

Campus Elverum
Avdeling Folkehelse
4BACH

Tore Martin Moen

Veileder: Ann-Grete Dybvik Akre

Antall ord: 11775

Bacheloroppgave i sykepleie

Hvordan kan sykepleieren yte omsorg til
pasienten i en situasjon der det
brukes mekanisk tvang?

How can the nurse provide patient care in a situation where mechanical
restraints is used?

Bachelor sykepleie BASY 2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

Norsk sammendrag	5
1. Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Hensikt	7
1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning	7
1.4 Begrepsavklaring	8
1.5 Case	9
1.6 Oppgavens disposisjon	9
2. Metode	11
2.1 Litterært studium som metode	11
2.2 Søkehistorie og strategi	11
2.3 Kriterier for valg av litteratur	12
2.4 Utvalg og kildekritikk	12
2.5 Forskningsetiske overveielser	13
2.6 Forskning og fagutvikling	14
2.6.1 Omsorg og prinsipper i psykiatrisk helsearbeid	14
2.6.2 Forskningsartikkel 1	14
2.6.3 Forskningsartikkel 2	15
2.6.4 Forskningsartikkel 3	16
2.6.5 Forskningsartikkel 4	17
2.6.6 Fagartikkel	18
3. Teori	19
3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	19
3.1.1 Menneskesyn	19
3.1.2 Omsorg	19
3.1.3 Sykepleieren som personorientert profesjonell	20
3.2 Psykisk lidelse	21
3.2.1 Psykose	21

3.3 Lovverk	22
3.3.1 Lov om psykisk helsevern	22
3.3.2 Samtykkekompetanse	23
3.3.3 Nødvendig helsehjelp	24
3.4 Hva sier lovverket om tvang?	24
3.5 Forsvarlig bruk av tvang	26
3.6 Etikk	27
3.7 Hva sier litteraturen om pasienters opplevelse av tvang?	28
3.8 Kommunikasjon	30
4. Mulige svar på min problemstilling	31
4.1 Omsorgen for den svake	31
4.2 Praktisk omsorg	33
4.3 Unngå å umyndiggjøre pasienten	34
4.4 Den moralske siden av omsorg	35
4.5 Den personorienterte profesjonelle	36
4.6 Konklusjon	38
5. Avslutning	40
6. Litteraturliste	41

Norsk sammendrag

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et tema som har stort fokus i den offentlige debatten. Lovverket som regulerer psykisk helsevern hjemler bruk av tvang i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser, samtidig som tvangsbruken i stadig større grad problematiseres av brukere, politikere og fagpersoner. Sammen med egne erfaringer som sykepleierstudent i flere belteleggingssituasjoner, er dette bakgrunnen for valg av tema. Følgende problemstilling er valgt: *Hvordan kan sykepleier gi omsorg i en situasjon der det brukes mekanisk tvang.*

Denne bacheloroppgaven er en litterær studie, der problemstillingen søkes besvart med relevante forskningsartikler og faglitteratur. Etter søk i anerkjente databaser er fire forskningsartikler inkludert i studien, i tillegg til faglitteratur av forfattere som Strand, Martinsen, Hummelvoll, Eide og Eide m.fl.

Oppgaven drøfter hvordan sykepleieren kan yte omsorg til pasienten i situasjoner der det brukes mekanisk tvang. Sykepleierens viktigste oppgave er å utøve omsorgsfull sykepleie til pasienten fra belteleggingen begynner til tvangstiltaket avsluttes. Omsorgen har både faglige, moralske, etiske og juridiske aspekter, som sykepleieren må legge til grunn for sine vurderinger, beslutninger og i utøvelsen. Å yte omsorg til pasienter under beltelegging innebærer at sykepleieren må ivareta pasientens grunnleggende behov, både fysisk, psykisk og sosialt. Kunnskap om kommunikasjon og relasjoner er grunnleggende, sammen med en praktisk tilnærming. Videre må sykepleieren ha kunnskap om pasientens juridiske rettigheter, opprettholde verdighet og unngå umyndiggjøring, samt være empatisk og respektfull. Til sammen vil dette kunne bidra til at beltelegging kan gjennomføres med minst mulig negative virkninger, i øyeblikket og på lengre sikt.

Søkeord: sykepleie, omsorg, psykose, tvang, belteseng.

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et tema som har fått stort fokus i den offentlige debatten, særlig det siste året (Åsebø, Norman & Nymo, 2016). Lovverket som regulerer psykisk helsevern hjemler bruk av tvang i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (Psykisk helsevernloven, 1999), samtidig som tvangsbruken i stadig større grad problematiseres av brukere, politikere og også fagpersoner. Dette er bakgrunnen for mitt valg av tema for denne oppgaven, sammen med opplevelser jeg som sykepleierstudent hadde i praksis knyttet til bruk av mekanisk tvang, nærmere bestemt beltelegging. Som sykepleierstudent på en akuttpsykiatrisk avdeling, observerte jeg bruk av belteseng og jeg var med på trening i slik bruk. Personalet kunne også fortelle om flere situasjoner der de hadde vært med på bruk av mekanisk tvang. Jeg opplevde at personalet som hadde vært med på bruk av mekanisk tvang overfor en pasient ofte hadde behov for å samtale med hverandre etter hendelsen. Disse samtalene oppfattet jeg å inneholde etiske refleksjoner relatert til bruk av tvang. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det i kapittel 2 om sykepleieren og pasienten: "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Mitt inntrykk var at tvangsbruken var yrkesetisk utfordrende for personalet. Som sykepleierstudent opplevde jeg selv også den maktposisjonen jeg hadde overfor pasienten i en beltelegging situasjon som utfordrende.

Bruk av mekaniske tvangsmidler som belteseng og transportbelter utgjør en fare for brudd på menneskerettighetene. I praksis møtte jeg pasienter som fortalte at tvangstiltaket bragte fremminner om tidligere overgrepserfaringer, altså en mulig retraumatisering. Jeg tenker at bruk av belter kan gi opplevelse av avmakt, invadering, påføre psykiske traumer og fysiske skader. Det er paradoksalt at man i en dyp psykisk krise kan bli utsatt for handlinger som ellers hadde vært ansett som invaderende og ydmykende, og man kan spørre om menneskerettighetene derfor i tilstrekkelig grad beskytter mennesker som oppfattes som sinnslidende.

Tvangstematikken er veldig omdiskutert og media skriver ofte om at Norge har høye tall for bruk av tvang i psykisk helsevern. Det er vanskelig å finne pålitelige og offisielle tall på hvor

mange som blir lagt i belter hvert år, men det gjorde inntrykk på meg da avisa VG i 2016 publiserte en artikkel hvor det kom fram at det 2014 var 3768 belteleggingstilfeller i Norge. Det overraskende med artikkelen var at dette var nesten 1000 tilfeller flere enn det som ble innrapportert til helsemyndighetene. Det ble hevdet at årsaken kunne være dårlige eller manglende rutiner for innrapportering eller at beltelegging ble foretatt uten gyldig vedtak (Åsebø, Grivi Normann & Nymo, VG, 2016, 24. april).

På bakgrunn av de observasjoner jeg gjorde som student i akuttpsykiatrien er min førforståelse er at pasienten har mange negative opplevelser i en belteleggingssituasjon. Jeg ønsker derfor å se på hvilke rolle sykepleieren har i disse situasjonene og hvordan sykepleieren kan yte omsorg og slik bidra til å redusere pasientens negative opplevelse av tvangstiltaket. Hvordan kan jeg som sykepleier utøve min jobb på en slik måte at pasienten likevel opplever omsorg? Alt dette ser jeg på som viktige ting i relasjonen til enhver pasient, og kanskje særlig i psykisk helsevern hvor pasienten ofte ikke er samtykkekompetent.

1.2 Hensikt

Det jeg ønsker å undersøke, er om sykepleieren med sin omsorg kan redusere pasientens negative opplevelser av tvangsbruk. Dette fordi jeg gjennom praksis som sykepleierstudent så at dette var et område som engasjerte de ansatte, og jeg fikk et sterkt ønske om å tilegne meg mer kunnskap om sykepleierens mulighet til å påvirke pasientens opplevelse av belteleggingen.

