



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4 BACH

Thomas Bull & André Birkelund

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Bacheloroppgave

Skjerming av psykotiske pasienter

Shielding of psychotic patients

Antall ord: 11 828

Bachelor i sykepleie, heltid

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Norsk sammendrag

Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleiere håndterer skjerming som en metode på en akuttpsykiatrisk avdeling. Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode og har derfor brukt anerkjente forfattere som Cullberg, Strand, Hummelvoll, Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke. Oppgaven vår er avgrenset til å handle om hvordan sykepleiere bruker skjerming som en metode på en skuttpsykiatrisk avdeling. Teoridelen består av psykose, symptomer og behandling av psykose, egostyrkende sykepleie, vold og utagering, lovverk. Som sykepleieteoretisk referanse så bruker vi Jan Kåre Hummelvoll og Liv Strand. Drøftingsdelen består av tre kapitler som tar for seg skjerming og bruken av skjerming på en akuttpsykiatrisk avdeling, egostyrkende sykepleie, hvordan man kan forebygge vold og utagering. Helt til slutt blir lovverket rundt bruken av skjerming og aktuelt lovverk drøftet. Vi avslutter med en oppsummering av de funn vi har gjort i løpet av oppgaveperioden, og noen tanker rundt problemstillingen.

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN MED AVGRENSNING	6
1.3 CASE	7
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	8
2. METODE	9
2.1 OM METODE OG LITTERATURSTUDIE SOM METODE	9
2.2 SØK ETTER FORSKNINGARTIKLER.....	9
2.3 PRESENTASJON AV ARTIKLENE.....	10
2.3.1 <i>Shielding in Mental Health Hospitals</i>	10
2.3.2 <i>Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?</i>	10
2.3.3 <i>Violence in psychosis Conceptualizing its casual relationship with risk factors</i>	11
2.3.4 <i>Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patient and staff</i>	12
2.4 KILDEKRITIKK.....	13
2.5 ETISK OVERVEIELSE	14
3. FUNN FRA ARTIKLENE.....	15
3.1 SHIELDING IN MENTAL HEALTH HOSPITALS	15
3.2 HVORDAN OPPLEVER SYKEPLEIEREN Å MØTE AGGRESSIVE PASIENTER?	15
3.3 VIOLENCE IN PSYCHOSIS CONCEPTUALIZING ITS CASUAL RELATIONSHIP WITH RISK FACTORS	16
3.4 COERCION IN A LOCKED PSYCHIATRIC WARD: PERSPECTIVES OF PATIENT AND STAFF.....	17
4. PASIENTER MED PSYKOSELIDELSE – INNLAGT PÅ EN AKUTTPSYKIATRISK ENHET	18
4.1 PSYKOSE OG ÅRSAKER TIL PSYKOSE	18

4.2	SYMPTOMER PÅ PSYKOSE	20
4.3	BEHANDLING AV PSYKOSE	21
5.	SYKEPLEIETEORETISK REFERANSE.....	22
5.1	INNLEDNING.....	22
5.2	SYKEPLEIER – OG PASIENTFELLELESSKAPET	22
5.3	LIKEVERDIGHET	23
5.4	MØTE/NÆRVÆRENHET	23
5.5	SELVAKTELSE/SIGNIFIKANS	24
5.6	ANSVAR OG VALG	24
5.7	MÅL, MENING OG VERDIAVKLARING.....	24
5.8	EGOSTYRKENDE SYKEPLEIEPRINSIPPER.....	25
5.9	KONTINUITET OG REGELMESSIGHET.....	25
5.10	GRENSESETTING.....	25
5.11	SKJERMING.....	26
5.12	CONTAINING	27
6.	LOVVERK OG RETNINGSLINJER.....	29
6.1	PASIENT – OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN.....	29
6.2	LOV OM SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	29
6.3	LOV OM ETABLERING OG GJENNOMFØRING AV PSYKISK HELSEVERN	30
6.4	§ 4-3. SKJERMING.....	31
6.5	§ 4-5 FORBINDELSE MED OMVERDENEN	31
6.6	KLAGERETT OG KONTROLLINSTANSER.....	32
6.7	YRKESETISKE RETNINGSLINJER	32
7.	HVORDAN HÅNDTERER SYKEPLEIERE SKJERMING SOM METODE I AKUTTPSYKIATRISK AVDELING?.....	33

7.1	SKJERMING OG BRUK AV EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE	33
7.2	VOLD OG UTAGERING PÅ EN SKJERMINGSENHET	36
7.3	LOVVERK OG RETNINGSLINJER.....	40
8.	AVSLUTNING	43
9.	LITTERATURLISTE.....	44
	VEDLEGG 1 - PICO-SKJEMA	
	VEDLEGG 2 – DATASØK.....	
	VEDLEGG 3 – DATASØK.....	

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det finnes flere grunner til at vi som sykepleiestudenter har lyst til å skrive om dette temaet. Vi har erfaring at i den moderne tid er det flere pasienter, og yngre som blir behandlet på psykiatrisk sykehus. Men enda er det store innsparinger i statlige sykehus, og flere statlige avdelinger i Hedmark og Oppland har blitt lagt ned, og flere skal bli lagt ned over en periode på tre år fremover, som vi selv har erfart og hørt fra sykehusledelsen i Hedmark. Den nye samhandlingsreformen, krever at det kommunale skal ha mer ansvar i psykiatri (regjeringen.no). Dette vil si at akuttpostene i psykiatrien vil merke et markant påtrykk av pasienter, og spesielt pasienter med alvorlige lidelser, for eksempel psykotiske pasienter. Dette er noe vi selv har erfart fra både jobbpraksis og skolepraksis, der vi har lagt merke til at det er flere innleggelser, og mangel på plass på avdelingene. En av hovedgrunnene til at vi har valgt skjerming av psykotiske pasienter i psykiatrisk sykehus, er at begge har både praksiserfaring og jobberfaring fra akuttpsykiatri og skjermingsavdeling. Vi er genuint interessert i psykiatrien, noe som vi mener gir oss mer motivasjon og et potensielt bedre læringsutbytte.

1.2 Presentasjon av problemstillingen med avgrensning

Det er mange viktige punkter og temaer i psykiatrien. Skjerming er en behandlingsform som er meget aktuell for flere pasientgrupper. Oppgaven vår handler om skjerming av psykotiske pasienter. Skjerming er en tvetydig praksis, og skjerming kan foregå på flere måter, for eksempel delvis skjerming, skjerming på egen stue del med mer. Problemstillingen vår blir *"Hvordan håndterer sykepleiere skjerming som metode på en akuttpsykiatrisk avdeling?"*

Den psykotiske tilstanden er i det stadiet, der realitetsorientering kan være lite hensiktsmessig. Vi skriver derfor ikke om realitetsorienteringsfasen under egostyrkende sykepleieprinsipper, og velger derfor bort allianse og kommunikasjonsdelen. Den medikamentelle behandlingen vil vi ikke ta for oss. Vi er derimot klar over at den medikamentelle behandlingen er en stor og viktig del av behandling av psykotiske pasienter,

men på grunn av ordbegrensning, skriver vi ikke om dette. Utagering og vold er veldig relevant i forhold til skjerming av psykotiske pasienter, men vi heller fokuserer på hvordan vi kan forebygge og hvordan vi som sykepleiere skal forholde oss til utagering og vold. Mekaniske tvangsmidler er et kontroversielt og omfattende tema å skrive om. I tillegg har media nylig publisert flere saker der bruk av mekaniske tvangsmidler ikke har blitt rapportert. Vi velger bort dette ettersom det kunne ha blitt skrevet en egen bacheloroppgave om dette teamet.

1.3 Case

I drøftingen ønsker vi å ta utgangspunkt i denne casen:

Ola er en mann i 40 årene. Pasienten har en kjent psykose lidelse, og har hatt mange innleggelser i psykiatrien. Tilstanden har forverret seg den siste perioden, pårørende og nære bekjente beskriver Ola som kaotisk, sover minimalt, har grandiose tanker, usammenhengende og springende i tematikken, ivaretar ikke de grunnleggende behovene som hygiene, kosthold og søvn, har tydelige vrangforestillinger, i form av syn – og hørselshallusinasjoner. Pasienten blir ut ifra disse opplysningene tvangsinnlagt på tvungen observasjon § 3-2 jmf. PHVL, på en skjermingsenhet. Pasienten har fra tidligere innleggelser historikk om aggressiv og voldelig adferd rettet mot helsepersonell. Har også under tidligere innleggelser utført vold mot sykepleiere.

Den første uken på skjermingsenheten har Ola et varierende og skiftende stemningsleie og er motorisk urolig. Pasienten viser ingen sykdomsinnsikt, og er ikke orientert for tid og sted. Pasienten viser tydelige psykotiske tegn, som vrangforestillinger, syn – og hørselshallusinasjoner. Ola bruker aktivt telefonen, sender mange meldinger og ringer til flere personer. Personalet har fått bekymringsmelding fra pårørende og nære bekjente av Ola om at han er ukritisk på sosiale medier, og blamerer seg selv og nære slektninger. Pasienten blir raskt agitert når sykepleieren grensesetter han, og har under flere situasjoner kommet med verbale trusler, og faren for fysisk utagering er nærliggende.

1.4 Oppgavens disposisjon

Vi vil gjennom denne oppgaven som er en litteraturstudie, som bygger på faglitteratur og praksiserfaring, drøfte hvordan sykepleiere håndterer skjerming som metode i akutt psykiatrisk avdeling. Vi vil ta for oss noen utvalgte sykepleieprinsipper fra Liv Strand og Hummelvoll sin teori om sykepleier – og pasientfelleskapet. Disse utvalgte egostyrkende sykepleieprinsippene er: kontinuitet og regelmessighet, skjerming, grensesetting og containing. I metodekapittelet har vi tatt med tre forskningsartikler som er engelskspråklige og én som er norskspråklige. Her skal vi prøve å anvende og belyse disse forskningsartiklene, slik at vi kan vinkle artiklene i drøftingen. Som sykepleiereferanse bruker vi Jon Kåre Hummels hjørnesteiner som utgangspunkt. Vi har tatt for oss fem av ni hjørnesteiner, som vi mener er mest relevant i forhold til vår problemstilling. I teoridelen tar vi for oss psykose, symptomer og noe om behandlingen av psykosen for å vise at vi kan se det helhetlige bilde. Videre i teorien tar vi for oss egostyrkende sykepleieprinsipper, vold og utagering i psykiatrien, til slutt lovverk og retningslinjer. Drøftingsdelen skal bestå av tre underkapitler. Disse underkapitlene er egostyrkende sykepleie, vold og utagering og lovverk og retningslinjer. I avslutningen vil vi kort skrive ned noen personlige meninger og tanker rundt problemstillingen.

2. Metode

I metodekapittelet forklarer vi hvilken metode som er brukt for å løse problemstillingen. "*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*" (Dalland, s.111, 2012).

2.1 Om metode og litteraturstudie som metode

Oppgaven vil bli basert på litteraturstudie. Det er selvfølgelig fordeler og ulemper ved en litteraturstudie. Fordelen er at vi kan fordype oss i et tema som vi er interessert i og relevant for problemstillingen, og vi er ikke avhengig av intervju. Ved en litteraturstudie kan vi bruke primær og sekundær litteratur, og forskning for å fordype oss i temaet vi har valgt.

