare med det kategoriske imperativ (Barbosa da Silva, 2006).

Ved å utføre sine plikter ovenfor den annen, krever bevissthet i den faktiske handling, som også må ledsages av vilje om at den skal bli til det beste for den det gjelder. Det kan medføre uenighet



mellom den som utfører plikten, og den som mottar handlingen, men at grunnlaget allikevel er mening og vilje om å gjøre det beste for den andre parten.

## 5.5 Konsekvensetikk

Det er konsekvensen av en handling som er av betydning. Dersom man oppnår et mål som er godt, har den anvendte metode for å nå dette, ingen betydning. Med denne forklaring og forståelse, er det lett å se for seg, situasjoner som også kan være til skade for andre. Ofte er det slik at en handling ligger frem i tid, og gir muligheter for å vurdere hva som vil være gode valg. Selv om man ikke kan vite hvordan fremtidige konsekvenser vil bli, vil det være en mulighet til å planlegge ut fra det man mener gir ønsket resultat. Slike vurderinger vil bli ulike fra person til person, avhengig av situasjon og personlig grunnholdning, erfaring og intensjon. På bakgrunn av denne kunnskapen, kan man ikke si at den andres vurderinger og handlinger er feil, fordi dette er situasjonsbetinget og personavhengig (Barbosa da Silva, 2006).

Konsekvensetiske handlinger kan vurderes ut fra om handlingene genererer gode mål for en selv (etisk egoisme) eller for så mange andre som mulig (utilitarisme). Det viktigste er å oppnå lykke og godhet, og handlingene som må utføres for å oppnå det, vektlegges i mindre grad. En slik tenkning kan forstås som at man velger den etiske retning og teori, som med størst mulig sannsynlighet, beregner å føre til de beste konsekvenser (Hummelvoll, 2010).

## 5.6 Tvungent psykisk helsevern og etiske utfordringer

En psykiatrisk sykepleiers arbeid, vil dreie seg mot å oppnå god helse, velvære og trivsel hos pasienten. I sammenheng med TUD kan dette skape etiske konflikter. Ut fra en pliktetisk tenkning, vil man se behov og fordeler ved TUD, som vil ivareta pasienten i en situasjon hvor hans vurderingsevne er svekket og han ikke tar valg som er til eget beste.

Samtidig som TUD kan oppleves som en inntrengen i pasienten liv, og man trækker over grenser i den private sfære. Videre kan det oppstå situasjoner hvor man tar avgjørelser på vegne av pasienten som han ikke er enig i, men som vurderes til å være til det beste for han ut fra en faglig vurdering.

I en fase med vurdering om TUD kan være riktig, må alle involverte parter, både pårørende og helsepersonell, ha forståelse for sin rolle i situasjonen. TUD kan kun fattes av overlege. Pårørende har ikke ansvar for dette, men i nære relasjoner vil de fleste stå sentralt plassert i denne avgjørelsen. De nevnte parter må ha en antakelse om hva problemet er og antakelser om hva som er gode løsninger. Det er viktig for pasienten å få tydelig og korrekt informasjon underveis. Kollegaer, pårørende eller andre nære, kan være betydningsfulle ressurser i kartleggingsarbeidet. Ved å lytte til deres vurderinger, kan vi lettere klargjøre hva vi mener er riktig. Tidligere erfaringer med en pasient, påvirker ofte situasjonen Dette kan være både positivt og negativt. Det er positivt fordi vi kan trekke raskere beslutninger, men negativt fordi vi kan være bundet til tidligere løsninger, og ikke ser nye. Kjennskap til etiske teorier kan være til hjelp for at i raskere vil se kjernen i problemet (Henriksen og Vetlesen, 2008).

## 6.0 CASE

Dette er en oppdiktet historie, satt sammen av mange pasienthistorier, som jeg har blitt kjent med gjennom jobb og praksis.