1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Hvordan kan sykepleieren yte omsorg til pasienten i en situasjon der det brukes mekanisk tvang?

I FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter heter det i Artikkel 3 at; « Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet» (FN, 1948). Tvang blir i juridisk sammenheng definert som «fravær av samtykke» (Johnsen og Smebye, 2008, s. 210). Innen psykisk helsevern finnes det likevel situasjoner hvor tvang brukes. Det er en lege som har spesialgodkjenning eller en klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som kan fatte vedtak om tvang. Dette er regulert i en rekke lover; (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999,

Helsepersonelloven, 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 og Psykisk helsevernloven, 1999). Imidlertid vil utøvelsen av tvang medføre at også andre yrkesgrupper enn legen deltar. Sykepleierens rolle blir å delta i iverksettelsen av vedtaket. Begrepet tvang er i denne sammenheng et vidt begrep som kan referere til ulike former for tvang. Mekanisk tvang blir brukt om blant annet beltelegging av en pasient. Videre i oppgaven vil jeg derfor bruke uttrykket mekanisk tvang synonymt med beltelegging.

Det kan skje at det er sykepleiere som vurderer behovet for beltelegging i en akutsituasjon hvis ikke legen er tilstede. Dette krever oppfølging med vedtak av lege eller psykolog (Psykisk helsevernloven, 1999). I denne oppgaven vil jeg ikke gå inn i debatten om bruken av beltelegging i psykiatrien, men legger til grunn at lovverket sier at tvangsmidler bare skal brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Jeg vil heller ikke drøfte sykepleierens vurderinger og avgjørelser i forhold til om det skal brukes mekanisk tvang eller ikke, men kun se på hvordan sykepleieren kan yte omsorg i selve belteleggingssituasjonen for å redusere pasientens negative opplevelse. Jeg vil avgrense min oppgave til sykepleierens rolle og behov for kunnskap for å ivareta pasienten både under selve belteleggingen, mens beltene er på, og under avviklingen av tvangstiltaket.

En belteleggingssituasjon er ofte ikke bare en psykisk utfordring for pasienten, men kan også være en stor fysisk belastning. Det er viktig at vi som sykepleiere er klar over hvilke kroppslige stressreaksjoner pasienten kan få, slik at vi sikrer pasientens vitale funksjoner så vel som hans juridiske og psykologiske behov. I min oppgave vil jeg i liten grad fokusere på langtidseffekten som tvangstiltak kan medføre, men kun nevne at dette også er et aspekt som må tas hensyn til av sykepleier, når en pasient legges i belter.

1.4 Begrepsavklaring

Pasient: person innlagt i en døgnopphold institusjon, enten innlagt frivillig eller på tvangsmessig grunnlag (Psykisk helsevernloven, 1999).

Omsorg: Jeg har lagt til grunn Kari Martinsens omsorgsmodell. Her er omsorg, nestekjærlighet og moral sammenvevd. Hun beskriver omsorg og sykepleie slik: "Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket der kunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk" (Martinsen, 2003, s. 38).

Mekanisk tvang: belteseng (Psykisk helsevernloven, 1999).

1.5 Case

“Arne” er en enslig mann i 40-årene. Han har en kjent schizofrenilidelse og er ofte psykotisk. Arne har lang historikk i behandlingsapparatet, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Han vandrer mye rundt i nabolaget, utenfor den lokale skolen og på kjøpesenteret. Arne kan være sinna, og ha en skremmende og truende adferd. Naboer og tilfeldige forbipasserende ringer politiet, og Arne har over tid hatt bortimot ukentlige innleggelser på akuttpsykiatrisk avdeling. Til mottaket kommer han med ambulanse, assistert av politi, påsatt håndjern.

Når han er psykotisk ser det ut til at han mister kontroll og har få grenser for sine verbale trusler. Han ser heller ingen konsekvenser av sine handlinger. Arne er stor, sterk og kraftig, og ut fra avdelingens erfaringer, er det bestemt at han av hensyn til seg selv og personalets sikkerhet, så må det her brukes mekaniske tvang i form av belteseng ved innleggelser. Med politi og helsepersonell er det opp til 12 personer som må til for å få ham over fra håndjern til belteseng. Arne forsøker å sparke, slå, skalle og spytte til alt og alle om han kommer til.

Han ligger i belteseng i noen timer, noen ganger opp mot 24 timer. Sykepleier sitter vakt hos Arne så lenge han ligger i belteseng, i samme rom eller utenfor rommet med åpen dør og øyekontakt. Han tilbys teppe til å ha over seg, og sykepleieren snakker rolig og vennlig til ham. Etter en tid i beltesengen resignerer Arne og da sovner han gjerne. Når han er våken, er han er roligere. Han slipper gradvis ut av beltene, først løsnes høyre fot, så venstre arm, før resten av beltene løsnes. Han tilbys mat, hvile og samtaler. Før Arne skrives ut, har han en utskrivningssamtale med avdelingens overlege. Legen forteller etterpå at han spør pasienten hva han tenker om det som skjedde da han kom til avdelingen. Arne vil ikke snakke om det, sier bare at “Dere er harde i klypa!”. Legen spør om Arne forstår hvorfor han ble lagt i belteseng, og til det svarer han; “Jeg var jo helt gæern, det hadde ikke gått bra med noen av dere uten de beltene”. “Men det å ligge i beltene da, hvordan opplevde du det”, spør legen. “Det var godt å bli passet på”, mumler Arne.

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er et litterært studie. Jeg ønsker å drøfte hvordan sykepleiere kan yte omsorg til pasienter i tvangssituasjoner. Kari Martinsens omsorgsteori ligger til grunn. I

teoridelen skriver jeg om Martinsens omsorgsteori, og psykisk sykdom, lovverk blant annet knyttet til samtykke og tvang, samt om yrkesetiske retningslinjer. Litteraturdelen består av funn fra litteratur om pasientens opplevelse av tvang, beskrivelse av relevante forskningsartikler og en artikkel om fagutvikling. Så gjør jeg rede for hvordan de tiltakene jeg har funnet harmonerer med Martinsens omsorgsteori. Jeg avslutter med en oppsummering av de funn jeg har gjort i løpet av arbeidet med oppgaven, og noen tanker rundt problemstillingen.

2. Metode

2.1 Litterært studium som metode

Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på (Halvorsen, 2008, s. 20). Metode henger sammen med vitenskapsbegrepet og sier noe om hva vi må gjøre for å frembringe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s.80-81). Denne oppgaven er et litterært studie hvor jeg søker å kritisk granske litteraturen innen emnet jeg har valgt. I følge Dalland er det vurderingen av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet. (Dalland, 2012, s. 223). Jeg har brukt pensumlitteratur og også søkt relevant litteratur i forskningsartikler og annen faglitteratur som utgangspunkt for drøfting av min problemstilling. For å belyse sykepleierens rolle og etiske rammer har jeg søkt opp og nevner ulike lovverk og yrkesetiske retningslinjer da jeg mener disse ligger som grunnlag for all utøvelse av sykepleie, men også er særlig relevant for temaet i min oppgave.

Som sykepleierstudent har jeg ikke hatt anledning til å intervju pasienter og på denne måten utforske pasientens opplevelser i belteleggingssituasjon. Likevel vil mine observasjoner fra praksis være viktige bidrag til kunnskap om det jeg ønsker å undersøke. For å beskrive mine observasjoner i praksis må jeg anonymisere mine kilder. Jeg har derfor valgt å konstruere et case som jeg føler ligger nært opp til praksis og derfor best beskriver “virkeligheten”.

2.2 Søkehistorie og strategi.

Jeg har prøvd å finne vitenskapelig forskning som er godt knyttet til problemstillingen min, slik at det forsterker oppgaven og gir meg svar på problemstillingen. I vitenskapen er man opptatt av objektivitet, systematisering og et kritisk syn (Forsberg & Wengstrøm, 2003, s.49). I helse- og sosialfagene er vitenskap viktig blant annet i spørsmålet om hva som er det riktige i sammenhengen mellom teori og praksis. Jeg har satt meg inn i ulike relevante lover, som for eksempel psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven, samt de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere.