2.2 Søk etter forskningartikler

Vi vil i stor grad benytte oss av pensumlitteratur, både egen og fra andre høyskoler. Vi vil legge et stort fokus på anerkjente norske forskere og forfattere som Hummelvoll, Cullberg og Strand. For å holde kravet på 400 sider med selvvalgt litteratur, har vi benyttet oss av høyskolens bibliotek, samt fått god hjelp av bibliotekarene.

Vi vil bruke databaser som BIBSYS Oria, pudmed, google scholar, osv. Vi har også blitt anbefalt å bruke sgo.sagepub.com av en kollega av oss. Der fant vi en relevant artikkel om skjerming i psykiatrisk sykehus. Aktuelle søkeord i databasene som vi har benyttet oss av: Sykepleie, psykose, psykiatri, makt, vold, utagering, tvang, skjerming, grensesetting, psykisk helse og mental helse. Det finnes mange relevante forskingsartikler som er skrevet på engelsk, aktuelle søkeord på engelsk kan være: shielding, coercion, mental health, force, isolation, psychosis, mental hospital, nursing, and violence. I vedlegg 1 har vi picoskjema, og vedlegg 2 og 3 har vi en presentasjon av resultatene av datasøkene i form av bilder.

2.3 Presentasjon av artiklene

2.3.1 Shielding in Mental Health Hospitals

I forskningsartikkelen *Shielding in Mental Health Hospitals*, publisert av Haugom & Granerud (2016), som er en kvalitativ studie har forskerne definert skjerming som en begrensingsform av pasienter i et singelt rom separert fra resten av den psykiatriske avdelingen. En Kvalitativ forskning eller metode har som fordel og fange opp de ulike deltagerens meninger, opplevelser og synspunkter som ikke kan måles i tall og som ikke kommer frem ved en kvantitativ metode (Dalland, 2012).

Skjerming blir beskrevet i forskningen som både kontrollform og behandlingsform. Formålet med forskningen er å finne ut hvordan ansatte på et psykiatrisk sykehus beskriver og utfører skjerming. Denne forskningsartikkelen beskriver kontrollformen av skjerming som mer viktig. Artikkelen tar også for seg en del terapeutiske former som, begrensninger, sikkerhet, grensesetting, skjerming, stimuli restriksjoner, personlig kontakt, struktur. Forskningen beskriver at sikkerhet, begrensninger, grensesetting og skjerming av pasienter som skaper uro og bråk, så er kontrollformen mer relevant enn den terapeutiske delen av skjerming. I følge forskningen så kan skjerming være til stor hjelp om pasienter med alvorlige psykiske lidelser med blant annet vrangforestillinger trenger å roe seg ned. Pasienter som har blitt bevisstgjort på hva isolering går ut på har liten tro på isolering som terapeutisk behandlingsform, og kan til tider føle seg straffet. Forskerne forklarer i forskningen at det er ulike grader av skjerming og isolasjon og dette må vurderes etter behov og dermed kan ha ulik effekt (Haugom & Granerud, 2016).

2.3.2 Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

Dette er en kvalitativ masteroppgave, fra studiet master i psykisk helsearbeid. Denne kvalitative oppgaven er skrevet av Sharma (2009). Den kvalitative masteroppgaven handler om hvordan sykepleiere opplever å møte aggressive pasienter. I Denne studien ble det gjennomført individuelle intervjuer med fire sykepleiere (Sharma, 2009).

2.3.3 Violence in psychosis Conceptualizing its casual relationship with risk factors

I denne kvantitative forskningen publisert av Lamsmaa & Harteaa (2015) har forskerne sett nærmere på risikofaktorer og vold hos pasienter med psykose. En kvantitativ studie baserer seg på antall gitte svar, disse svarene telles opp og gir dermed en summ slik at man kan foreta en regneoperasjon om man ønsker og for eksempel finne et gjennomsnitt eller hvor stor prosent av en befolkning som er preget av en diagnose (Dalland, 2012).

Forskerne har samlet 69 forskjellige studier om vold og psykose og sett på hvilke svar de ulike funnene fra forskningen. Forskerne skriver at det er en episodisk eller tilfeldig «gangsti» mellom risikofaktorene som utløser vold hos pasienter med psykose. Forskerne forklarer også at det er faktorer som kan gjøre en forskjell:

- 1) Yngre menn med lav selvkontroll har lettere for en voldelig oppførsel.
- 2) Menn er misbrukere av narkotiske stoffer oftere enn kvinner.
- 3) Arbeidsløshet og lav økonomiskstatus kan vise et svært uorganisert boligområde.
- 4) En fiendtlig familiehistorikk som kan være årsaken til lav utdanning.
- 5) Narkotika misbruk som er hyppig og vanedannende kan forklare pasientens singel status, hjemløshet, arbeidsløshet, utdannings fiendtlighet og lav økonomisk status.
- 6) Singelstatus, hjemløshet, arbeidsløshet, utdanningsproblematikk, lav økonomisk status, tidligere sykehusinnleggelser grunnet pasientens gjentatte voldsepisoder. Eller svært omfattende psykotiske symptomer.
- 7) Om pasienten har tidligere vært dømt for vold kan dette være en risikofaktor siden dette følger pasienten videre i livet.
- 8) Vold utført av familiemedlemmer kan føre til at psykotiske pasienter følger det voldelige sporet.
- 9) Fiendtlig familieforhold og genetikk er også en risikofaktor.

Dette er de mest sentrale gangstiene mellom vold og psykose som forskerne fant. Dette er hele 9 av 40 ulike kombinasjoner og gangstier som kan være risikoer som er voldsutløsende for pasienter med psykose.

Forskerne beskriver også de mest vanlige risikofaktorene for vold i psykose og disse risikofaktorene er vrangforestillinger om at de blir forfulgt av politiet eller lignende, narkotikamisbruk, lite sykdomsinnsikt. Disse faktorene er med på å trigge eller skape en «gangsti» som forskerne skriver, mellom risikofaktorene og vold hos pasienter med psykose (Lamsmaa & Harteaa, 2015).

2.3.4 Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patient and staff

I denne kvalitative artikkelen til Larsen & Terkelsen (2014) er det beskrevet hvordan ansatte og pasienter selv opplever hvordan det er å bruke tvang og hvordan det er å bli underlagt tvang. I forskningen kommer det frem at de ansatte og pasientene opplever tvang på svært ulike måter. Metoden som ble brukt for å finne svar til denne forskningen er deltagelsesobservasjoner og intervjuer. Og spørsmålet som skulle besvares var «hvordan opplever pasienter og ansatte ved en lukket psykiatrisk avdeling i Norge bruken tvang?». I Norge er bruken av tvang regulert av et lovverk og blir oftest brukt til å regulere eller kontrollere eventuelt, situasjoner som oppstår, og blir sjeldent brukt som noen form for behandling. I forskningen har forskerne tatt med at et individuelt reglement for pasientene er en av metodene for tvang som blir brukt på avdelingen. En av pasientene forteller om at hun føler seg behandlet som en diagnose og ikke som et menneske grunnet bruken av tvang og de ansattes syn på bruken av tvang og pasienter. Pasientene kaller også skjermingsområdet og uteplassen på skjermingen for fengselet og fengselsgården. Men pasientene ser selv i etterkant at bruken av tvang kan være for deres eget beste, at de ansatte kun prøver å hjelpe de så godt de kan, men bruken av tvang får de likevel til å føle seg mindre verdt. De ansatte har også forskjellig syn på om bruken av tvang er det beste for pasientene eller ikke. Noen av de ansatte føler at de krenker pasienten mens noen mener at bruken av tvang er høyst nødvendig og kan hjelpe pasienten i visse tilfeller (Larsen & Terkelsen, 2014).

2.4 Kildekritikk

Dalland (2012) forklarer at kildekritikk har i den hensikt å avgjøre om kildene er troverdige eller ikke. Det skal også vise at forfatterne skal forholde seg kritisk til litteraturen som blir brukt, samt vurdere litteraturen.

En av utfordringene ved en litteraturstudie er å finne god og relevant litteratur. Mye er sekundærlitteratur, altså tolkninger av andres forskning og meninger. Så det å være kritisk til litteraturen og forskningen er en av hovedutfordringene ved litteraturstudie som metode. Det er viktig for oss å vurdere kildene som vi har brukt, både kvalitet og relevans i forhold til vår problemstilling (Dalland, 2012).

Det finnes mange artikler om skjerming og psykiatri når vi gjør et litteratursøk i en database. Det finnes mange forskjellige artikler, kvaliteten, relevansen og vinklingen er forskjellig. For å skille og finne studier ifra hverandre, er vi nødt til å ha informasjonskompetanse. Denne kompetansen hjelper oss til å skille mellom kvalitativ og kvantitativ forskning, metaanalyser og forskningsartikler, og hvilke kilder som er troverdige og utroverdige (Dalland, 2012).

For at vi skal være i stand til å vurdere om kildene er relevante og har den kvaliteten i forhold til oppgaven, trenger vi en kompetanse som kalles "Informasjonskompetanse" (Dalland, 2012).

"Informasjonskompetanse, en samling av ferdigheter som gjør en person i stand til å identifisere når informasjon er nødvendig, og som setter vedkommende i stand til å lokalisere, vurdere og effektivt anvende denne informasjonen" (Store Norske Leksikon, 2011).

Vi mener at pensumbøkene må være pålitelige. Dette begrunner vi med at høgskolen har anbefalt disse bøkene. Vi har valgt Jan Kåre Hummelvoll og Liv Strand som sykepleiereferanse. Hummelvolls sine ni hjørnesteiner er basert på både primær og sekundær litteratur, noe som betyr at noe er skrevet av Hummelvoll selv, og noe er tolkningen til Hummelvoll av andre forfattere.

2.5 Etisk overveielse

Etiske overveielser handler ikke bare om å følge regler. Vi må tenke på ulike etiske utfordringer vår oppgave medfører, og hvordan vi skal håndtere det. Alle som jobber i helsesektoren har taushetsplikt, dette er i henhold til helse-personelloven § 21 (Dalland, 2012). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.6 står det følgende "*Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger*" (Sykepleierforbundet, 2011).

Oppgaven vår er en litteraturstudie som nevnt tidligere. Denne bygges på faglitteratur, praksiserfaring og jobberfaring. Det å anonymisere og aidentifisere på en korrekt måte er en viktig del av oppgaven vår. I oppgaven vår blir pasienten omtalt som Ola, og har et fiktivt sykdomsforløp. I drøftingen beskriver vi oppdiktete episoder og hendelser. Vi vil heller ikke angi spesifikke steder eller tidspunkt. Dette vil gjøre det umulig for andre personer å identifisere pasienten i casen (Dalland 2012).

3. Funn fra artiklene

I dette kapitlet skal vi presentere funnene fra artiklene.

3.1 Shielding in Mental Health Hospitals

Konklusjonen blir at det alltid er en konstant spenning mellom skjerming som kontrollform og som behandlingsform. Men forskerne konkluderer med at kontrollformen er den viktigste. De viktigste terapeutiske elementene er beskrevet som: intensiv personlig kontakt, stimuli restriksjoner, struktur. Sikkerhet, begrensninger, grensesetting og skjerming av pasienter som er urolige og trenger ro er beskrevet som mer effektivt og viktig enn de terapeutiske elementene (Haugom & Granerud, 2016).