Anne 58 år, har diagnosen schizoaffektiv lidelse. Ved innleggelsestiden, var hun psykotisk, og dette kom til syne, blant annet ved massive mistanker rettet mot familiens ytringer og handlinger. Hun har mange innleggelser bak seg. Hun er gift og har voksne barn. I det siste har hun hatt en mer innesluttet og aggressiv atferd, og familien er bekymret for hennes liv og helse. Hun nekter i perioder å ta medisiner, fordi hun tror de er forgiftet. Hun har derfor et forvirret og destruktivt uttrykk.

Forut for siste innleggelse ble hun på vinteren funnet utendørs, dårlig kledd og langt fra hjemmet. Anne selv har ingen oppfatning av at hun har satt liv og helse i fare ved denne hendelsen. Hun er mistenksom overfor familie og hjelpeapparat, i forhold til intensjoner om å sørge for hennes beste. Anne ser ikke behovet for innleggelse, og mener det er noe familien har arrangert for å bli kvitt henne. Hun begjæres innlagt etter TPH, og etter noen uker i institusjon skrives hun ut med vedtak om TUD.

## 7.0 DRØFTING

Her vil jeg se nærmere på hvilke utfordringer som kan oppstå i det første møtet med Anne, og hvordan hun kan ivaretas best mulig, ut fra et humanistisk menneskesyn og med etiske overveielser. Jeg mener at denne bevisstheten har utgangspunkt i den enkelte sykepleiers holdning, samt avdelingens holdning til etikk og menneskesyn. Jeg vil identifisere etiske dilemmaer som oppstår underveis, og konflikter som kommer til syne på flere arenaer. Jeg vil støtte meg til faglitteratur og brukererfaringer, men er oppmerksom på at mine meninger og holdninger også vil komme til syne her.

### 7.1 Pliktetikk i konflikt med konsekvensetikk

Anne legges inn etter psykisk helsevernloven § 3.2, 3.ledd. Med utgangspunkt i årsak til innleggelsen, er det naturlig å se på kriteriene for å være til fare for seg selv i henhold til § 3.3, 3. ledd (Lovdata, 2012). Hennes nærmeste pårørende og hjelpeapparatet som har bistått den siste tiden, er en kilde til informasjon. På grunn av at Anne ikke er samtykkekompetent ved innleggelsestidspunktet, kan helsepersonalet ta kontakt med de nevnte partene selv om Anne ikke ønsker det. Dette vil føre til et dilemma mellom pliktetisk og konsekvensetisk tenkning. Det vil oppleves som et etisk dilemma, på grunn av at Anne forholder seg til pleiernes taushetsplikt, samtidig som det er av betydning for videre behandlingsforløp å kjenne til detaljer rundt hennes liv den siste tiden. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sier at man plikter å vise respekt for enkeltindividet og ivareta dennes verdighet. Krenkelser skal unngås, og pasienten har rett til at det vernes om fortrolige opplysninger. Sykepleieren skal ivareta pasientens behov for omsorg og å fremme helse (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Dersom man utelukkende følger denne retningen kan det få fatale konsekvenser for Anne og familien hennes. Konsekvensene må veies opp mot eventuelle utfall (Barbosa da Silva, 2006).

Anne er ikke enig i at hun trenger innleggelse, og ønsker å reise hjem til familien i kjente omgivelser. Familien ønsker ikke dette, men de vil helst ikke formidle dette til henne selv, fordi det kan føre til konflikter.

Helsepersonell som jobber klinisk, vil på mange måter være pasientens «advokat», og skal hjelpe pasienten til å oppnå ønsket hjelp. Imidlertid vanskeliggjøres dette i tilfeller hvor pasienten ikke er samtykkekompetent. Frihet bør være grunnpilaren i all helsehjelp, men ikke i de tilfellene hvor pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre. Det vil overstyres av helsepersonellets plikt til å ivareta pasientens rett til nødvendig behandling. Slike situasjoner krever bevissthet om å ivareta pasientens integritet og verdighet, og å unngå krenkelser. I tillegg må det informeres om innleggelsen og videre planer. Dette kan lede til at pasienten får større tillit til hjelpeapparatet, samtidig som det vil være relasjonsbyggende. Dette vil også være gjeldende for pasienter som er innlagt etter TPH, og på den måten være fratatt noe av sin selvbestemmelsesrett (Hummelvoll, 2010).