Jeg erfarte at jeg fikk lite treff på kombinasjonen av *omsorg* og *tvang* i mine litteratursøk, men at det finnes mye litteratur med fokus på å *forebygge* tvang. Dette er jo i tråd med ønsket om å redusere tvangsbruken til et absolutt minimum. Likevel tenker jeg at det er

viktig å ta for seg sykepleierens omsorg under beltelegging, i og med at dette tiltaket fortsatt er lovlig og benyttes.

2.3 Kriterier for valg av litteratur

Søkekriteriene mine var artikler med norsk, svensk, dansk eller engelsk språk, med sykepleieperspektiv, artikler fra vitenskapelige tidsskrifter og fagtidsskrifter, siste utgave ikke eldre enn 15-16 år, være tilgjengelige i fulltekst og ha relevans for tema. Artiklene jeg valgte, oppfylte disse kriteriene og jeg mener at de supplerer den valgte faglitteraturen. Noe av faglitteraturen er eldre enn 15 år, men jeg vurderer at Kari Martinsens bøker i utgaver fra 2003 og forskningsartikkelen fra 2001 fortsatt er aktuelle og relevante, og vil gjerne ha med disse. Det samme gjelder Liv Strands bok fra 1990, en bok som kom med siste opplag i 2016, og står som pensumlitteratur.

Jeg har oppfylt kravet om å ha med fire forskningsartikler, hvorav to engelskspråklige. Jeg har også tatt med en fagartikkel som jeg opplever er relevant for oppgaven.

I min søken etter forskningslitteratur til denne oppgaven, har jeg kun funnet studier hvor det er brukt kvalitativ metode. Kvalitativ forskningsmetode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. (Dalland, 2012, s.112). Metoden bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Det brukes gjerne systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Denne metoden står i motsetning til kvantitativ forskningsmetode som gir data i form av målbare enheter. Dette gir gjerne grunnlag for statistikker basert på spørreundersøkelser i befolkningen hvor man kan finne gjennomsnitt og lignende (Dalland, 2012, s. 112).

2.4 Utvalg og kildekritikk

Med metodekritikk menes de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012, s. 64).

Jeg legger til grunn at høgskolen har valgt ut relevant og pålitelig pensumlitteratur. Dette begrunner jeg med at høgskolen har anbefalt disse bøkene. Kildene ellers er i stor grad funnet via Bibliotek-siden til Høgskolen Innlandet, med anerkjente søkemotorer som Idunn,

Medline, PubMed osv. Jeg har benyttet disse søkeordene i databasene: Sykepleie, psykose, omsorg, tvang, tvangsmidler, beltelegging. Engelske søkeord jeg har benyttet er: involuntary commitment, nurse-patient interaction, nursing strategies, coercion, mental health, psychosis, mental hospital, nursing, mechanical restraint, physical restraint.

Jeg vil hevde at de artiklene jeg har tatt for meg, er relevante for mitt tema. I flere av artiklene står det at forskningen er godkjent av universitet og sykehus. Forskerne er ukjente for meg. For å finne ut om de er anerkjente, har jeg sett på deres utdanning og om de har utgitt flere publikasjoner. Flere av forskerne er sykepleiere med høyere utdanning innen akademia, flere er professorer. I en av artiklene er de fleste forskerne psykologer, men jeg valgte å ta den med fordi temaet er så relevant.

2.5 Forskningsetiske overveielser

I min oppgave har jeg gjort etiske vurderinger når jeg har ledd etter forskningsartikler. I 1964 ble Helsinkideklarasjonen grunnlagt av World Medical Association (WMA). Den blir regnet som "etikk-grunnloven" og ligger også til grunn i min oppgave (Aarseth, 2000). Her blir grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker lagt stor vekt på og et av de sentrale punktene i deklarasjonen er at hensynet til forsøkspersonens helse og integritet skal gå foran hensynet til forskning og samfunn. Mye av grunnlaget for den tenkningen som i dag finnes omkring forskning og etikk, bygger på Nürnbergkoden fra 1946. Disse to til sammen danner utgangspunkt for de etiske retningslinjer som er utarbeidet for sykepleieforskning i Norge. De land jeg har hentet forskning fra, har komiteer som veileder og sikrer at forskningen er underlagt etiske normer og verdier som er grunnleggende akseptert i samfunnet. Jeg ser det som sentralt at hver og en av oss er bevisst etiske overveielser i likhet med de som deltar i en undersøkelse, er beskyttet blant annet av autonomiprinsippet og konfidensialitet. Etiske overveielser i forhold til forskning er å være seg bevisst hvem som kan ha nytte av kunnskapene som frembringes, og om disse kan bidra med noe overfor de personene som er involvert i et prosjekt (Dalland, 2012. s. 234). Jeg mener å ha brukt forskningsartikler som er innenfor disse kriteriene og at jeg har gjengitt resultatene så sannferdig jeg har kunnet.

2.6 Forskning og fagutvikling

2.6.1 Omsorg og prinsipper i psykisk helsearbeid

I Liv Strands bok “Fra kaos, mot samling, mestring og helhet” tematiserer hun ikke omsorg i forbindelsen med tvangstiltak spesielt. Det Strand skriver om omsorg for psykotiske pasienter, vil imidlertid kunne legges til grunn også en tvangssituasjon. Strand peker på tre områder hvor sykepleieren kan arbeide for å hjelpe den psykotiske pasienten; ved å stadig utvikle seg selv, ved en gunstig tilrettelegging av miljøet rundt pasienten og ved de holdninger og handlinger sykepleieren formidler og utøver (Strand, 1990, s.59).

I samme bok tar Strand for seg det moderlige og det faderlige prinsipp. Prinsippene beskrives som grunnleggende ved all menneskelig omsorg og nødvendige for vekst og utvikling. Begrepene brukes innen psykisk helsearbeid som terapeutiske måter å forholde seg på. Det moderlige prinsipp handler om en base, beskyttelse, kontinuitet, trofasthet uten krav, mens det faderlige prinsipp innebærer krav om å utvikle seg, lære seg nye ting, bli kraftfull og kunne påvirke. Begge prinsippene finnes både hos kvinner og menn. Tanken er at om den profesjonelle utvikler disse prinsippene i seg selv og tar de i bruk, vil det være til nytte for pasienten (Strand, 1990, s.77).

2.6.2 Forskningsartikkel 1

Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014). Tidsskrift for psykisk helsearbeid, *Omsorg under tvang*. Artikkelen beskriver et kvalitativt studie hvor 9 deltaker som hadde vært innlagt med psykoseproblematikk, ble intervjuet om deres opplevelse av brukermedvirkning, behandling og bedringsprosesser. Det blir lagt til grunn at situasjoner hvor tvang brukes, gjenspeiler komplekse situasjoner. Selvskading og selvmordsfare signaliserer behov for hjelp, og når pasienten motsetter seg omsorg, kan det å unnlate å bruke tvang medføre at han/hun ikke får den hjelpen det er behov for. Samtidig har tvang negativ innvirkning på de kliniske relasjonene, og pasientens opplevelse av omsorg. Spørsmålet for studiet er i hvilke situasjoner tvang oppleves som akseptabelt, og hvordan helsepersonell kan bidra til å foreta de negative opplevelsene.

Flere av pasientene uttrykte forståelse for tvangsbruken, men de hadde også negative erfaringer knyttet til manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter og opplevelse av at tvangsbruken var unødvendig eller hadde form av straff. Samtidig kom det også fram at tvangsbruken sørget for at pasientens behov og interesser ble ivaretatt. Tvang bør utføres så skånsomt som mulig, og det bør etterfølges av dialog slik at alle involverte parter kan lære av hendelsen. Dialogen må være åpen, slik at alle synspunkter og oppfatninger kommuniseres, begrunnes og respekteres. Det må finnes en balanse mellom å utfordre pasienten og sette grenser, men også respektere pasientens ønske om å være i fred eller bestemme selv. Da betyr omsorg at pasienten blir anerkjent og respektert som person, at han får innflytelse over egen situasjon, og opplever innlevelse og forståelse fra personalet. Beroligende samtale, gjensidig tillit, ikke konfronterende holdninger og det å ta seg tid, nevnes som betydningsfullt.