3.2 Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

Funnene av dataen til Sharma (2009) resulterte i fire hovedtemaer:

1: Følelsesoppmerksomhet. 2: Selvbekreftelse. 3: Doble og tvetydige holdninger til pasienten. 4: Den trygge kollegastøtten. Under første hovedtema kom det frem flere og ulike følelser. Noen reagerte med sinne, glede, forbannelse og redsel. Følelser som usikkerhet og redsel oppsto når sykepleierne følte seg utrygge i møte med aggressive pasienter. En av sykepleierne fortalte

"Jeg var redd, jeg kjente det i magen, så går det opp mot brystet på et vis, så var det også at jeg bare ventet på at noe ville skje. Du vet bare at noe skjer, bare ikke når, eller hvordan. Vissheten om at du da er alene gir en veldig dårlig følelse"

Når sykepleierne følte seg utrygge i slik en situasjon på grunn av redsel, gikk kroppen i en kroppslig beredskap. Intervjuobjekter fortalte at den mentale beredskapet ikke var negativ, men bekreftet heller at fenomenet var til stede, og satte ord på det.

Det andre hovedtemaet selvbekreftelse, var noe informantene mente å være viktig å bevare, spesielt når pasientene devaluerte dem. Sykepleierne brukte mye energi på å ikke bli affisert av devalueringen til pasientene. Det mest utfordrende var å finne en mestringsstrategi i

forhold til å bevare selvfølelsen. Betydningen av å anerkjenne egen kompetanse og erfaring sto i høyt fokus. Når sykepleierne var nyutdannet med liten erfaring, følte de seg utrygge og stolte ikke 100 % på sine egne vurderinger. Dette førte til at sykepleierne gransket sine egne handlinger rundt pasientsituasjonen, og trengte å snakke om de ulike situasjonene over lengre tid. Denne granskingen avtok når de fikk økt erfaring og faglig forståelse. Doble og tvetydige holdninger til pasienten handler om hvilke holdninger informantene hadde til pasientene. Sykepleierne uttrykte at det var viktig å se lidelsesuttrykk, og deretter prøve å finne forståelse og forklaringsmuligheter. *"Han går med så mye aggresjon i seg, det er bra om han kan få det ut, dette handler om projisering, dette er jo syke mennesker"* var et utsagn fra en av sykepleierne som beskrev synet sitt på pasientens aggresjon. Sykepleieren så aggresjonen som en del av sykdomsbilde. Det viste seg at andre sykepleiere mente det var utfordrende å ha en «riktig holdning» til pasienter som hadde utøvd vold mot dem. Det ble dermed vanskelig å se lidelsesuttrykket og se aggresjonen som en del av sykdomsbilde, som igjen førte til utfordringer til å se mennesket bak handlingene. Sykepleierne forklarte viktigheten av den trygge kollegastøtten. *"At du har noen bak deg i selve situasjonen og at du kan snakke med noen etterpå. Den umiddelbare kollegastøtten er fin"*. Det var viktig for sykepleierne å ha gode kollegaer, slik at de kunne snakke om de utfordrende situasjonene, og dermed "komme over" dem. Informantene påpekte viktigheten av å få ros og skryt fra kollegaer, som gjorde det lettere å stå i situasjonene. Tillitt og godt samarbeid mellom kollegaene seg i mellom hadde stor betydning for trygghet og trives på arbeidsplassen. *"Hvis jeg skal være sammen med disse pasientene, så er jeg avhengig av å ha folk rundt jeg kan stole på. At vi kan lese situasjonen sammen.. ja, at du vet når det smeller"* (Sharma, 2009).

3.3 Violence in psychosis Conceptualizing its casual relationship with risk factors

Konklusjonen blir dermed at det er lite forskning på akkurat dette området, men med et godt teoretisk rammeverk og mer forskning kan man få bedre funn og deretter få mer opplysninger om det er noen sammenheng mellom risikofaktorene og vold hos pasienter som er psykotiske, enten om det er hendelser som har hendt tidligere i livet til pasienten eller om det er noe som har oppstått nylig. Videre konkluderer forskerne med at videre informasjon, kunnskap og opplysninger om psykose så kan man øke muligheten til å forhindre vold og muligens forkorte behandlingstiden. Mer forskning rundt dette temaet kan også hjelpe til

med og redusere stigmatisering av pasienter med psykotiske lidelser og vil styrke pasientens selvfølelse om man finner ut at det er godt forklarlige årsaker og hendelser som fører til at pasienter med en psykoselidelse utfører vold (Lamsmaa & Harteaa, 2015).

3.4 Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patient and staff

I denne kvalitative studien er det konkludert med at de ansatte spesielt har delte meninger rundt bruken av tvang. Noen av de ansatte synes bruken av tvang krenket pasientenes verdighet. Mens pasientene følte seg mindreverdige av å bli utsatt for tvang. Videre konkluderes det med at de som er profesjonelt utdannet innenfor fagfeltet har med større sannsynlighet, mulighet til å komme nærmere pasientene og forstå pasientens enkelte behov, og hvordan pasienten selv føler seg og hvordan pasienten har det. Hvis pasientene blir holdt på en avstand vil man ikke kunne hjelpe pasienten eller forstå pasientens behov. Hvis pasientene blir distansert fra de profesjonelle helsearbeiderne vil da helsearbeiderne til slutt se på pasientene i en gruppe og hva gruppen trenger og dette vil da føre til restriksjoner, det er derfor enormt viktig og se den enkelte pasienten og den enkeltes behov for hjelp slik at hjelpen kan tilpasses den enkelte (Larsen & Terkelsen, 2014).

4. Pasienter med psykoselidelse – innlagt på en akuttpsykiatrisk enhet

4.1 Psykose og årsaker til psykose

Det å være psykotisk handler om å leve i forandret eller annen virkelighet. Noen av de ulike formene for psykose er kortvarige og forbigående, andre kan være langvarige, de langvarige kan ha en sterk reduksjon i den sosiale funksjonen. Psykoser er ikke aldersbetinget og kan komme i alle aldre, men som oftest melder en psykose seg i alderen mellom 15 og 30 år (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s.302).

Psykose er den vanligste og mest brukte betegnelsen for alvorlige psykiske lidelser hvor det vil foreligge realitetsbrist. Det er også manglende realitetsinnsikt hvor dømmekraften er svekket, feiltolkning av sosiale signaler, sviktende kontakt evne, dette gjør at de fleste menneskene med en psykotisk lidelse fungerer svært dårlig i samspill med andre mennesker. Men noen unntak (paranoia), vil også de fleste menneskene som er psykotiske, virke påfallende i sin væremåte i andre personers øyne (Malt 2016). Personer som har en psykoselidelse vil ha forstyrret døgnrytme, kan ha hallusinasjoner, vrangforestillinger, kan være paranoide/mistenksomme, ha angst, være ambivalente, ha liten sykdomsinnsikt, er uforutsigbar/ holder ikke sine avtaler, og generelle adferds avvik skriver Malt (2016).

En psykotisk tilstand kan deles inn i flere sykdomsgrupper blant annet reaktive, manisk-depressive og schizofrene (Hummelvoll s. 316). Pasienter som er psykotiske har ofte et fellestrekk og det er at de er preget i stor grad av redsel og mange feiltolkninger av omverden og personene som er rundt dem, og disse menneskenes intensjoner og tanker (Hummelvoll, 2014) Pasienter med en psykotisk lidelse kan ha problemer med egen og andres identitet og dette kan forvirre dem. Pasienter med psykotiske lidelser har vansker med og skille mellom fortid, nåtid og fremtid (Hummelvoll, 2014). Dette kan dermed føre til økende angst og redselsnivå, noe som deretter kan resultere i en forhøyet fare for vold, utagering og trusler.

Vold og aggresjon er noe som både er i samfunnet generelt, og i helsevesenet. Volden i samfunnet er økende, og volden har blitt grovere. Når det er en slik økning i samfunnet, er

det nærliggende å tro at økningen av vold gjenspeiles i psykiatrien (Krøvel, Rund, & Rør, 1997).

Mange pasienter med psykose kan forbigående bli aggressive og voldelig. Det kan virke at en eller annen form for grensesetting er den utløsende faktoren til voldsepisoder. En undersøkelse gjennomført av psykiatriske sykepleiere, viser at opptil 60 % av skademeldingene på flere psykiatriske poster oppsto i forhold til grensesetting. De fleste voldepisodene oppsto innen 24 timer etter innleggelsen. De egostyrkende sykepleieprinsippene som er nevnt i punkt 5 skal være en forebyggende og beskyttende faktor når det gjelder aggresjon og vold (Strand, s. 97).

Vold og aggresjon i psykiatrien er en stor utfordring og belastning for både personalet og pasientene. Det er derfor nærliggende å tro at vold og aggresjon kan skade forholdet mellom sykepleier – og pasientforholdet, og dette kan skade det terapeutiske arbeidet. Hvis vi som sykepleiere skal forholde oss terapeutisk i forhold til trusler og vold, krever dette kunnskap om fenomenet, og en dypere forståelse for aggresjon og dens uttrykksformer. Når vold og aggresjon blir en kommunikasjonsform, vil det kreve av oss sykepleiere at vi har innsikt hva som skjer mellom oss mennesker (Krøvel et. al., 1997).

Det er viktig at den psykiatriske avdelingen og personalet, har en gjennomtenkt plan for å forebygge vold og aggresjon. Strategien må ha en klar instruks om hvordan vi som sykepleiere kan unngå slike episoder, og hvordan vi skal "stå i det" (Hummelvoll, 2004). For å forebygge og forhindre voldsepisoder, er det viktig at sykepleieren lytter til pasientens erfaring og syn, og bruke vår objektive syn ut ifra vår fagkunnskap, slik at vi kan kombinere forståelsen av aggresjon. Det er en essensiell oppgave hos sykepleierne at vi makter å beholde roen under potensielle farlige situasjoner. Hvis vi makter å beholde roen, vil pasienten legge merke til det, og kan bli positivt påvirket av våres ro. Derimot, hvis vi ikke makter å beholde roen, kan hele situasjonen eskalere og pasienten kan bli påvirket i negativ forstand (Hummelvoll, 2004). Det legges særlig vekt på at vi som sykepleiere må undersøke hvilke av de grunnleggende behovene hos pasienten som mangler. Hvis noen av disse grunnleggende behovene ikke er tilfredsstillt, kan dette utløse angst, uro og stress. Hvilket mestringsrepertoar pasienten innehar, avgjør hvilken reaksjon som vil forekomme (Hummelvoll, 2010).

Noen psykiatriske poster mener at det er mest hensiktsmessig å bruke såkalte "skjulte" sikkerhetstiltak. Slik at pasientene ikke skal føle seg mer utrygg og usikker, for å skape en trygg og forutsigbar hverdag. Dette kan for eksempel innebære fjerning av potensielle farlige gjenstander. I andre psykiatriske poster kan det være hensiktsmessig å bruke såkalte "synlige" sikkerhetstiltak. I dette tilfelle kan det være for eksempel ekstra bemanning og alarmanlegg for å nevne noen. Det er nærliggende å tro at en kombinasjon av skjulte og synlige sikkerhetstiltak er mest hensiktsmessig (Krøvel et. al., 1997).

Det overordnede målet for sykepleiere må være at vi klarer å utvikle evnen til pasienten, slik at sinneutløpet kan foregå på en annen måte, enn å skade seg selv eller andre medmennesker (Hummelvoll, 2010).