## 7.2 Tillit i konflikt med mistillit

Familiens aktive deltakelse i forhold til innleggelsen, ble konfliktfylt for Anne. Dette utgjorde en fare for splid og brudd i relasjonen. På grunn av alle vanskelige tanker Anne ble bærer av i denne perioden, var det av nødvendighet å skape en trygg allianse med henne. Målet var at hun skulle føle seg betydningsfull og likeverdig. På denne måten ville det være lettere å komme i posisjon til å hjelpe henne. Veien for å vinne hennes tillit, var å ivareta hennes verdighet og å unngå krenkelser. Anne fremsatte mange paranoide tanker i denne perioden, og hun utviste mistillit til familien og hjelpeapparatet.

Hummelvoll beskriver at å lytte er et nøkkelbegrep for å komme nær den andre, og for å skape trygge møter som er av stor betydning for grunntonen i det videre samarbeidet. Dette er særdeles viktig i møter som ikke er planlagte, slik som med Anne. Dette vil kunne gi en forståelse av et oppriktig ønske om å se og høre Anne, akkurat slik hun ønsker å formidle sin historie (Hummelvoll, 2010).

Anne har erfart mange innleggelse og møter med helsepersonell, og utviser tydelig skepsis og mistillit når hun kommer. Hun har store vrangforestillinger, noe som gjør at hun tar avstand fra andre. I det første møtet er det derfor av betydning at hun får tillit til hjelpeapparatet som skal

arbeide rundt henne. Etableringen av denne relasjonen starter umiddelbart. Anne har ikke søkt denne hjelpen frivillig, og tilliten til familien har blitt svekket på grunn av deres rolle her. Åpenhet, forståelse og interesse, fra alle parter vil kunne være trygghetsskapende og betydningsfullt på veien videre. Hovedmål er å skape en trygg atmosfære, som gir grunnlag for relasjonsbygging og trygg behandling. Det er av betydning å kartlegge betydningsfulle personer i Annes liv, og informere henne om at disse kan være aktivt med i behandlingsforløpet, via informasjon og møter, dersom hun ønsker det. Hvis hun derimot ikke ønsker en slik nærhet, skal hun forsikres om at det ikke vil skje. På alle måter må tillitsforholdet etableres først, for å kunne gjennomføre en vellykket, effektiv behandling (Hummelvoll, 2010).

For å hjelpe Anne og familien til å bygge et tillitsforhold til hverandre igjen, må alle parter rundt Anne investere tid. For at hun skal oppleve trygghet og reparere følelsesmessige skader fra tidligere, må behandlingen foregå på hennes premisser. Sosialt nettverk for de fleste mennesker, og i sårbare situasjoner vil dette ha større betydning enn vanlig. Tid ansees for å være et nøkkelord, og bør vektlegges som en del av omsorgen, som vil være særdeles nødvendig for Anne, fordi hun er fratatt noe av sin frihet ved tvangsinnleggelse (Vestheim, 2011).

Anne befinner seg i en situasjon hvor hun står i fare for å bli krenket. Med det mener jeg at hun er ensom i sin forståelse og opplevelse av seg selv. Til og med hennes nærmeste har en annen oppfatning av henne enn det hun mener er rimelig. En kan tenke seg at Annes paranoia kan være utslagsgivende for uenigheter mellom henne og andre rundt henne, men dette vil svekke hennes tillit ytterligere. For å styrke og bygge opp tilliten igjen er det av betydning at hun blir lyttet til, og behandlet med respekt og verdighet. Hun må også få en god forklaring og begrunnelse for tvangen, og familien må inkluderes i disse samtalene. God kommunikasjon er avgjørende for å bygge tillit, og det kan raskere føre til et godt behandlingsforløp (Rådet for psykisk helse, 2012).