2.6.3 Forskningsartikkel 2

Berring, (2006) Klinisk sykepleie: *Sykeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter*. Det danske Sundhedssystem ønsker å redusere bruken av tvang, særlig bruken av beltelegging, i psykisk pleie og behandling. Hypotesen er at beltelegging ikke har noen lindrende eller behandlende effekt og oppleves av pasienter som krenkende. Sykepleiere er sentrale når pasienter legges i belter og tilsvarende sentrale i å forebygge tvang. Artikkelen baserer seg på en kvalitativ undersøkelse og beskriver hvilke strategier psykiatriske sykepleiere bruker for å regulere truende adferd hos psykiatriske pasienter. Selv om denne oppgaven ikke har forebygging av som fokus, velger jeg å ta med denne artikkelen fordi jeg vurderer at disse strategiene kan ha overføringsverdi til samhandlingen med den beltelagte pasienten. Undersøkelsen er gjennomført gjennom passiv observasjon og intervju av sykepleiere som mottok tvangsinnlagte pasienter i en periode på 2 måneder.

I følge forskningen anvender sykepleierne taus kunnskap og artikulerer i liten grad de strategiene de bruker. Forskeren så klart hvordan sykepleierne forberedte seg til å møte den potensielt voldelige pasient, hvordan hun/han vurderte nærhet og avstand til pasienten, bruker ro og et høflig språk, hørsel, syns- og følesans, observerer pasientens lydnivå, kroppsspråk og reaksjoner.

Ovenstående afspejler en del af sygeplejerskens værdigrundlag: Ingen skal komme til skade, man anvender et sobert sprog, man vægter etablering af en positiv relation, man er oplysende og skaber forudsigelighed. Selvom patienten befinder sig i en situation, hvor hans autonomi er begrænset, respekteres hans integritet.

Sykepleierne er opptatt av å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og lar ham/henne fortelle sin versjon av saken, uansett hvor urealistisk og psykotisk den er. Det er viktig å få fram pasientens opplevelse av situasjonen. Det vil ha stor betydning for hvordan sykepleieren senere kan samhandle med pasienten. Det vises til det Kari Martinsens kaller det sykepleiefaglige skjønn. Ved å være åpen for de signaler som pasienten sender ut, tolker sykepleieren pasienten og planlegger hva hun skal gjøre videre. Pasienten er i sentrum for sykepleierens oppmerksomhet og får på denne måten en imøtekommende, tillitsskapende og respektfull mottakelse av en sykepleier som lytter til pasientens opplevelse.

Undersøkelsen er med på å artikulere sykepleierens tause kunnskap og gir sykepleiere et faglig vokabular som beskriver hvordan de håndterer voldelige og truende pasienter. Dette åpner mulighet for å kunne diskutere og videreutvikle sykepleiefaget.

2.6.4 Forskningsartikkel 3

Landeweer, Abma og Widdershovens artikkel *The Essence of Psychiatric Nursing Redefining Nurses' Identity Through Moral Dialogue About Reducing the Use of Coercion and Restraint* fra *Advances in Nursing science* 2010, beskriver en analyse av et nederlandsk prosjekt med mål om å få redusert bruken av tvang og belter. Det er foretatt en kvalitativ undersøkelse fra 5 psykiatriske sykehus i Nederland, med intervjuer av grupper av sykepleiere. Hypotesen er det brukes for mye tvang og medisinerings innen psykiatrisk behandling, og omtaler tvangsbruk på en lukket avdeling. Fokus er å finne fram til kjerneverdier i sykepleie til psykiatriske pasienter. Konflikten mellom etikk og behovet for sikkerhet og kontroll drøftes. Med opplæring og jevnlig møter for å evaluere hvert eneste tilfelle av tvangsbruk, viste det seg at sykepleierne utviklet en dypere forståelse av hvordan de så på sin egen rolle, hvordan de ville ha relasjonen til pasienter og kollegaer, og hva de så på som kjerneverdier i et team av sykepleiere i psykisk helsevern.

Gjennom to case, tar artikkelen for seg hvordan sykepleierne gjennom dialog var i stand til å finne veier til å redusere tvang. I det første caset beskrives det hvordan samarbeid med “ambulatory care workers” viste seg å ha en meget positiv effekt for å få redusert bruken av tvang og få til en bedre omsorg for pasientene. Jeg antar at “ambulatory care workers” kan sammenlignes med våre ambulante tjenester i spesialhelsetjenesten. De har gjerne hatt et lengre forhold til pasienten, basert på tillit, og kjenner hverandre fra perioder uten krise. I det neste caset, så sykepleierne at de hadde fått en endret rolle, fra vakter til samarbeidspartnere. Brukermedvirkning, aktiviteter, færre regler og det å gi mer kontroll til pasienten ble nye og viktige verdier. I starten av prosjektet økte bruken av tvang, fordi sykepleierne ventet for lenge og ting gikk ut av kontroll. Men etterhvert utviklet det seg en kultur hvor tvang ikke lenger ble sett på som normal praksis, men heller sett på som et tiltak som skal unngås så langt som mulig ved å bygge relasjon med pasientene og forebygge farlige situasjoner. Før prosjektet startet var pasient-personell- relasjonen preget av gjensidig mistillit; sykepleieren så på pasientens som potensielt farlig og pasienten så på sykepleieren som den som kunne utsette ham for tvang. Begge parter følte altså at tryggheten deres var truet.

Gjennom prosjektet utviklet det seg gradvis et forhold med mer tillit, hvor pasient-personell- relasjonen ble mer preget av at de så på hverandre mer som partnere, enn at de hadde mistillit til hverandre. De ansatte opplevde at fokuset skiftet fra kontroll og utrygghet, til omsorg, tillit og ansvar.

2.6.5 Forskningsartikkel 4

I Olofsson og Norbergs artikkel *Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians* fra 2001, beskrives en svensk kvalitativ undersøkelse. Syv pasienter, syv sykepleiere og syv leger ble bedt om fortelle om sine opplevelser fra gjennomføring av de samme syv tilfellene av beltelegging, og også spurt om hvordan de mente at bruken av tvang kunne vært forebygget i disse aktuelle situasjonene. Studiet er godkjent av sjefslegen ved sykehuset hvor undersøkelsen ble foretatt, samt av den etiske komiteen på medisinsk fakultet ved Umeå universitet.

Resultatet av analysen av intervjuene, er at sykepleiere og leger gjennom sine fortellinger avslører at de følte seg ute av stand til å få kontakt med pasientene i de aktuelle tvangssituasjoner, mens pasientene forteller at de savner mer menneskelig kontakt med de

ansatte. Alle tre parter uttrykker at de tror på et godt pasient-personal-forhold og at menneskelig kontakt er viktig. De ansatte mener at det å kjenne pasienten godt gjør at det føles lettere å gjennomføre tvangen, og at deres handlinger derfor oppleves mindre voldsom av pasienten. Pasientene sier at menneskelig kontakt bryter deres ubehag og får dem til å føle seg tryggere under tvangstiltaket. Jo tettere relasjon det er mellom pasient og behandler, jo vanskeligere er det å forsvare bruk av tvang. Pasientene beskriver at dersom de har en god relasjon til den som gjennomfører tvangshandlingen, oppleves den mindre traumatisk. Behovet for en nær relasjon løftes frem som alternativ, men stranded på ressursmangel. Artikkelen konkluderer med at disse funnene taler for et behov for mer dialog mellom pasienter og ansatte. Slik kan de ansatte bedre forstå pasientens følelser og informasjonsbehov knyttet til tvangsmessige tiltak.