4.2 Symptomer på psykose

Det finnes en rekke ulike symptomer på en psykoselidelse, men det vil variere noe fra diagnose til diagnose. Men hovedsakelig så vil et menneske som har en psykoselidelse oppleve vrangforestillinger, hallusinasjoner av ulike varianter som synshallusinasjoner, hørselshallusinasjoner, følehallusinasjoner, lukte og smakshallusinasjoner, psykotiske mennesker feiltolker sosiale settinger (Cullberg, 2005). Noen kan oppleve en psykose med paranoide tanker som forfølgelse av statsmakter, politi, militære, tanker som samtaler med religiøse guddommeligheter. Et av de mest sentrale symptomene på en psykoselidelse er adferdsavvik, men adferdsavvik kan forekomme i mange andre sammenhenger enn psykose, men det er heller ikke sikkert at mennesker som er utenforstående vil legge merke til adferdsavvik. Videre vil et menneske som blir rammet av en psykoselidelse merke konfusjon eller delirium, dette innebærer at mennesket som er rammet vil miste evnen til å orientere seg i forhold til tid, rom og/eller person (Cullberg, 2005). Cullberg (2005) Beskriver psykosen med vrangforestillinger som et mareritt i våken tilstand. Det finnes også såkalt rusutløst psykose og det vil i forbindelse med dette finnes ulike symptomer grunnet hvordan de ulike stoffene reagerer med kroppen og hvordan psykosen utvikler seg.

4.3 Behandling av psykose

Det finnes mange ulike måter og gjennomføre behandling på, behandlingsmåter og hvor behandlingen blir utført. Den mest vanlige behandlingen og viktigste behandlingen består av medikamenter i form av nevroleptika. Som Cullberg (2005) skriver så blir de fleste av pasientene som blir innlagt på akuttavdelingen innlagt på tvang. Dette kan være en del av behandlingen siden pasientene kan stå i fare for seg selv eller andre og kan blamere seg selv. Behandlingen kan bestå av akuttinnleggelse og med dette innebærer det muligens bruk av tvang, siden mennesker i psykoser har vrangforestillinger, hallusinasjoner og eventuelt være paranoide. Men dette er regulert av den psykiske helsevernloven. Men tvangsinnleggelsene skjer i den akutte fasen av en psykose. Det burde være mest ideelt og samarbeide med pasienten og at pasienten frivillig legges inn, men dette kan være vanskelig å få til i en psykotisk tilstand hvor pasienten har lite sykdomsinnsikt (Malt 2016). Prognosen for pasienter i en psykotisk tilstand varierer, er det en akutt og forbigående psykose kan prognosen være god, men er det en psykose som holder mer permanente forstyrrelser til hjernen som schizofreni er prognosen noe dårligere, men pasienten kan hjelpes til et relativt godt liv med rett behandling tidlig og aktivt (Malt 2016).

5. Sykepleieteoretisk referanse

5.1 Innledning

I dette kapitlet tar vi for oss Hummelvolls teori og sykepleier – og pasientfellesskapet og noen utvalgte hjørnesteiner vi mener er relevant til problemstillingen. Videre tar vi for oss noen utvalgte egostyrkende sykepleieprinsipper fra Strand.

5.2 Sykepleier – og pasientfellesskapet

Som Hummelvoll (2014) skriver så er det terapeutiske forholdet som vil bli dannet som en følge av at pasienten har et behov for hjelp og sykepleierens svar på dette. Dette er en allianse som vil bli preget av et opplevelses og arbeidsfellesskap som har sin hensikt i å gi pasienten en økt selvinnsikt og situasjonsforståelse, og dette vil da bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og dermed løse sitt helseproblem, det innebærer da også eventuelt å akseptere helseproblemet og leve med det. For at dette skal skje vil det være vesentlig at sykepleieren kan variere mellom avstand og nærhet, støtte og utfordring (Hummelvoll, 2014). Spesielt viktig er da arbeidet med psykiatriske pasienter og dette sykepleier-pasient-fellesskapet som Hummelvoll (2014) skriver om. Det vil være forskjellige faser av alliansen som vil bli utviklet. Disse fasene er: forberedelsesfasen, orienteringsfasen, bearbeidingsfasen og avslutningsfasen. Om det skal opparbeides tillit og alliansen og samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal ha noen betydning vil det være nødvendig å opparbeide et godt grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet, skriver Hummelvoll (2014).

Hummelvoll (2014) skriver om hjørnesteinene og hvordan sykepleier-pasient-fellesskapet kan hvile på disse sentrale hjørnesteinene. Det er totalt 9 hjørnesteiner som Hummelvoll (2014) beskriver. Disse hjørnesteinene er: likeverdighet, møte/nærværhet, selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør, håp.

5.3 Likeverdighet

Dette er den første hjørnesteinen og er selve ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet skriver Hummelvoll (2014). For sykepleieren vil dette hjelpe til å åpne seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelsen pasientene kan ha. Dette vil deretter føre til at sykepleieren som person kommer frem og til syne. Likeverdighet består av respekt for hverandre og uten dette kan ikke likeverdighet være en realitet. Hummelvoll (2014) beskriver respekt for andre mennesker i fire teser: 1) Respekt for menneskets egen integritet og det konkrete menneske, 2) Respekt for at mennesker er født med eventuelle defekter eller påførte defekter, 3) at man ikke frakjenner seg menneskelig verd, men da har et menneskesyn som kan tilkjenne lidelse, 4) at lovfestet rett til livsstandard ikke blir lagt så høy at de sterkeste i samfunnet kan sikre seg et godt liv uten lidelse på bekostning av de svake. Dette synet på respekt er meget relevant for at en sykepleier skal ha et humanistisk preget sykepleiepraksis (Hummelvoll 2014).

5.4 Møte/nærværenhet

En sykepleier må kunne lytte til pasienten for å kunne nå inn til pasientens selvoppfatning og til problemet vedkommende har. Hummelvoll (2014) skriver at dette innebærer da at man må være åpen på de ulike måtene pasienten eventuelt prøver å gjøre seg forstått på, det gjelder om pasienten prøver å gjøre seg forstått med eller uten ord. Å lytte blir da en aktiv tilstand som vil kreve et konsentrert nærvær. Hummelvoll (2014) beskriver nærværhet som evnen til å være til stede på en autentisk måte. Dette vil deretter gi sykepleieren og pasienten et reelt møte med hverandre. Videre skriver Hummelvoll (2014) at det vil være vanskelig å planlegge eller forutse hvordan dette møtet vil bli. Dette møtet vil bestå av flere vesentlige dimensjoner: 1) det fysiske møtet hvor man tilbringer tid ansikt til ansikt med pasienten, 2) det skal være en tilstedeværelse en grunn tone av vennskapelighet, 3) det skal også være en virkelig interesse for å forstå pasienten tilstedeværelse.

5.5 Selvaktelse/signifikans

Selvaktelsen kan for mange virke negativ når man vil søke om hjelp hos andre for deretter å løse sine problemer. Det vil være kritisk at pasientens selvaktelse blir møtt med en holdning som er aksepterende. Annerkjennelse av pasientens tidligere problemløsningsforsøk er også viktig slik at tillit blir oppnådd og at pasienten føler seg hørt, selv om disse forsøkene kanskje ikke hjalp. Denne typen annerkjennelse kan føre til at pasienten føler seg tryggere og en del friere til å godta det negative og de positive kvalitetene hos seg selv skriver Hummelvoll (2014). Om livssituasjonen ikke mestres eller ikke gir mening hos pasienten vil selvaktelsen reduseres og vil få en passiviserende effekt, og motet til å handle og bekrefte seg selv svikter.

5.6 Ansvar og valg

Om et samarbeid skal opprettes vil det kreve en avklaring av det som er gjensidig ansvars- og medansvarsforhold. I stor grad er vi ansvarlige for våre valg og handlinger i tillegg til vår unike eksistens. Men det er ikke dermed like enkelt alltid å se sammenhengen mellom handlinger og konsekvensen av dem (Hummelvoll 2014). Dette er da spesielt relevant for mennesker som søker hjelp for psykiske lidelser. Det vil være viktig for pasienten at man skyver ansvaret for situasjonen frem til nåtid og fremtid og ikke holder fast ved fortiden, dette er for at hjelpen ikke skal få et preg av moralisme. For at dette skal fungere må man sammen med pasienten avklare hvordan de ulike problemene har oppstått og slik at det blir opp til pasienten selv å ta de nødvendige konsekvensene av den eventuelt økte innsikten, skriver Hummelvoll (2014). Sykepleierens ansvar vil være knyttet i hovedsak til arbeidet med å hjelpe pasienten slik at pasienten selv blir klar over ulike valgmuligheter i ulike situasjoner, også for å møte de mange utfordringene som følger med ansvaret (Hummelvoll 2014).

5.7 Mål, mening og verdiavklaring

Man må sette pasientens ansvar i sammenheng med pasientens verdioppfatning. Det er akkurat derfor store deler av samarbeidet med pasientene bør handle om mål, mening og

verdiavklaring. Verdier er individuelt og vil gi mening kun for den enkelte personen, disse verdiene blir verdt og strebe for å realisere (Hummelvoll 2014). En av sykepleierens viktigste roller er å veilede og bistå om pasienten stiller spørsmål til hva som er valide verdier, sykepleierens medansvar er å hjelpe pasienten til å avklare dette.

5.8 Egostyrkende sykepleieprinsipper

Psykotiske pasienter har ofte meget nedsatte egofunksjoner, slik at disse pasientene er i behov for egostyrkende sykepleie. Sykepleielitteraturen mener dette er en tilnærming til pasienter, der målet er å bygge opp, og styrke egofunksjonene (Strand, 1990). Hensikten bak alle de egostyrkende sykepleieprinsippene er å *«reducere pasientens angst og øke hans kontroll og mestring»* (Strand, s. 97).

5.9 Kontinuitet og regelmessighet

Kontinuitet er selve rammen for at det skal skapes et godt samarbeid mellom sykepleier-pasient, dette vil da bli med på å skape en strukturert hverdag for pasienter som befinner seg i en psykose (Strand 1990). Dette vil hjelpe pasienten i hverdagen siden mange av symptomene innebærer forstyrrelser i døgnrytmen, vrangforestillinger og hallusinasjoner som kan føre til unormale aktiviteter eller oppførsel. Det må først og fremst skapes en allianse for at man skal kunne klare å tilby noe til en pasient i en psykotisk tilstand. Det vil bli viktig og tilby kontakt og regelmessighet, bevise gjennom handling at tilbudet «holder vann», ha en tålmodig ikke krevende utholdenhet, møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen skriver Strand (1990, s.78).

5.10 Grensesetting

«Grensesetting er aktivt, med terapeutisk hensikt og på terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride» (Strand, 1990).

Grensesetting er et kjent og et ofte brukt virkemiddel, spesielt overfor pasienter med psykotiske lidelser (Holte 2003: s.120).

I skjermingsprinsippet inngår også grensesetting. Strand (1990, s.86) definerer grensesetting som et mye brukt verktøy, men at grensesetting helst skal være aktivt med en terapeutisk hensikt og på en terapeutisk måte, Strand (1990) trekker grensesetting opp mot oppdragelse og beskriver at dette blir brukt på noe av samme måte under oppdragelse og til pasienter i en psykotisk tilstand for å oppnå de helt grunnleggende grensene om de blir brutt. Det er også en annen forfatter som beskriver at pasientens oppvekstmiljø kan ha vært preget av negativ ytre kontroll fra for eksempel foreldrene, eller andre omsorgspersoner (Krøvel et. al., 1997) Grensesetting kan utøves på fire måter:

1. *Verbalt, som oppfordring om å endre adferd.*
2. *Verbalt med påpekning av konsekvenser.*
3. *Verbalt påbud om fysisk begrensning.*
4. *Fysisk inngripen som fysisk begrensning* (Strand, 1990, s.88).