### 7.3 Tvang i konflikt med frivillighet

Tvangsbehandling vil alltid medføre en form for konflikt. Utgangspunktet her er en uenighet mellom parter, og utfallet medfører en handling som ikke er ønsket fra minst én part.

Det synes å være svært ulikt syn på bruk av tvang mellom pasientene og personalet ved helseinstitusjoner. Dette handler om nødvendigheten av tvangsbruk, og om hvilke resultater det kan føre til. Årsaken til ulike syn kan være vurderingen som tas i forhold til tvangsbruk og alternativer som finnes i forhold til frivillig behandling (Norvoll og Lossius, 2011).

Tvangsbruk kan ha negativ betydning for alliansebygging mellom pasient og behandlere. Paulsrudutvalget kommer med forslag om at pasienters selvbestemmelsesrett bør ivaretas, og pasienten skal benytte seg av sin rett til både å samtykke og å takke ja til helsehjelp. Unntaket er ved fare for liv og helse. Tvangsbruk kan forsvares dersom man antar at pasienten i beslutningskompetent tilstand ville ha takket ja til innleggelse og hjelp, men på grunn av alvorlig sinnslidelse ikke tar vurderinger til det beste for seg selv, og det er fare for funksjonsfall (Paulsrud, 2011).

Hos Anne ble farekriteriene vurdert, fordi hennes atferd førte henne inn i en situasjon hvor hun utgjorde fare for eget liv og helse. Da dette ikke var første gang hun utviste uheldig atferd, kunne både pårørende og hjelpeapparatet som var rundt henne til daglig, forsvare sine vurderinger om tvangsinnleggelse (Lovdata, 2012:§ 3.3, 3. ledd).

Ved å se på alternativer til tvangsbruk, må det samtidig sikres at hun unngår å kunne utsette seg selv for fare. BAT-prosjektet tar for seg hvordan bruk av tvang kan senkes, samtidig som god og forsvarlig behandling skal ytes. Det beskrives at alternativer til tvang blant annet handler om løsningsfokusert tilnærming, og å finne nye løsninger på problemer. Det krever tid og bevissthet rundt ressurser. Økt bemanning, gir økt kvalitet i omsorgen, og dette kan igjen føre til mindre tvang (Norvoll, 2011).

## 7.4 Paternalisme i konflikt med brukermedvirkning

*«Bli hos meg – og gå fra meg – og frels meg fra meg selv (Hagerup, 1998:6).*

Hagerup beskriver her et dilemma som er gjenkjennelig i Annes situasjon. Hun ønsker ikke innleggelse og mener at hun klarer å ta vare på seg selv på en trygg og forsvarlig måte. Samtidig er hennes motstand mot å motta hjelp ikke kraftig, og hun redegjør for seg og sitt og viser vei inn i sine tanker.

For å komme i posisjon til å kunne hjelpe Anne, og samtidig gi henne en opplevelse av ivaretagelse og trygghet, er det viktig å etablere tillit. For å kunne skape en god relasjon, har det betydning at hun opplever interesse for sin beskrivelse av situasjonen, og være åpen for hennes fortelling. Hennes opplevelse er hentet ut fra hennes forestillingsverden, og selv om det foreligger opplysninger og kunnskaper om at det kan foreligge andre sannheter også, er det viktig å sette seg inn i hennes opplevelse (Berge m.fl., 2010).

Passiv motstand kan være et signal om at Anne finner trygghet i å slippe ansvar for en stund. Dette er ikke bekreftet av henne, men antakelser som jeg gjør meg ut fra hennes non-verbale uttrykksform samt erfaringer jeg har fra tidligere i liknende situasjoner. Jeg tar dette med inn i den første tiden med Anne, samtidig som jeg er åpen for at dette kan være feiltolkninger fra min side. Anne fremstår med tydelig behov for hjelp, fordi hun foretar valg som er uheldige både for henne og familien. Imidlertid er det hennes valg som er avgjørende for hvilke hjelpetiltak som iverksettes.