2.6.6 Fagartikkel

Tar kvelertak på hverandre en gang i uka fra Sykepleien (2017). Personalet på avdeling for spesialpsykiatri ved Akershus Universitetssykehus (A-hus) trener ukentlig på å håndtere vold. Hensikten er å skape et tryggere miljø ved at alle ansatte har felles teknikk og forståelse. Nye ansatte kurses i forsvars- og håndteringsteknikker samt i å forebygge vold før de får lov til å være alene med pasienter på skjerming, eller være en av to som på hver vakt blir pekt ut til å være dem som skal løpe for å hjelpe til om alarmen går. Alle ansatte trener systematisk og regelmessig. Det er teoretisk opplæring i konflikthåndtering, om kommunikasjon og om maktbruk. Praktisk trener de på frigjøringsteknikker, beskyttelse mot vold, beltelegging, automatisering av teknikkene, samt på overgangen mellom de ulike grepene. Ledelsen stiller krav til kompetanse, trening og kursing og krever at de ansatte deltar på trening minimum 8 timer per år, samt har lagt til rette for trening i turnusen.

3. Teori

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er sykepleier med spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun har magistergraden i filosofi og ble dr. philos i historie i 1986. Hun har vært ansatt ved flere høyskoler og universitet i Norge og Danmark. Martinsen har skrevet en rekke bøker, artikler og hefter om sykepleie, omsorg og etikk, og har siden 1990-tallet vært en sentral meningsbærer i debatter om sykepleiefaget i Norge og Norden (Austgard, 2010 s. 150, Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006 s. 59).

3.1.1 Menneskesyn

Med menneskesyn tenker vi på de «brillene» vi ser på og møter pasienten med. Martinsen definerer mennesket som person slik: «Som person vil mennesket alltid være noe mer enn seg selv. Mennesket bestemmes ut fra sin henvisthet til den andre og den større sammenhengen det inngår i». Et slikt menneskesyn kalles kollektivistisk, der det menneskelige fellesskapet settes i sentrum og relasjonene står sentralt. Det fundamentale i menneskenes liv er relasjoner, hvor menneskene er avhengig av hverandre, noe som blir ekstra tydelig i situasjoner som ved sykdom, skade eller funksjonstap. Alle mennesker har lik verdighet, og solidariteten med og ansvaret for de svake inngår som en naturlig del av fellesskapet (Martinsen, 2003, s.90).

3.1.2 Omsorg

Ordet omsorg er sammensatt av "om" og "sorg" der "sorg" betyr mer å sørge for enn å sørge over. Omsorg krever derfor to parter; en som lider og en som sørger for den lidende. "Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens" (Martinsen, 2003, s. 69). I Martinsens omsorgsfilosofi er omsorg, nestekjærlighet og moral sammensveiset. Hun er opptatt av prinsippet om ansvaret for svake, forankret i det å være et praktisk forbilde slik vi finner det i lignelsen om den barmhjertige samaritan. Her hører vi om en samaritan som kom forbi en skadd person. Samaritanen gikk bort, stelte og forbandt sår. Han nøyde seg ikke med å synes synd på den skadde, men ga hjelp. Hjelpen ble gitt

betingelsesløst ut fra den skaddes behov, ikke ut fra et forventet resultat om egen fortjeneste (Martinsen, 2003, s.15-16).

For at sykepleieren skal kunne yte omsorg, må pasienten tre frem og blir et menneske som angår sykepleieren. Hvordan omsorgen kommer til uttrykk, hva hun gjør og hvordan hun gjør det, er det ikke mulig å si på forhånd, da utgangspunktet er den enkelte pasient og den konkrete situasjon (Austgard, 2010, s.23).

Omsorg innebærer praktiske handlinger. Hjelperen må delta praktisk i den sykes lidelser, for uten den praktiske handlingen blir omsorgen sentimental og handler mer om mine følelser i situasjonen og å synes synd på den lidende. I den praktiske omsorgen er det viktig å prøve å forstå og anerkjenne den lidendes situasjon og med dette akseptere hans begrensninger og ressurser og slik unngå å umyndiggjøre den andre. Den praktiske hjelpen skal også komme betingelsesløst og hjelperen skal ikke forvente noe tilbake fra den lidende. Dette kaller Martinsen for generalisert gjensidighet. Omsorgsarbeidet som sykepleiere utfører, er generalisert gjensidighet i praksis. Denne formen for omsorg preges av altruisme, som handler om å handle for den andres beste (Martinsen, 2003, s.14-81).

Omsorgen har også en moralsk side. Vi må ha en bevissthet om hvordan omsorgen for den svake skal utføres. I relasjonen mellom sykepleier og pasient inngår makt. Denne makten kan brukes moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. I begrepet solidaritet legger hun mer enn sympati og sentimental omsorg. «En må kunne identifisere seg med den andre, tenke seg at rollene kan være ombyttet» (Martinsen, 2003, s.14-17). Omsorgsmoralen må læres gjennom praksis og vurderes kritisk for å unngå krenkelser, da omsorgsmoralen, ifølge Martinsen også har å gjøre med hvordan vi lærer å bruke makt. ”I alle avhengighetsrelasjoner inngår makt. Makt kan brukes moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. Solidaritet er mer enn sympati og sentimental omsorg” (Martinsen, 2003, s. 14-17).

3.1.3 Sykepleieren som personorientert profesjonell

Ingen sykepleiesituasjon består av nestekjærlighet alene. Situasjonene er komplekse, sammensatte, krever faglig kunnskap og innsikt. Men også følelser. Martinsen (2003) er tydelig på at det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, involvert

og å vise følelser. Når den profesjonelle sykepleieren presenterer seg som en person med følelser, dreier dette seg om følelser rettet mot pasienten, og omfatter både teoretisk innsikt, faglig erfaring, fantasi og kreativitet. Hun er da åpen for å ta imot pasientinntrykket, slik at pasienten blir et menneske i sykepleierens bevissthet, ikke bare et kasus, en diagnose, en hvilken som helst pasient (Austgard, 2010 s. 20-21).

3.2 Psykisk lidelse

Psykisk lidelse kan defineres som sykdommer og lidelser av psykisk eller mental karakter, som ofte medfører endret oppførsel og væremåte hos pasienten. Det kan ses på som en reaksjon på stress som hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig måte. I de vestlige landene oppfattes disse lidelsene som sykdom, og som noe det må gjøres noe med. Psykiske lidelser er av de hyppigste årsaker til sykefravær i arbeidslivet. Årsaken til en psykisk lidelse kan være genetisk, fysiokjemisk, sosialt, eller psykologisk. Det finnes en rekke psykiske lidelser, de vanligste er angstlidelser, stemningslidelser (særlig depresjon), misbruk/avhengighetslidelser, schizofreni og bipolar lidelse (Hummelvoll, 2012, s. 30-32).

3.2.1 Psykose

Psykososer er fellesbetegnelsen på en sammensatt gruppe psykiske lidelser med det felles kjennetegnet at personen med den psykiske lidelsen har nedsatt eller manglende realitetstestende evne (vansker med å skille mellom ytre og indre faktorer).

Psykotiske tilstander deles gjerne inn i schizofrenier, paranoide psykososer og akutte og forbigående psykososer. Her beskriver jeg schizofreni ytterligere, fordi pasienten i det valgte caset har denne diagnosen. Psykotisk tilstand innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning (Snoek og Engedal, 2009, s. 69).

Psykoselidelsene kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper symptomer.

Realitetsbrist kan ta form av forstyrrelser i sansing (hallusinasjoner, uvirkelige sanseopplevelser) eller fastlåste og feilaktige endringer i tankeinnhold (vrangforestillinger, alvorlige og fastlåste misforståelser/feiltolkninger av omgivelsene). Redusert funksjon eller svikt i funksjon er et annet symptom. Mange kan også oppleve andre typer symptomer som angst, depresjon (affektforstyrrelser) eller kognitive (tankemessige) vansker. Det kognitive

funksjonsnivået er vanligvis redusert sammenlignet med før sykdommen debuterte, og dette påvirker læring, minne, sansing og motoriske ferdigheter (Helsedirektoratet, 2013).