Det er vanskelig å gjennomføre grensesetting på en sånn måte at grensesettingen blir oppfattet som hjelp i øyeblikket og videre over lengre sikt. Dermed trenger sykepleieren som skal utøve grensesetting kunnskap, innsikt og stadig praktisk øvelse og erfaring for at det skal bli en god utøver. Videre forteller Strand (1990) at det er viktig at grensesetting ikke blir en form for straff, men gjennom en god holdning og handling, skal den være terapeutisk.

Selve hensikten med grensetting er at pasienten skal fungere best mulig i sosialt fellesskap, og grunnen til at de trenger grensesetting er at deres eget ego har mangelfulle grenser. Strand nevner fire typer umiddelbare hensikter som tjener dette overordnede mål, å fungere sosialt. Disse er sikkerhet, struktur, beskyttelse mot stigmatisering og læring (Strand, 1990).

5.11 Skjerming

Skjerming er en behandlingsmetode som tar utgangspunkt i de psykotiske pasientenes behandlingsbehov (Hummelvoll 2004:s.213). «*Skjerming er en miljøterapeutisk teknikk som sikter mot å begrense stimuli for pasienter som blir urolige, aggressive eller engstelig av for mye påvirkning*» (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 105). Skjerming er den mest effektive

behandlingen for mani, ved siden av medikamenter (Aarre et. al., 2009). Skjerming kan innebære at personalet er tilgjengelig til enhver tid, i et oversiktlig og begrenset miljø, der noen av hovedmålene er begrense stimuli, fungere samlet, gjenvinne tapt kontroll og autonomi (Hummelvoll s.213).

Når det gjelder skjerming skriver Strand (1990, s. 99) at dette er en form for grensesetting, hvor mye av det som gjelder for prinsippet om grensesetting også gjelder for prinsippet om skjerming som en metode. Det å skjerme en pasient i en psykotisk tilstand vil bidra til at pasienten kan slippe mye av samfunnets inntrykk og krav og dette vil hjelpe på slik at pasienten kan oppnå ro. Selve definisjonen er beskrevet av Strand (1990, s. 99) slik: om et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et lukket, begrenset men oversiktlig miljø, eventuelt pasientens rom, det vil også være elementer av grensesetting og struktur tilstede. Vaglum, Jørstad og Karterud (1984) definerer skjerming som å begrense stimuli uten å virke stimulideprimerende. Hensikten med selve skjermingen vil være å hjelpe pasienten til å oppnå en indre ro, beskytte pasienten selv, skåne andre pasienter og gi personalet en oversikt slik at personalet kan fungere mer terapeutisk (Strand, 1990).

Å bidra til å opprettholde et terapeutisk miljø under skjermingen er en essensiell oppgave (Hummelvoll, 2010). Pasientrommet bør være oversiktlig, fargene og lyset på rommet gjerne myke og nøytrale. Det burde være god plass mellom inventaret, gjerne minimalt med inventar og ingen potensielle farlige og løse gjenstander. Disse tiltakene er for å forebygge eventuell selvskading, skade på inventar og angrep på personal. Inventaret bør signalisere en positiv forventning til pasientene (Krøvel et. al., 1997, s. 211).

Det innebærer også at lydnivået hodes lavt på skjermingsenheten. Bruk av radio, cd-spiller og eventuell tv bør vurderes etter en faglig vurdering, om hvor mye ekstra stimuli pasienten takler. Vi kan man si at skjermingsenheten må ha en estetikk og funksjonalitet som balanserer sikkerhet med trivsel (Hummelvoll, 2010).

5.12 Containing

Begrepet containing – function stammer fra en psykoanalytiker ved navnet Willfred Bion. Containing er en aktiv funksjon der vi som sykepleiere skal "ta imot" alt det ubearbeidede og uutholdelige materialet som pasientene kommer med. Dette kan være pasientens lidelse, angst, aggresjon, for å nevne noe. En stor og avgjørende forutsetning for denne funksjonen

er at vi som sykepleiere må ha en høy faglig innsikt. Når sykepleieren har den kompetansen som behøves, kan vi vurdere om pasienten er i stand til å få tilbake svar på en mer strukturert og ryddig måte (Strand, s.107).

Det er også viktig for sykepleiere at vi er i stand til å takle egne motoverføringer. Det er viktig at vi forstår at alt sinne, angsten og fortvilelsen ikke er rettet mot oss som person. Det er derfor viktig at vi har et «leirbål» å trekke oss til, en tilhørighet i et tverrfaglig utvekslingsmiljø, der vi kan lufte våres følelser og tanker (Strand, s. 108).

6. Lovverk og retningslinjer

I Norge reguleres det psykiske helsevernet av psykisk helsevernloven og lovens forskrifter. Det psykiske helsevernet blir også regulert av andre lover, for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

6.1 Pasient – og brukerrettighetsloven

Alle typer av tvang og bruken av tvang i psykiatrien er regulert gjennom "*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*" og "*Pasient- og brukerrettighetsloven*". § 4A-3 i pasient – og brukerrettighetsloven gir helsepersonell mulighet til å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg dette. Før helsepersonell kan gi helsehjelp, må det ha blitt prøvd tillitsskapende tiltak. Hvis den faglige ansvarlig vurderer at det er helt nytteløst å iverksette og prøve disse tiltakene, behøver vi ikke å ha prøvd tillitsskapende tiltak før vi gir helsehjelp. Det kan treffes vedtak om helsehjelp dersom:

- "a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og*
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og*
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen".*

(Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

6.2 Lov om spesialisthelsetjenesten

Denne loven omfatter undersøkelse og behandling av pasienter som mistenkes å ha psykiske lidelser, men også pleie og omsorg som pasienten har rett på. Spesialisthelsetjenestelovens formål er å:

- "1. fremme folkehelse og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,*
- 2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,*
- 3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,*

4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,

5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov, og

6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene".

(Spesialisthelsetjenesteloven, 2016).

6.3 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Loven beskriver hvordan helsepersonell skal opprette og gjennomføre frivillig og tvunget psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler samt andre tiltak som kan iverksettes. Loven beskriver blant annet vilkårene for at det kan iverksette tvungen observasjon (§3-2) eller tvungen helsevern (§3-3) (Psykisk helsevernlov, 2014). Her trekker vi fram de paragrafene som vi mener er relevante for problemstillingen.

Den faglige ansvarlige foretar en vurdering av pasienten, om følgende vilkår for § 3-2 tvungen observasjon er oppfylt:

"Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette".

"Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungen psykisk helsevern § 3-3".

Om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan § 3-2 tvungen observasjon bare fattes etter en helhetsvurdering, denne vurderingen må ses som den beste løsningen for pasienten, med mindre pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres helse og liv. Varigheten på tvungen observasjon kan ikke vare lengre enn 10 dager uten pasientens samtykke. Hvis behandlerne er usikre på tilstanden til pasienten, kan varigheten forlenges med 10 dager for videre observasjon av pasienten, med kontrollkommisjonens samtykke.

§ 3-3 tvungen psykisk helsevern i psykisk helsevernloven kan fattes før og under § 3-2 avsluttes. § 3-3 har seks punkter som må være oppfylt før tvang iverksettes. Disse seks punktene omfavner de tre punktene i pasient – og brukerrettighetsloven § 4A-3, og ytterligere tre punkter til.

"Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er a. stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse"

(Psykisk helsevernloven, 2014).

6.4 § 4-3. Skjerming

Det er pasientens psykiske tilstand eller utagerende adferd som avgjør om skjerming skal iverksettes. Den faglig ansvarlige kan fatte vedtak av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Pasienten kan holdes helt eller delvis atskilt fra andre pasienter. Opprettholdes skjermingen over 24 timer, skal det treffes vedtak. Hvis pasienten overføres til en egen skjermingsenhet, som innebærer en endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak hvis oppholdets varighet er over 12 timer. Skjermingsvedtaket har en varighet på 14 dager, varigheten kan forlenges ytterligere hvis behovet for skjerming er tilstede.

(Psykisk helsevernloven, 2014).

6.5 § 4-5 Forbindelse med omverdenen

"For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten" (Psykisk helsevernloven, 2014).

6.6 Klagerett og kontrollinstanser

Alle pasienter som er under psykisk helsevern har mulighet og rett til å klage på innleggelsen – og eller behandlinger. I kapittel 6 i lov om psykisk helsevern står det at det skal være en kontrollkomisjon. Kontrollkomisjonen kan ta opp henvendelser/klager fra pasienter, pasientens advokat, pårørende eller personalet, eller ta opp saken på egenhånd. Personalet som jobber under psykisk helsevern, er lovpålagt til å hjelpe pasienter med klagen. Hvis kommisjonen finner avvik i forhold til innleggelsen/behandlingen, skal den ta opp saken med den faglig ansvarlige på behandlingsinstitusjonen og eventuelt fylkesmannen.

Departementet har det overordnende ansvaret og bestemmer sammensettingen, kommisjonen skal være uavhengig i sin virksomhet. Det er lederen for kontrollkomisjonen som har ansvaret for kommisjonen ikke undergraver sin egen uavhengighet. Under saksbehandlingsreglene presiseres det at personer eller pasienter har adgang til å uttale seg før kommisjonen fatter vedtaket. Hvis klagen blir avslått, kan ikke pasienten klage før det er gått 6 måneder (Psykisk helsevernloven, 2014).

6.7 Yrkesetiske retningslinjer

De grunnleggende verdiene og menneskesyn som sykepleierne skal anvende i praksis er beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene. Som sykepleiere skal vi "*fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død*". Vi som sykepleiere skal ikke bruke unødvendig tvang, men beskytte pasienten mot blamerende handlinger, og fremme muligheten for selvstendige avgjørelser og respektere pasientens rett til selv foreta valg. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Vi er også pliktige til å gjøre oss kjent med "*etikk og solid dømmekraft*" (Sykepleierforbundet, 2011).

7. Hvordan håndterer sykepleiere skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling?

I dette kapitlet skal vi drøfte problemstillingen ved hjelp av teori, forskning, praksiserfaring/jobberfaring opp mot hverandre, og vi skal bruke de utvalgte hjørnesteinene til Hummelvoll som sykepleiereferanse og Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper, slik at vi kan besvare problemstillingen vår "*Hvordan håndterer sykepleiere skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling?*".

7.1 Skjerming og bruk av egostyrkende sykepleie

Arbeidet med å gi forsvarlig sykepleie til skjermende pasienter begynner før Ola ankommer avdelingen. Vi har i teorien sett at Hummelvoll (2014) og Krøvel (1997) forklarer og beskriver hvordan de fysiske omgivelsene på en skjermingsenhet burde være og oppbygd, for å opprettholde et terapeutisk miljø. Vi har fra praksis og jobberfaring sett både utfallet av å skjerme pasienter på en egen skjermingsenhet, og skjerme pasienter på et uegnet skjermingsrom. Vi har selv erfart når pasienter er skjermet på eget pasientværelse, blir det store utfordringer når de fysiske omgivelsene ikke er tilstrekkelig. Denne pasienten ble mer og mer utprøvende i forhold til retningslinjene til skjermingen, og mer utprøvende mot personalet. Pasienten ble etter hvert verbalt og fysisk truende mot personalet, ødela inventaret inne på pasientværelse, og måtte føres fysisk tilbake til pasientværelse gjentatte ganger, og pasienten gjorde stor motstand. Denne pasienten ble overført til en egen skjermingsenhet etter noen dager. På skjermingsenheten ble det raskt observert endring i tilstanden til pasienten. Pasienten fant raskt roen, og viste ingen verbale eller fysiske trusler mot personalet.