Paternalisme i denne situasjonen kan utøves som både sterk og svak. Svak paternalisme vil her være gyldig som en omsorg for henne, da hun setter seg selv i fare ved å gå ut i kulden, uten å være kledd for det. Hun setter liv og helse i fare ved denne atferden, og viser ikke forståelse for faren ved denne handlingen. I tillegg nekter hun å ta medisiner, på grunn av at hun tror hun blir forgiftet av dem. Dette har erfaringsmessig vist seg å ha gode resultater for henne, ved tidligere episoder, så sterk paternalistisk handling kommer til syne ved denne avgjørelsen (Slettebø, 2003).



For å unngå at Anne opplever å bli fratatt sin troverdighet, noe som kan føles krenkende, er det viktig «å spille på lag», og la hennes uttalelser bli hørt. Hun viser at hun er skeptisk til informasjon som gis henne. Hun refererer til tidligere innleggelses, og viser ikke forståelse for at dette skal være til hennes beste.

Mange pasienter innenfor det psykiske helsefeltet føler seg stigmatiserte og mindreverdige i møte med helsepersonell. Oppmerksomheten bør rettes mot at Anne ikke kommer i kontakt med slike følelser. For mange blir engasjementet og interessen for egen behandling redusert på grunn av negative opplevelser. Dette omhandler manglende respekt, umyndiggjøring og krenkelser, og i stor grad mangelfull brukermedvirkning. Tvangsinnleggelses i seg selv blir ikke omtalt som kjerneproblemet, men i større grad er det opplevelsen av dehumanisering som forsterker kløften mellom pasient og pleier. Pasienter har uttalt at de ikke møter anerkjennelse, og ønsker å møte pleiere med helhetlige menneskesyn, som ikke bare ser dem som diagnoser (Norvoll og Lossius, 2011).

Jeg oppfatter at Anne står i fare for å bli «institusjonalisert». Hun uttrykker uenighet i behandlingen, men aksepterer lavmælt det som avgjøres på hennes vegne. For å unngå passivitet og tilbaketrekking, er det viktig at hun tas med i planer som legges, og at hun informeres om progresjonen i behandlingsforløpet. Jeg tror at dette vil vekke en mer aktiv holdning hos henne, og gi økt trygghet, forutsigbarhet og livsglede. For å gi Anne en opplevelse av at hun blir forstått og akseptert med sin historie, er empati og inntoning viktige uttrykksformer. Inntoning skjer automatisk og bekrefter en forståelse og aksept, for Annes affektformidling. Dette betyr at Anne opplever en bekreftelse og forståelse for sin opplevelse. Empati ligner på inntoning, men har kognitiv formidling som respons. Anne trenger nærhet i sin sårbare posisjon, og i hennes tankekaos, vil det være betryggende og oppleve å bli lyttet til og ikke bli stilt kritiske spørsmål. På denne måten kan hun oppleve likeverd og innta sin plass som hjelpetrequende, men dog som en utøvende samarbeidspartner i egen behandlingsplan (Johnsen m. fl. 2008).

## 8.0 KONKLUSJON

«Hvilke etiske dilemmaer kan forekomme i møte med mennesker som har vedtak om TUD?»