Psykoseutvikling innebærer ofte at de mer basale funksjonene, som gjør at vi opplever oss som individer, selvoppfatningen, blir annerledes enn vanlig. I akutte faser eller ved økende grad av psykosenære symptomer bør det jobbes med for eksempel reduksjon av mellommenneskelige konflikter og senkning av sansemessig overload, gjerne kalt "skjerming". Å være konkret og tydelig, gjenta budskapet og sjekke om den syke har fått med seg og husker det som er sagt, er viktig for å kompensere for eventuelle kognitive vansker (Helsedirektoratet, 2013).

Schizofreni er den mest alvorlige diagnosegruppen under psykosebegrepet. Schizofreni er ikke en enkelt sykdom, men en samling av en rekke beslektede lidelser. De mest spesifikke symptomene er assosiasjonsforstyrrelser, affektive forstyrrelser, ambivalens og autisme. Vrangforestillinger, hallusinasjoner, konsentrasjonsforstyrrelser, disorganisert tale, mangel på sykdomsinnsikt og identitetsforstyrrelser er andre vanlige symptomer. For å kunne stille diagnosen kreves det at flere av symptomene er tilstede i minst en måned (Snoek og Engedal, 2009, s. 77).

3.3 Lovverk

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.

3.3.1 Lov om psykisk helsevern

Lov om psykisk helsevern er en tjenestelov (Molven, 2012. s. 30), som gjelder spesialisthelsetjenestens behandling av mennesker med psykiske lidelser. Lovens formål er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Dette for å sikre at de parter som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Det første kapittelet tar for seg formål og definisjoner på hva psykisk helsevern er og hvem som er definert som offentlig myndighet, som for eksempel lege, kommune eller politi. Det skal

være en lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som skal være ansvarlig for å fatte vedtak og beslutte tiltak. Pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven er gjeldende og hvem som har rett på advokat ved klager til kontrollkommisjon og fylkesmann over vedtak, er også beskrevet.

Psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven. I det tredje kapittelet står det at tvungent psykisk helsevern ikke kan etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt og at legen skal gi en skriftlig uttalelse. Her beskrives også de tre ulike formene for psykisk helsevern; frivillig (§3.1), observasjon (§3.2) og tvungent psykisk helsevern (§3.3). Videre omhandler den rettigheter og plikter for pasient, lege og offentlig myndigheter rundt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og pasientens klagerett (Psykisk helsevernloven, 1999).

Kapittel 4 omhandler gjennomføringen av psykisk helsevern, at bruken av restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, at pasientens syn på slike tiltak skal tas hensyn til og at tiltak som benyttes gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Alle pasienter har rett på en individuell plan med et helhetlig tilbud, dette er kommunens ansvar. Dette kapittelet omhandler også bruken av skjerming i institusjon, kroppsvisitering, kontroll og rutiner, og hjemler bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling med legemidler (Psykisk helsevernloven, 1999).

Kapittel 5 handler om tvungent psykisk helsevern til personer som har fått dette som en dom i en rettsavgjørelse, behandling i kriminalomsorgen og rettigheter rundt dette. Når det gjelder kontroll og etterprøving, inneholder kapittel 6 pasientens muligheter for å klage og kontrollkomiteens funksjon, sammensetning og uavhengighet. Kapittel 7 handler om pasientens rett til å bringe klager inn for domstolene (Psykisk helsevernloven, 1999).

3.3.2 Samtykkekompetanse

I psykisk helsevernlov sies det i §2-1 at hovedregelen er samtykke. Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i Pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av Psykisk helsevernloven.

Lov om Pasient- og brukerrettigheter kapittel 4, omhandler samtykke til helsehjelp:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

I § 4-3 står det om hvem som har samtykkekompetanse. Det omfatter personer over 18 år, med mindre annet følger av §4-7 eller annen særlig lovbestemmelse, samt personer mellom 16 og 18 år, med visse unntak. Samtykkekompetansen kan falle bort dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, dette kan f.eks. være aktuelt ved psykiske forstyrrelser. Helsepersonell skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, erfaringsbakgrunn og modenhet legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. §3-5. Dersom det vurderes at pasienten mangler samtykkekompetanse, kan undersøkelse og behandling av psykiske lidelser bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kap.3 (Pasient og brukerrettighetsloven).

3.3.3 Nødvendig helsehjelp

Nødvendig helsehjelp defineres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-3-c som “handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell”. Om helsehjelpen er nødvendig må vurderes ut fra et forsvarlig medisinsk skjønn i et hvert enkelt tilfelle, ifølge rundskriv til loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.4 Hva sier lovverket om tvang?

Helsehjelp skal som hovedregel gis på grunnlag av gyldig samtykke fra pasienten, jf. Pasient og brukerrettighetsloven §41 og Psykisk helsevernloven §21. Uten samtykke kan helsehjelp bare gis med hjemmel i lov.

Psykotiske pasienter kan ha så stor svikt i sin funksjonsevne at legen avgjør at det er nødvendig at helsepersonell tar over kontrollen for å kompensere for svikt. Dette innebærer at pasienten kan bli undersøkt, innlagt og eventuelt også behandlet mot sin vilje dersom hans sinnstilstand gjør at han ikke kan ta vare på seg selv. Dette er hjemlet i Psykisk

helsevernloven. Her gis det hjemmel for innleggelse og behandling i det psykiske helsevernet uten samtykke fra pasienten. Innleggelse kan enten skje for en tidsbegrenset periode (tvungen observasjon, §32) eller på ubestemt tid (tvungent psykisk helsevern, §33). Behandling uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven §44, som blant annet forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999).

Bruken av tvangsmidler er hjemlet i Psykisk helsevernloven §4-8. Tvangsmidler skal kun brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. De ulike tvangsmidler som kan anvendes er mekaniske tvangsmidler som hindrer pasienten bevegelsesfrihet, herunder belteseng, kortvarig innestenging bak låst/stengt dør, korttidsvirkende legemidler med hensikt å berolige eller bedøve og kortvarig fastholding.

I Psykisk helsevernlovens forskrift står det i §26 om gjennomføring av bruken av tvangsmidler at bruken skal være så kortvarig som mulig, og at den skal gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Pasientens tilstand skal vurderes fortløpende, og han/hun skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning skal personell oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og det vurderes som faglig forsvarlig. Ved sammenhengende beltelegging ut over åtte timer, skal det forsøkes friere forpleining i kortere eller lengre tid. Fungerer ikke dette, skal årsaken dokumenteres. Ved sammenhengende beltelegging ut over åtte timer, skal det forsøkes friere forpleining i kortere eller lengre tid. Fungerer ikke dette, skal årsaken noteres.

Tvangsmidler som nevnt i Psykisk helsevernloven §4-8, kan bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og kan bare utføres av godkjent helsepersonell. Ved enhver beltelegging skal det fattes vedtak av avdelingens overlege og protokollføres.

Beltelegging brukes ofte for å hindre en pasient i å utøve skade på seg selv eller andre. Det skal ikke brukes i tereapeutisk behandlingsøyemed, men blir brukt for å hindre skade på personell, andre pasienter eller inventar etter at alle lempeligere midler har vært forsøkt.

Beltelegging skjer når pasienten utagerer voldelig, eller det er særlig høy fare for dette (Psykisk helsevernloven, 1999).