Vi mener at det er en stor sannsynlighet at pasienten i dette pasienteksempelet, fant roen på grunn av de fysiske omgivelsene på skjermingsenheten. På skjermingsrommet er det lite med møbler og pynt, fargene er myke og lyse, samtidig er de tyngste møblene som bord er boltet fast i gulvet. Dette er forebyggende tiltak, slik at Ola ikke kan skade seg selv, inventar eller skade helsepersonell. Dette tror vi vil skape en trygghet hos både Ola og oss sykepleiere. Rommet er også oversiktlig og er i et begrenset miljø, både for at personalet skal få en bedre oversikt og at pasienten kan finne roen. I forskningen skrevet av Larsen & Terkelsen (2014)

forteller noen av pasientene at skjermingsavdelingen oppleves som et fengsel. Vi er enig at skjermingsenheten kan virke noe fiendtlig og kaldt, men det er for en god grunn. Selve hensikten med skjerming er nettopp det å begrense inntrykk og stimuli, slik at pasienten kan oppnå indre ro. I etterkant av innleggelsen, mange av pasientene fra forskningen til Larsen & Terkelsen (2014) fortalt at skjermingen var for deres eget beste.

Vi mener at Aarre (2009) har en god formulering på skjerming. «*Skjerming er en miljøterapeutisk teknikk som sikter mot å begrense stimuli for pasienter som blir urolige, aggressive eller engstelig av for mye påvirkning*». Etersom tilstanden til Ola er veldig alvorlig, mener vi det er helt essensielt og terapeutisk riktig å skjerme han på en egen skjermingsenhet. Der vi som sykepleiere skal være tilgjengelig til enhver tid, slik at Ola kan føle seg trygg og finne roen. Det er helt essensielt at vi som sykepleiere er tilgjengelig for Ola for å skape et godt samarbeid. Strand (1990) skriver nettopp at kontinuitet og regelmessighet er selve rammen for å oppnå dette. Når Ola er i den kaotiske fasen, er det viktig at vi stiller opp og klarer å bevise Ola at vi som sykepleiere er der for å hjelpe han. Dette kan bidra til å få en mer strukturert hverdag for Ola, selv om vrangforestillingene og hallusinasjonene er til stede (Strand, 1990).

En annen viktig oppgave for oss som sykepleiere er når Ola har en del vrangforestillinger er containing funksjonen. Containing kan være en måte for sykepleiere som jobber med utagerende psykotiske pasienter. Dette kan hjelpe oss i en situasjon hvor Ola utagerer verbalt og vi dermed velger og «ta» imot det materialet Ola kommer med. Dette materialet Ola kommer med er utarbeidet og trenger ikke ha noen sammenheng. Vi som sykepleiere skal ta i mot dette ubearbeidede og uutholdelige materialet, og levere materialet på en mer ryddig og strukturert måte, avhengig av når Ola er mer mottakelig for dette (Strand, 1990). Dette kan være til hjelp siden den psykotiske lidelsen til Ola kan være årsaken til verbale uttømminger og verbal og fysisk utagering (Strand, 1990). Om man skal bruke containing aktivt vil det værer viktig og passe på at det ikke skjer motoverføring og at Ola ikke plukker opp reaksjoner på det som blir sagt, dette kan trigge Ola til å utagere enda mer verbalt eller gå over til å utagere fysisk. Vi har selv erfart i praksis og på jobb at dette kan fungere med pasienter for å forhindre videre utagering. Men dette krever at man som sykepleier har kontroll på egne følelser og forstår at dette ikke er personlig, at det er sykdommen til Ola som fører til de verbale uttømmingene (Strand, 1990).

Når vi har opparbeidet tillit og allianse hos Ola, vil grunnlaget for et godt sykepleier-pasient-felleskap så absolutt være til stede (Hummelvoll, 2014).

Det er derimot et kjent og ofte brukt virkemiddel, som kan skade tilliten og forholdet mellom Ola og oss som sykepleiere, nettopp grensesetting. Psykotiske pasienter har ofte et lavt ego i en skjermingssetting, og det indre kaoset til Ola vil bidra til at han ikke klarer å se grenser på lik måte som oss sykepleiere. Dette kan føre til at Ola har en ukritisk adferd mot både personal og medpasienter, og derfor høyst nødvendig at vi grensesetter. Det er derfor en viktig og utfordrende oppgave for oss som sykepleiere å grensesette Ola på en forståelig og respektfull måte, fordi grensesetting kan øke stressnivået hos Ola. Som Strand (1990) skriver så er det viktig at det ikke blir en form for staff, men at Ola forstår at det er et punkt han ikke må trå over. For at vi skal grensesette på en terapeutisk måte, trenger vi både kunnskap, innsikt og erfaring. Når vi har denne kunnskapen, vil vi som sykepleiere være i stand til å tjene de overordnede målene som er å oppnå sikkerhet og struktur i hverdagen til Ola, samt beskytte han mot stigmatisering (Strand, 1990).

Vi tolker det dithen at sjansen er større for at Ola kan få et kortere sykdomsforløp, når han blir skjermet og får begrenset de ytre påkjenningene. Tolkningen vår støtter oppunder Strand (1990) sin teori om at psykotiske pasienter vil bidra til en positiv effekt på tilstanden, og for å finne ro og trygghet på en skjermingsenhet. Den nylig publiserte artikkelen fra Haugom & Granerud (2016) deler den samme oppfatningen til Strand. Nettopp det at stimulibegrensninger og skjerming av pasienter som Ola er mer effektivt og viktig, og at skjerming kan være med på å forkorte sykdomsforløpet. Vi mener også hvis disse trygge rammene er til stedet, vil dette føre til at vi som sykepleiere kan jobbe terapeutisk, og en nesten perfekt skjermingssituasjon vil være nærliggende.

7.2 Vold og utagering på en skjermingsenhet

Den større majoriteten av de som utdanner seg innenfor helse og omsorg sektoren har nok ikke vært på tanken at vold og utagering kan bli en del av arbeidshverdagen. Hvis en skal jobbe innenfor psykiatri, og spesielt på en akuttpost, må en regne med å møte vold og utagering i arbeidshverdagen. Som Krøvel (1997) skriver, så er det nærliggende å tro at volden innenfor psykiatrien øker. En av våre viktigste oppgaver som sykepleiere innenfor dette feltet, er å forebygge og redusere vold og utagering. Når Ola har en alvorlig psykose lidelse, sammen med den tidligere kjente voldshistorikken, og pasienten har et indre kaos, er faren for vold og utagering relativt høy. Som Strand (1990) skriver så er det høyest risiko for vold og utagering innen de første 24 timene av en sykehusinnleggelse. Som vi har skrevet i teorien, så kan voldsepisoder skade forholdet mellom oss som sykepleiere og pasient. Dette kan skade det terapeutiske forholdet og sykepleier – og pasientfellesskapet, slik at vi ikke er i stand til å gi forsvarlig sykepleie. Hummelvoll (2014) skriver om akkurat dette terapeutiske forholdet, det terapeutiske forholdet vil bli dannet grunnet tillit og om pasienten har et behov for hjelp og henvender seg da til sykepleieren etter svar. Dette forholdet står dermed i fare pasienten utagerer fysisk og verbalt.

Vår erfaring fra akuttpsykiatrien er at med god bemanning, gode rutiner på avdelingen og høy faglig kompetanse og innsikt i fenomenet vold, kan forebygge og redusere vold og utagering på en god terapeutisk måte. Vi mener at dette er viktig for å at vi som sykepleiere skal kunne danne en god allianse og forebygge vold og utagering, og som Hummelvoll (2014) skriver så er det viktig at sykepleieren kan variere mellom avstand, nærhet, støtte og utfordring, denne tankegangen deler vi med Hummelvoll (2014) og dette vil bidra til at pasienten får økt selvinnsett og selvforståelse. Vår erfaring kan derfor støtte oppunder teorien, der de «skjulte» og «synlige» sikkerhetstakene kan skape en forutsigbar og trygg hverdag for pasienten og personalet (Krøvel et. al., 1997).

Hummelvoll (2004) sin teori er også i samsvar med vår erfaring, at gode rutiner og høy faglig kunnskap har en god forebyggende effekt mot vold og utagering, og hvordan vi som sykepleieren er i stand til å «stå i det». Lamsamaa & Harte (2015) støtter også oppunder teorien og vår erfaring. Når vi som sykepleiere har god nok kunnskap om vold og psykose, vil vi være i stand til å behandle psykotiske pasienter på en terapeutisk god måte, forebygge voldsepisoder og forstå handlingene til pasientene. Denne forståelsen vil også bli viktig for

at sykepleier-pasient-felleskapet ikke skal bli skadet grunnet vold eller utagering. Klarer vi som sykepleiere og se pasienten bak voldshendelsene så kan alliansen mellom pasient og sykepleier fremdeles være intakt, men kan lett skades grunnet voldshendelser. Som Hummelvoll (2014) skriver i den første hjørnesteinen så må det være likeverd tilstede, dette støtter da oppunder det vi tidligere har skrevet om at vi må være i stand til å se pasienten bak sykdommen og voldshendelsene. Videre så vil likeverdighet hjelpe oss som sykepleiere og åpne oss for den forestillingsverdenen og/eller situasjonsopplevelsen pasienten befinner seg i og som mest sannsynlig har forårsaket voldshendelsen, vi støtter oss på Hummelvoll (2014) og deler mye av hans meninger når det kommer til akuttpsykiatri og hjørnesteinene. Vi som sykepleiere deler også Hummelvoll (2014) sine meninger om at respekt er grunnlaget for et godt samarbeide mellom sykepleier og pasient, og at man dermed skal respektere mennesket slik det er. Vi mener at dette vil hjelpe oss som sykepleiere og se mennesket bak diagnosen og det dermed kan bli lettere å opprettholde alliansen og det terapeutiske forholdet.

Når Ola er i den tilstanden som er beskrevet tidligere, vil vi aldri under noen omstendigheter la ett personal være sammen med pasienten. Det burde alltid være to mannlige personal sammen med pasienten, og annet personal som kan bistå umiddelbart. Dette begrunner vi med at Ola kan være seksuelt fiksert mot kvinnelig personal, det ville derfor vært lite hensiktsmessig og terapeutisk riktig for både pasienten og kvinnelig personal. Det er også av sikkerhetsmessige årsaker, når en utageringssituasjon er et faktum, er det viktig med flere mannlige personal. Pasienten har ansvar og muligheten til å ta valg. Dette omhandler Hummelvoll (2014) sin hjørnestein om ansvar og valg. Vi som sykepleiere har også et ansvar, et ansvar som omhandler behandlingen av våre pasienter. Men når det kommer til voldelig adferd, seksuell fiksering mot kvinner eller utagering generelt har pasienten et valg og har ansvar for egne handlinger. Men det er her sykdommen kan være til hinder, det er her vrangforestillingene og hallusinasjonene kan trigge pasienten til og utøve vold og utagere. Vi som sykepleiere er erfaringsmessig enig med Hummelvoll (2014) i at det er ikke sikkert det alltid er like lett for pasientene og se sammenhengen mellom handling og konsekvensen av dem. Dette kan bli vanskelig for Ola på grunn av den lave sykdomsinnsikten og vrangforestillingene. Vi som sykepleiere har som ansvar i og hjelpe Ola slik at han ser de ulike valgmulighetene, og dermed møte de utfordringene som da følger med de valgene som blir tatt og ansvaret som følger med dette (Hummelvoll, 2014). Vi som sykepleiere må kunne klare å tilpasse behandlingen etter pasientenes ulike behov og dette gjelder da også ansvar og valg.