- Autonomi – pasienten står i fare for å få denne redusert. Vurderinger og avveininger tas omkring pasienten bestemmelseskompetanse, og dette er avgjørende for hvilke muligheter pasienten tilbys for delaktighet. Et mål som krever stor bevissthet, skal være å hjelpe pasienten tilbake til selv og kunne ta avgjørelser. Farekriteriene skal til enhver tid være avgjørende for vurderingen av autonomi ved alvorlig sinnslidelse.
- Paternalisme – må utføres med vilje og bevissthet om å gjøre det gode og hindre skade, både fysisk og psykisk.
- Bruk av tvang, både i og utenfor institusjon – krever etisk bevissthet hos alle involverte parter. Ulike opplevelser hos pasienter og helsepersonell, kommer tydelig frem i brukerundersøkelser, og faren for krenkelser og stigmatisering er tydelig til stede. Behandling med tvang krever oppmerksomhet om hvor smale grenser det er mellom hjelp og krenkelser. Tvang fordrer paternalistiske handlinger fra behandlere, og økt ivaretagelse av pasientens autonomi og verdighet.
- Brukermidvirkning – hør pasientens meninger og ønsker, også i situasjoner hvor han ikke er samtykkekompetent. Helsepersonell må gjøre seg fortjent til tillit gjennom handling. Brukerundersøkelser viser at holdninger og menneskesyn har størst betydning i en sårbar situasjon. Dette kan ha betydning for neste møte mellom pasient og behandler, som vil finne sted ved TUD.
- Plikter og konsekvenser – krever alltid vurderinger av hva som best ivaretar pasienten. Vurderinger må tas på nytt i en hver ny situasjon, og i møte med hver ny pasient. Erfaringsbasert kunnskap er nyttig, men må kun ha verdi som tilleggskunnskap, og ikke sees som en sannhet i seg selv.

Denne skriveprosessen har økt min bevissthet og forståelse, for hvilke etiske utfordringer tvangsbehandling kan medføre. Dette har gitt meg en mer ydmyk forståelse for pasientenes opplevelser, noe jeg opplever som verdifull kunnskap.

## LITTERATURLISTE

- Askeheim, O. P. og Starrin, B. (2010). *Empowerment I TEORI OG PRAKSIS*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barker, P. (2009). *Psychiatric And Mental Health Nursing. The craft of caring*. London: Hodder Arnold.
- Berge, T. og Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagerup, I. (1998). *Samlede dikt*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser-horingsutkast.pdf>
- [Henriksen, J.-O., Vetlesen, A. J. \(2008\). \*Nærhet og DISTANSE\*. Oslo: Gyldendal Akademisk.](#)
- Hummelvoll, J. K. (2011). *HELT – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johnsen, A., Sundet, R., Torsteinsson, V. W. (2008). *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte teorier*. Universitetsforlaget.
- Klunderud, A.-G., Lydersen, B. (2012). *Tving tvangen ned*. Mental Helse. <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/tving-tvangen-ned>
- [Kogstad, R. E. \(2009\). \*Protecting mental health client's dignity – The importance of legal control\*. International Journal of Law and Psychiatry.](#)
- [Levinas, E. \(1993\). \*Den annens humanisme\*. Oslo: Aschehoug forlag.](#)

- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lovdata (2012). *Lov om psykisk helsevern, § 3.2 og 3.3*. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-062-003.html>
- Lovdata (2012). *Lov om psykisk helsevern, § 3.5*. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-062-003.html#3-5>
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring*. Polen: Adobe Garamond Pro.
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer. [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Norvoll, R., Lossius Husum, T. (2011). *Som natt og dag?* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. [http://www.afi-wri.no/modules/module\\_123/proxy.asp?l=5700&C=1&D=2&mid=](http://www.afi-wri.no/modules/module_123/proxy.asp?l=5700&C=1&D=2&mid=)
- Norvoll, R. (2011). *BAT-prosjektet*. Oslo: SINTEF [http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF\\_A8450\\_Hovedrapp\\_BAT-sammendrag.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT-sammendrag.pdf)
- Paulsrud, K. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo: NOU 2011:9. <http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>
- Rådet for psykisk helse (2012). *Tvang i psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse.no 2012:3
- Sartre, J.P. (1993). *Eksistensialisme er humanisme*. Oslo: Cappelen.
- Slettebø, Å. (2003). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vestheim, T. (2011). *Tvunget psykisk helsevern – effekt av TID og trygghet*. BestPractice (s. 18-24). <http://www.swiflet.com/bpnopsyk/bp/8/1/>