3.5 Forsvarlig bruk av tvang

Hovedregelen er at all helsehjelp skal gjennomføres på frivillig grunnlag. Det er et viktig politisk mål at det også innen psykisk helsearbeid skal være størst mulig grad av frivillighet og riktig bruk av tvang. Skal tvang benyttes, må en rekke vilkår være oppfylt, blant annet skal frivillighet forsøkes eller vurderes som åpenbart formålsløst. Pasienten må aktivt involveres i arbeidet med å finne gode, frivillige løsninger. Også pårørende eller andre tillitspersoner bør involveres dersom pasienten samtykker til det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Imidlertid har lovgiver lagt til grunn at det i en del situasjoner er nødvendig og riktig å bruke tvang. Dette er når det vurderes at det er samfunnets ansvar å ivareta helse og liv ved å gi behandling i situasjoner der pasienten selv, på grunn av sin psykiske lidelse, mangler sykdomsinnsikt og evne til å forstå sitt eget beste, og hensynet til samfunnsvernet i situasjoner der pasienten på grunn av sin psykiske lidelse utgjør en alvorlig fare for andre. Men bruken av tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige og gjennomføres på en måte som ivaretar den enkeltes rettigheter, sikkerhet og integritet, jf. psykisk helsevernloven §42. Målet må være å hindre skade, gi tilgang til adekvat behandling og bidra til at den enkelte gjenvinner kontroll over eget liv. Virkemiddel og intensitet må være rimelig og forsvarlig sett i forhold til den konkrete situasjonen og det må vurderes mulige fysiske og psykiske skadevirkninger samt hvordan disse best kan forebygges (Helsevernloven, 1999). Vedtaket som fattes skal nedfelles skriftlig, og pasienten eller pårørende har anledning til å klage på vedtaket. Normalt har klagen oppsettende virkning; tvangsbehandling kan ikke iverksettes før klagen er behandlet av kontrollkommisjonen. Men i nødrettssituasjoner kan tvangstiltak iverksettes uten at klagen har oppsettende virkning. (Snoek og Engedal, 2009, s.224-225).

I denne oppgaven har jeg fokus på tvangstiltaket beltelegging. Alle som blir beltelagt ved norske institusjoner har klagerett. Klagen rettes sykehusets kontrollkommisjon. Alle pasienter får av kommisjonen utdelt egen advokat (Psykisk helsevernloven, 1999).

Under selve belteleggingen skal det være tilstrekkelig personell for å unngå skader. En av personalet skal hele tiden snakke om hva som skjer, slik at pasienten og resten av personalet informeres. Armer og bein skal fikseres med belter, mens magen fikseres med magebelte. Pasienten skal låses fast i en belteseng. Når en pasient er i belteseng, skal han ha kontinuerlig tilsyn av helsepersonell. Pasienten skal løses fortest mulig ut av beltene, dette kan gjøres gradvis ved at pasienten kan løses diagonalt og opp i transportbelter før fikseringen oppløses helt. Når beltene er løst opp, må de forbli løst opp. Man kan ikke legge pasienten tilbake i belter uten nytt vedtak. Når tvangsmiddel anvendes skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette. (Psykisk helsevernloven, 1999).

I min praksis på Sykehuset Innlandet, divisjon Psykisk helsevern, gjennomgikk jeg de interne rutineene for beltelegging (Sykehuset Innlandet HF, 2015). Hensikten med rutineene er å gi klar rutiner og ansvarsfordeling, slik at personalet og pasientenes sikkerhet ivaretas, samt at den aktuelle pasientens rettigheter blir ivaretatt, og det sikres at han/hun ikke utsettes for unødvendige komplikasjoner. I tillegg til det som står i kap. 3.4, er rutineene klare på at beltelegging må utføres med størst mulig fokus på å forebygge smerte for pasienten, men personalets sikkerhet har førsteprioritet. Videre er det rutiner for føring av observasjonsskjema for beltelagte pasienter. Pasienten tilstand dokumenteres hvert kvarter de første to timene, deretter hver halvtime av den som sitter hos pasienten. Minimum en gang i timen skal pasientens respirasjon, bevissthet og sirkulasjon vurderes av sykepleier. Det er også beskrevet rutiner knyttet til den beltelagtes behov for toalettbesøk, mat og drikke (Sykehuset Innlandet HF, 2015).

3.6 Etikk

De grunnleggende verdiene og menneskesyn som sykepleierne skal anvende i praksis er beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene. De fremmer verdier som respekt for liv, menneskeverd og selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Ved å opptre på en måte overfor pasienten som viser at jeg utfører sykepleie etter disse verdiene, kan det bygges opp et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier som muliggjør en god kommunikasjon og dermed et terapeutisk forhold. Det mellommenneskelige aspektet muliggjør et samspill mellom pasient og sykepleier. Samtidig kan tvangsaspektet være en belastning for pasientens forhold til den psykiske helsetjenesten som helhet og til den enkelte sykepleieren. Selv om

mange pasienter i ettertid erkjenner at tvang var nødvendig, men svært mange husker det som personlig krenkende. Dette medfører at selv om tvangen er vurdert som helt nødvendig, må selve måten tvangen utføres på være hederlig og menneskevennlig, aldri ha preg av straff, kynisme eller sadisme (Strand, 1990, s.19).

Jeg tenker at pasienten kan oppleve blant annet redsel, hjelpeløshet, avmakt, sorg, fortvilelse og skam i en belteleggingssituasjon. Ut fra dette, har jeg valgt ut de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere jeg mener er mest relevante i møte med pasientene jeg skriver om i denne oppgaven, og som jeg også opplever samsvarer godt med Kari Martinsens omsorgsbegrep: Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og integritet, retten til å ikke bli krenket eller utsatt for ulovlig og unødvendig tvang. Sykepleieren skal arbeide slik at hun fremmer helse og forebygger sykdom. Hun skal støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot. Hun skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Sykepleieren skal lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016).

3.7 Hva sier litteraturen om pasienters opplevelse av tvang?

For å belyse problemstillingen med flere perspektiver, er det viktig å få frem pasienterfaringer. Arnhild Lauveng er en norsk psykolog som i sin ungdom var innlagt ved psykiatrisk avdeling med diagnosen schizofreni. Hun beskriver i sin bok «*I morgen var jeg alltid en løve*» (2005) ulike gode situasjoner, ikke slik at de løste hennes problemer, men som ga henne bedre dager. Hun skriver at hun satte pris på ansatte som ønsket å dele følelsene sine med henne. Selv om de ikke kunne se hennes “ulver”, innrømmet de at hvis de hadde sett ulver, ville det skremt vettet av dem. Ved å spørre henne om hun følte redsel, hjelpeløshet, avmakt, sorg, fortvilelse og skam, viste personalet at de forstod. Dette er følelser alle kan forstå, og da kan vi møtes. Og når vi forstår hverandre, og møtes, da er vi forbi diagnosene og symptomene og kategoriene og begynner å være mennesker, som kan dele menneskelige følelser:

Når jeg så ulver, følte jeg meg liten og forsvarsløs og redd og ensom. Når jeg er liten og forsvarsløs og redd og ensom, ønsker jeg at noen ser hvordan jeg har det, er sammen med meg, viser interesse, og, om mulig, gir trygghet og litt omsorg! (Lauveng, 2005, s. 53).

Hva vet vi om hvordan det oppleves å være under mekanisk tvang? På bakgrunn av Lauvengs beskrivelser, antar jeg at tvang kan oppleves skremmende, ydmykende, vondt og

uverdig. Men kanskje kan det også kan oppleves trygt? Lauveng beskriver belteseng som en sterkt inngripende medisinsk prosedyre som av og til er nødvendig for å hindre personer i å skade seg selv eller andre. Og brukt riktig kan det oppleves trygt, og gir pasienten en pause fra å skade seg selv eller å miste kontrollen. Det kan oppleves mer nøytralt å bli holdt fast av remmer enn av mennesker. Hun beskriver at det opplevdes trygt å få en dyne eller et teppe over seg, da følte hun seg mindre blottlagt. Videre var det viktig for henne å kunne se den som satt vakt. At de kunne prate litt sammen, og at vakten sa til henne at hun hadde lov til å si fra hvis det var noe (Lauveng, 2005, s. 122-123).

Hvordan kan man kombinere tvang og respekt, omsorg og fysisk makt? Lauveng skriver at en rolig stemme, snille øyne, klare beskjeder, folk som spør først, og som bruker tvang etter at de først har prøvd å samarbeide, at pasienten opplever at det ikke brukes mer makt enn høyst nødvendig er viktig. Videre skriver hun at tvang kan være nødvendig, men at ydmykelse og vold er unødvendig. Tvang uten respekt og omtanke kan gjøre stor og varig skade. Selv opplevde hun å bli lagt i bakken av folk som hadde lært hvordan dette skal gjøres, og beskriver det som ubehagelig, men ikke vondt. Hun har også hatt svært vonde opplevelser opplevelser hvor hun ble dratt over dørterskler så hodet slo i gulvet, blitt presset mot betonggulv, fått kjørt knær inn i korsryggen og fått presset hodet ned i puter for at mangelen på luft skulle hindre henne i å gjøre motstand (Lauveng, 2005, s. 126).