Som Hummelvoll (2014) skriver i hjørnesteinen som mål, mening og verdiavklaring så må man sette ansvaret si sammenheng med pasientens egne verdioppfatning. Vi som sykepleiere er enig og deler Hummelvoll (2014) syn på dette og videre mener vi at selve samarbeidet mellom pasient og sykepleier derfor bør handle om mål, mening og verdiavklaring. Videre skriver Hummelvoll (2014) om denne hjørnesteinen at verdiene er individuelle og vil variere fra menneske til menneske og disse verdiene skal være verdt og strede for å realisere. Dette mener vi at også kan styrke pasientens motivasjon og kanskje avverge og forebygge potensielle voldssituasjoner. Men som tidligere skrevet så må man se sammenhengen mellom pasientens verdioppfatning. Når det gjelder Ola vil dette ikke være helt aktuelt enda, men vil være viktig når Ola begynner å komme ut av psykosen. En av våre viktigste roller som sykepleiere er å veilede og bistå pasienter som stiller spørsmål til hva som er og kan være valide verdier. Det er vårt medansvar som sykepleiere å avklare ulike spørsmål om akkurat dette med verdier.

Det er viktig at vi som sykepleiere håndterer utageringssituasjonen på best mulig måte, slik at pasientens beste er i sentrum. Det er derfor viktig å bruke terapeutisk konflikthåndtering, for å skåne både pasienten og personalet på best mulig måte. Vi er derimot kjent med at kvinnelig personal kan ha en beroligende effekt for pasienten, men muligens ikke i denne pasientcasen. Vi mener disse tiltakene vil trygge både Ola og personalet. At vi som sykepleiere føler oss trygge sammen med pasienten, vil gjøre oss i bedre stand til å beholde roen. Hummelvoll (2004) skriver at det er en essensiell oppgave for oss som sykepleiere å beholde roen under potensielle farlige situasjoner. Hvis Ola legger merke til at vi beholder roen, vil dette påvirke pasienten i positiv forstand, slik at han også kan føle seg trygg og dempet. Når det gjelder trygghet til enten oss som sykepleiere eller om vi som sykepleiere skal føle trygghet til pasientene er alliansen alltid viktig, og dermed hvordan vi som sykepleiere ser på pasienten etter en eventuell voldshendelse. Vi mener at med dette vil Hummelvoll (2014) sin hjørnestein om møte og nærverenheter bli viktig, denne hjørnesteinen handler om at vi som sykepleiere må kunne lytte, dette krever da en evne til å være til stede på en autentisk måte, vi mener dette vil trygge pasienten slik at pasienten vet at vi som sykepleiere lytter til det pasienten sier uavhengig om det er vrangforestillinger eller om det er virkelighetsreelt. Vi mener at dette da kan trygge oss siden pasienten vil føle seg både sett og hørt, om pasienten selv ikke føler dette kan dette være en trigger til vold og utagering. Hvis vi derimot mister den rolige tilnærmingen, vil vår redsel bli overført til pasienten. Dette

kan føre til at pasienten blir redd og sint, og eventuelt vold og utageringssituasjoner kan forekomme.

I Sharma (2009) sin artikkel resulterte funnene i flere hovedtemaer, der følelsesoppmerksom var en av dem. Sykepleiernes følelser som redsel og usikkerhet oppsto når de ikke følte seg trygge i situasjoner med voldelige og aggressive pasienter. Dette mener vi er veldig uheldig for både sykepleierne og pasientene, sykepleierne vil ikke være i stand til å gjøre et godt terapeutisk arbeid, og pasienten vil kunne føle seg utrygg og muligens utagere. Det kan hende at med de tiltakene som er nevnt tidligere, vil det styrke det forebyggende arbeidet mot vold og utagering. Men for at det skal være mulig for oss som sykepleiere å beholde roen, er vi helt avhengig av at vi kan stole på våre kollegaer. I studien er funnene en bekreftelse på vår erfaring og teorien om å beholde roen. Sykepleierne beskriver at den trygge, gode kollegastøtten var helt essensielt for å beholde roen i potensielle utageringssituasjoner (Sharma, 2009).

Det andre hovedtemaet som kom frem i forskningen var selvbekreftelse. Vi har selv erfart hvor vanskelig og tøft det er å ikke bli affisert av devalueringen fra pasienter. Når pasienten kommer med negative utsagn om ditt eget utseende, og drapstrusler mot deg og din familie, vil selvfølgelig vi som sykepleiere få en menneskelig reaksjon på dette. Det vil derfor være viktig for oss som nyutdannede sykepleiere å se tilbake på situasjonen, og se om vi kunne ha sagt eller gjort noe annerledes. Forskningen viser at sykepleierne brukte mye tid til å bearbeide disse følelsene, og med god støtte fra kollegaer, vil det styrke vår selvfølelse. Vi vil veldig gjerne få frem dette med doble og tvetydige holdninger til aggressive og voldelige pasienter. Som Sharma (2009) kommer frem til, så er det en stor utfordring for sykepleierne å se på lidelsesuttrykket, prøve å finne forståelse og forklaringsmuligheter hvis for eksempel pasient har tidligere utøvd vold, devaluert, og kommet med trusler rettet mot personalet. Disse funnene er veldig gjenkjennelig ut ifra vår erfaring, vi vet at det er veldig vanskelig å holde seg profesjonell og utføre et godt terapeutisk arbeid. Dette igjen har ført til at vi ikke har klart å se mennesket bak disse handlingene, og se aggresjonen som en del av sykdomsbilde. Hvordan skal vi som sykepleiere beholde en «riktig holdning» til Ola? Ut ifra forskningen og vår erfaring, så kan en av mulighetene å ha en såkalt «debrifing» sammen med kollegaene i etterkant av en uheldig situasjon. Dette kan føre til at vi og andre kollegaer får frem sin frustrasjon, redsel og sinne, og evaluere hva vi kan gjøre annerledes i neste møte

med Ola Vi tolker det dithen at dette kan gjøre oss i bedre stand til å møte pasienter med voldelig og aggressiv adferd (Sharma, 2009).

7.3 Lovverk og retningslinjer

Som vi har beskrevet tidligere så reguleres det psykiske helsevernet av psykisk helsevernloven og dens forskrifter. Dette betyr at vi som sykepleiere er lovpålagt å følge lovene. Pasienten ble innlagt av den faglige ansvarlige på sykehusmottaket, på § 3.2, tvungen observasjon. Vi har kjennskap fra pasient – og brukerrettighetsloven og vet derfor at den faglige ansvarlig har lagt inn pasienten på tvang på bakgrunn av den dårlige psykiske tilstanden til pasienten (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Ettersom vi jobber på en psykiatrisk akuttpost, følger også spesialisthelsetjenesteloven med. Dette betyr at vi jobber i spesialisthelsetjenesten, og her skal det være spisskompetanse rettet mot psykiske lidelser. Som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er vi lovpålagt å fremme den psykiske folkehelsen, motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, samt bidra at ressursene til pasienten blir utnyttet på best mulig måte, og at pasienten får et individuelt behandlingstilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 2016).

Ettersom pasienten er innlagt på § 3-2 tvunget observasjon jfm. PHVL, er en av de viktigste arbeidsoppgavene våre å observere og dokumentere pasientens sykdomsbilde og symptomtrykk. Hvis vi ikke gjør en god nok jobb ved å dokumentere sykdomsbilde, som for eksempel psykotiske symptomer, samhandling og generell adferd, kan dette i verste fall føre til at pasienten blir utskrevet fra institusjonen etter 10 dager. Når den psykiske tilstanden til Ola er ustabil og dårlig, ville det fått fatale konsekvenser for både pasienten og pårørende hvis han hadde blitt utskrevet. Vi som sykepleiere hadde dessuten ikke fulgt lovverket og det ville vært uetisk i forhold til de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere. Dersom pasienten hadde blitt skrevet ut hadde vi ikke fulgt "fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død" (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Vi mener derfor at psykisk helsevernloven er en av de viktigste lovene som vi som sykepleiere skal forholde oss til. Dette begrunner vi også med at loven beskriver hvordan vi skal gjennomføre tvungen psykisk helsevern, og bruk av andre tvangstiltak som § 4-3 og § 4-5. Som den faglige ansvarlige på avdelingen, har vi som sykepleiere mulighet og loven på vår siden til å

overføre Ola direkte til skjermingsenheten. Casen utløper seg i en periode på en uke, og det må derfor fattes vedtak ettersom pasienten må skjermes utover 12 timer (Psykisk helsevernloven, 2014).

Under den første uken på skjermingsenheten har vi og personalet observert at pasienten bruker telefonen aktivt, og vi mistenker at Ola blamerer seg selv og er ukritisk på sosiale media. Denne mistanken ble forsterket når vi fikk bekymringsmelding fra pårørende og nære bekjente av pasienten, de forklarte at Ola hadde lagt ut mange ukritiske utsagn på sosiale media, samt blamerte seg selv og pårørende. Vi har to handlingsalternativer ut ifra observasjonene vi har gjort og bekymringsmeldingen fra pårørende. Vi kan enten velge å iverksette § 4-5 som er redusert kontakt med omverdenen (ta telefonen ifra pasienten), eller la Ola beholde telefonen. Her kommer en av Hummelvoll sine hjørnesteiner til å bli sentralt, nemlig ansvar og valg. Vi er ansvarlig for våre valg og handlinger, men det kan være vanskelig å se sammenhengen mellom handlinger og konsekvensen av dem (Hummelvoll 2014).

Hvis vi lar være å gjøre noe med denne uheldige situasjonen, vil Ola bli fornøyd og gi en velgjørenhet til han. Casen utløper seg som nevnt tidligere i en periode på en uke. Men hvis vi tenker litt lengre, når pasienten begynner å «komme til seg selv», og innser hva han har publisert i sosiale media, kan en eventuell depresjon forverres. Men vi må ta utgangspunktet fra casen, når Ola er i en psykotisk fase, er det terapeutisk riktig av oss å la han beholde telefonen? Er pasienten i stand til å forsvare sin verdighet gjennom å utføre egne fornuftige valg over sitt eget liv? En av Hummelvoll sine hjørnesteiner ansvar og valg (2014), fokuseres det på at vi som sykepleiere må tilstrebe og skyve ansvaret for situasjonen frem til nåtid og fremtid, og ikke fokusere på fortiden. Larsen og Terkelsen (2014) skriver at de ansatte synes at bruken av tvang krenker pasientens verdighet. Disse funnene i de forskjellige forskningene har vi stor forståelse for, at det kan være vanskelig å frarøve pasientens frihet og krenke pasientens verdighet, men vi må se på det som er mest hensiktsmessig for pasienten. Som Hummelvoll (2014) skriver, så er vi ansvarlig for våre valg og handlinger, og vi mener at vi klarer å forutse konsekvensene av handlingene og valgene våre. Vi tolker det dithen at det er mest hensiktsmessig og terapeutisk riktig og iverksette et § 4-5 vedtak. Dette begrunner vi med at vi følger sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, der vi skal forebygge sykdom og lindre lidelse. Vi er klar over at vi vil frarøve pasientens frihet og autonomi, men når Ola er i en psykotisk fase, er han ikke i stand til å

fornuftige valg over sitt eget liv. Det vil på den andre siden være lite hensiktsmessig å bruke Hummelvoll sin hjørnestein; ansvar og valg, når pasienten er lite mottakelig for å forstå viktigheten av å se fremover og vi klarer ikke å øke selvinsikten, og pasienten ser ikke konsekvensene av å blamere seg selv og pårørende på sosiale media.

Som nevnt tidligere så har alle pasienter som er under psykisk helsevern rett til å klage på innleggelsen, Ola inkludert. Selv om den psykiske tilstanden er meget dårlig, og det er nærliggende å tro at klagen blir avslått, er vi som sykepleiere lovpålagt å hjelpe Ola med klagen.

8. Avslutning

Vi har gjennom denne bacheloroppgaven tatt for oss det vi mener er relevant litteratur og forskning, for å besvare vår problemstilling. Vi føler at gjennom denne oppgaven har vi oppnådd målet vårt. Nettopp det å få økt kompetanse rundt skjerming av psykotiske pasienter på en akuttpsykiatrisk avdeling. Vi har gjennom litteraturen, forskningen og egne erfaringer sett hvordan en skjermingsenhet skal være oppbygd, og hvordan en nesten perfekt skjermingssituasjon skal være. Når vi som sykepleiere benytter oss av Liv Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper, vil vi være i stand til å styrke og bygge opp Ola sine egofunksjoner. Når vi som sykepleiere har fått økt kunnskap om vold og trusler, samt lært oss mestringsstrategier rundt hvordan vi skal holde oss profesjonelle og ha riktig holdning mot pasienter som Ola. Vi vil være i stand til å lære Ola andre handlingsalternativer, enn å utøve vold mot seg selv og andre. Hummelvoll skriver at det er det overordnede målet for sykepleiere som jobber med voldelige pasienter.

Som Hummelvoll skriver så er det når pasienten har behov for hjelp, og ved hjelp av sykepleierens kompetanse, vil det vil bli dannet et terapeutisk forhold. Det vil derfor være viktig og bruke Hummelvoll sine hjørnestener for å forebygge situasjoner på en skjermet avdeling. Det krever høy kompetanse og faglig innsikt om man skal kunne anvende Hummelvolls hjørnestener og pasient-sykepleier fellesskapet. Det å arbeide med dette fagstoffet har gjort oss som sykepleierstudenter mer oppmerksomme på å praktisere Hummelvolls hjørnestener og pasient-sykepleier fellesskapet i vårt arbeid med pasienter som har en psykotisk lidelse og psykiske lidelser generelt. Etter arbeidet med oppgaven mener vi som sykepleierstudenter at om man anvender Hummelvolls pasient-sykepleie felleskap og hjørnestener i det praktiske arbeidet kan man forebygge vold og utagering, samt være mer forståelsesfull ovenfor pasienter som har en psykose lidelse. Bruken av dette kan dermed egne seg godt på en skjermingsavdeling hvor pasientene er skjermet. Personalet på avdelingen er nesten de eneste de ser, møter og snakker med hver eneste dag når de er innlagt på en skjermet avdeling.

9. Litteraturliste

*Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Ascheoug.

*Cullberg, J., & Kjær, R. (2005). *Psykosser: et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.

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

*Haugom, W.,E., Granerud, A. (2011). Shielding in Mental Health Hospitals. *SAGE Open*. Januar-Mars 2016 vol.6 no. 1. DOI: 10.1177/2158244016629526

Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Holte, Jan Stensland (2003). Skjerming-utvikling av en begrunnet praksis. I: Hummelvoll, Jan Kåre (red.) *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Krøvel, B. Rund, B, R. & Rør, E. (red) (1997). *Vold og psykiatri-om forståelse og behandling*: Otta: Tano Ascheoug

*Lamsmaa, J., Hartea, M., J., (2015). Violence in pshychosis Conceptualizing its casual relationship with risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 24, September–Oktober 2015, 75–82, doi: 10.1016/j.avb.2015.05.003

*Larsen, B, T., Terkelsen, B, T.(2011).Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426.436. DOI: 10.1177/0969733013503601

Malt, Ulrik. (2016, 15. januar). Psykose. I Store medisinske leksikon. Hentet 31. mars 2016 fra <https://sml.snl.no/psykose>.

*Sharma, P. (2009). Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter? En kvalitativ studie. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Hedmark) Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/132498>

Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-2014-06-20-40. (2015)

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utg.

Sykepleierforbund, N. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

*Vaglum, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen, (2014). Samhandlingsreformen i kortversjon. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Pasient – og brukerrettighetsloven (2011). Lov om pasient – og brukerrettigheter. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3).

Psykisk helsevern loven (2015). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (22 sider).

Vedlegg 1 - PICO-skjema

P	I	C	O
Hvilken pasientgruppe dreier det seg om?	Beskriv tiltak eller eksposisjon for denne gruppen	Skal det sammenlignes et eller flere tiltak?	Hvilket resultat vil du oppnå?
Voksen mann Grown man	Psykose Psychosis Skjerming Shielding Vold Violence Tvang Coercion	Egostyrkende sykepleieprinsipper Hummelvoll sine hjørnesteiner og pasient – og – sykepleiefellesskapet	Få et optimalt skjermingsopphold Forebygge vold og utagering Utfører sykepleie i henhold til aktuelt lovverk

Vedlegg 2 – Datasøk

The screenshot shows the SAGE Open search results page for the term "SHIELDING". The search results are displayed in a list format. The first result, "Shielding in Mental Health Hospitals: Description and Assessment by Staff" by Espen W. Haugom and Arild Granerud, is circled in red. The search interface includes a search bar, navigation links (Home, Browse Subjects, Articles, Submit a Manuscript, About the Journal), and filters for results per page and order by. The results are sorted by Best Match and show 8 results. The first result is highlighted with a red circle.

Found 8 Results

YOU SEARCHED FOR TERM "SHIELDING"

Results/page: 10 Order by: Best Match

Shielding in Mental Health Hospitals
Description and Assessment by Staff
Espen W. Haugom, Arild Granerud
SAGE Open Feb 2016, 6 (1) DOI: 10.1177/2158244016629526

Courting Corporate Philanthropy in Public Education
Multi-Disciplinary Literature Review of Public-Private Partnerships (PPPs) in Urban Public Schooling
Alex M. Gurn
SAGE Open Apr 2016, 6 (2) DOI: 10.1177/2158244016635714

Cycle of Bad Governance and Corruption
The Rise of Boko Haram in Nigeria
Mohammed Nuruddeen Suleiman, Mohammed Aminul Karim
SAGE Open Mar 2015, 5 (1) DOI: 10.1177/2158244015576053

PUBLICATION DATE

- 2016 - Present (2)
- 2014 - 2015 (5)
- Oldest - 2013 (1)

SUBJECT

- Africa (1)
- Business Administration and Business Economics (1)
- Economic Science (1)
- Ethics (1)
- Health Communication (1)

Show More

The screenshot shows a search results page for the term "akuttpsykiatri aggressive". The search results are displayed in a list format. The first result, "Som en livbøye i et opprørt hav...": Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring" by Holte, Jan Stensland, is circled in red. The search interface includes a search bar, navigation links (Browse, My Account, Discover), and filters for results per page and order by. The results are sorted by Best Match and show 10 results. The first result is highlighted with a red circle.

Search

akuttpsykiatri aggressive

Add filters

Showing 10 out of a total of 19 results for community: Høgskolen i Hedmark. (0,07 seconds)

1 2 Next Page

"Som en livbøye i et opprørt hav...": Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring
Holte, Jan Stensland (Research report, 2001)

"Hvordan kan jeg som sykepleier forstå bruk av rusmidler som en type destruktive handlinger i en traumeforståelse"
Skoglund, Heidi (Student paper, others, 2012)

Det urolige sinn
Hauklien, Kim-Andre Nestaker, Nilsen, Henning (Bachelor thesis, 2013)

Pasientens opplevelse av selvskade i tilknytning til kronisk suicidalitet og mulighet til mestring i akuttpsykiatrisk avdeling
Bjørnstad, Trude (Master thesis, 2012)

Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter? En kvalitativ studie
Sharma, Pamiia (Master thesis, 2009)

Browse

This Archive

- By Issue Date
- Authors
- Titles
- Subjects
- Types
- Journals

All Archives

- Archives & Collections
- By Issue Date
- Authors
- Titles
- Subjects
- Types
- Journals

My Account

Login

Discover

Author

- Hummelvoll, Jan Kåre (3)
- Rémy, Alice (3)
- Andreassen, Harry Peter (2)
- Amemo, Jon Martin (2)
- Holte, Jan Stensland (2)
- Severinsson, Elisabeth (2)
- Sunde, Anne-Sofie Yri (2)
- Bjørnstad, Trude (1)
- Botani, L. (1)
- Doutrelant, Claire (1)
- ... View More

Subject

- Mathematics and natural science: 400 (8)
- akuttpsykiatri (7)
- Medical disciplines: 700 (6)
- psykiatrisk sykepleie (6)
- agresjon (2)
- akuttpsykiatrisk avdeling (2)
- lides (2)
- man (2)
- selvskading (2)
- skjerming (2)
- ... View More

Vedlegg 3 – Datasøk

Google Scholar search results for "coercion, locked, ward". The search returned approximately 29,600 results. The top results are:

- Coercion in psychiatric care—patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services** (Fulltext @ HH). Authors: L. Kjellin, K. Andersson, E. Bartholdson. Published in *Nordic journal of ...*, 2004. Taylor & Francis.
- Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction** (Fulltext @ HH). Authors: T. Middeboe, T. Schjødt, K. Øyrsting. Published in *Acta Psychiatrica ...*, 2001. Wiley Online Library.
- Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved** (Fulltext @ HH). Author: KI Eriksson. Published in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995. Wiley Online Library.
- Psychiatric wards with locked doors—advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants** (HTML] fra diva-portal.org, Fulltext @ HH). Authors: K. Haglund, L. Von Knorring. Published in *Journal of clinical ...*, 2006. Wiley Online Library.
- Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff** (PDF] fra sagepub.com, Fulltext @ HH). Authors: IB Larsen, TB Tørkelsen. Published in *Nursing ethics*, 2013. nej.sagepub.com.

The entry for "Coercion in a locked psychiatric ward" is circled in red.

Library search results for "Høgskolen i Hedmark". The search criteria include "aggression", "violence", and "psychosis". The results are sorted by relevance.

Result 1 - 10 av 5 090 i Høgskolen i Hedmark

- Psychological Anthropology** by Thomas R. Williams. World Anthropology, 2011. Tilgjengelig online.
- Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors** (Fagfelleurdert tidsskrift) by Lamsma, Jelle ; Harte, Joke M. Aggression and Violent Behavior, 2015, Vol.24, p.75(8) [Fagfelleurdert tidsskrift]. Tilgjengelig online.
- Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors** (Fagfelleurdert tidsskrift) by Lamsma, Jelle ; Harte, Joke M. Aggression and Violent Behavior, Sept-Oct, 2015, Vol.24, p.75(8) [Fagfelleurdert tidsskrift]. Tilgjengelig online.
- Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies** by Witt, Katrina ; Dorn, Richard ; Fazel, Seena. PLoS One, Feb. 2013, Vol.8(2), p.e56913 [Fagfelleurdert tidsskrift]. Vis alle versjoner.

The entry for "Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors" is circled in red.