I boka «*Fra Kaos mot samling, mestring og helhet*» av Liv Strand, er pasienter som har vært i psykotisk krise, spurt om hva som hjalp dem mest da de var psykotiske. Det er ikke spesifikt spurt om erfaringer fra belteseng, men jeg tar likevel med noen av disse meningene da jeg føler at de er representative: Det ble beskrevet som godt at personalet var engasjerte og tålmodige. En pasient sa at hun raskt merket hvem som hadde et ekte ønske om å hjelpe, og dem tydde hun til. Det var godt at noen satte grenser, og slik bidro til å en pause fra tankekjøret. Når pasienten merket at personalet viste sikkerhet når det gjaldt hvordan de skulle takle situasjonen, kunne hun slappe av. Når de var usikre, ble hun enda mer urolig og oppjaget. Det få støtte og bli passet på, å bli vist respekt for som et voksent menneske beskrives som godt (Strand, 1990, s. 130).

3.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et omfattende og stort tema, og jeg kan ikke i denne oppgaven gå i dybden på dette begrepet. Det finnes en lang rekke definisjoner av kommunikasjon. I denne sammenheng legger jeg Ullebergs forklaring til grunn for min forståelse av begrepet: Kommunikasjon handler om hvordan vi forstår virkeligheten, tolker gjenstander, fenomener, situasjoner og samspill. Vi tolker, avgrensner, tillegger mening, legger merke til og reagerer ut fra hvem vi er, og hva vi har lært. Virkeligheten ser dermed forskjellig ut fra person til person. Hvor mye vi enn anstrenger oss, er det umulig å melde seg ut av kommunikasjon med andre. All oppførsel vil bli tolket og forstått på bestemte måter av andre. Og når vi kommuniserer, forholder vi oss alltid til innholdet i samtalen så vel som til forholdet til den andre. Vi vurderer om vi er venner, om det er et ujevnt styrkeforhold mellom oss, om vi hjelper hverandre eller om vi utfordrer hverandre. Det å ha en relasjon er helt grunnleggende i kommunikasjonen. Forholdet oss imellom kan bestå av kjærlighet, hat, respekt, avhengighet, dominans og så videre (Ulleberg, 2004, s.18-23). Denne definisjonen mener jeg er god, særlig i møte med psykotiske pasienter som strever med sin virkelighetsoppfatning.

4. Mulige svar på min problemstilling

Her vil jeg oppsummere det jeg har lest og lært i de foregående kapitlene og komme med flere mulige svar på min problemstilling. Jeg trekker inn “Arne” som ble presentert innledningsvis, og tar for meg ulike sider av omsorgsbegrepet knyttet opp mot det vi har lært fra lovverk, pasienthistoriene og forskning/fagutvikling.

Jeg har valgt å knytte forskning, fagutvikling og pasientenes beskrivelse opp mot Martinsens omsorgsteori.

4.1 Omsorgen for den svake

Min problemstilling stiller spørsmål om hvordan vi som sykepleiere kan yte omsorg til pasienten i en situasjon der det brukes mekanisk tvang. I en slik situasjon er pasienten den svake part. Omsorgen for den svake vil innebære å ha respekt, engasjement og tålmodighet, evne til empati og forståelse. Pasienten må møtes som et likeverdig medmenneske. Målet er at pasienten skal gis innflytelse og valgmuligheter. Det er viktig å gi klare beskjeder og god informasjon (Helsedirektoratet, 2013). I våre yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren må formidle tillit, ro og trygghet og vurdere hvordan hun/han kan bruke nærhet/avstand i møte med pasienten (Berring, 2006). For å få til et godt samarbeid med pasienten, må sykepleieren være åpen, mottakelig og vise interesse for pasientens følelser, og la ham fortelle hvordan han har det, uansett hvor urealistisk og psykotisk det han forteller måtte være (Berring, 2006). En spørrende innstilling kan åpne for dialog (Martinsen, 2003, s.165).

Det kommer fram flere steder i pasienthistoriene og artiklene at gode kommunikasjonsferdigheter er viktig. Kommunikasjon handler om hvordan vi forstår virkeligheten, tolker gjenstander, fenomener, situasjoner og samspill (Ulleberg, 2004, s.19). Når jeg også vet at psykoser kjennetegnes av at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning (Snoek og Engedal, 2009, s. 69), skjønner jeg at kommunikasjonen

med den psykotiske pasienten ofte vil være utfordrende, og en helt sentral del av sykepleierens omsorg.

Lauveng skriver at hun satte pris på det når ansatte ønsket å dele følelser med henne. Ved å spørre henne om hun følte redsel, hjelpeløshet, avmakt, sorg, fortvilelse eller skam, viser personalet at de forstår. Med en følelse av de ansatte forstår og møter henne, oppstår det en likeverdighet; de er begge mennesker som kan dele menneskelige følelser.

Videre nevner hun en rolig stemme, snille øyne, klare beskjeder, folk som spør først, og som bruker tvang etter at de først har prøvd å samarbeide, slik at pasienten opplever at det ikke brukes mer makt enn høyst nødvendig. (Lauveng, 2005, s. 126). Andre ting som nevnes er engasjement og tålmodighet, et ekte ønske om å hjelpe, å bli snakket til som en voksen (Strand, 1990, s. 130).

I en forskningsartikkel nevnes det å bruke ro og et høflig språk (Berring, 2006), at pasienten er i sentrum for sykepleierens oppmerksomhet og på denne måten får en imøtekommende, tillitsskapende og respektfull mottakelse av en sykepleier som lytter til pasientens opplevelse. Behovet for mer dialog mellom pasient og ansatte kan gi de ansatte mer forståelse for pasienters følelser og informasjonsbehov knyttet til tvangstiltaket (Landeweer, Abma og Widdershoven, 2010 og Olofsson og Norberg 2001). I avdelingen på A-hus har de i tillegg til den praktiske treningen også teoretisk opplæring i konflikthåndtering, om kommunikasjon og om makt/avmakt (Sykepleien 2017).

Martinsen peker på at relasjoner er sentrale i et kollektivistisk menneskesyn hvor menneske er en del av et fellesskap. Menneskene er både avhengige og ansvarlige for hverandre. I et kollektivistisk samfunn innebærer dette at individet alltid står i en større sammenheng og at båndene mellom individene er sterke. At båndene er sterke behøver ikke bety at relasjonene mellom individene er gode. En sterk relasjon mellom individer i en gruppe kan også bety stor grad av sosial kontroll. Selv om vi i den vestlige kultur har beveget oss mer mot et individualistisk samfunn, er den ideologiske forutsetningen fortsatt at vi som samfunn tar vare på de som av en eller annen grunn faller utenfor. Vi har et kollektivistisk menneskesyn (Martinsen, 2003, s.90).

Det er usikkert hvor sterk relasjon Arne har til menneskene i sitt nabolag. Kan hende han er plassert der fordi det akkurat der finnes en kommunal bolig. Han har ikke vokst opp der og

har kanskje heller ingen nær familie der. Sykepleiere i psykisk helsevern møter ofte mennesker som ikke har noen opplevelse av å tilhøre disse fellesskapene som er viktige i vårt samfunn og som gir individet en opplevelse av tilhørighet og anerkjennelse. Jeg tror at opplevd utenforskap kan forsterke voldelig og asosial atferd. Ved å anerkjenne pasientens opplevelse av avmakt og angst og tilby en relasjon kan sykepleieren komme i posisjon til å samarbeide også i en belteleggingssituasjon. Sykepleierens evne til å komme i kontakt med pasienten blir viktig for å kunne gi omsorg til den lidende pasienten.

I denne sammenheng kommer det moderlige og det faderlige prinsipp inn. Det moderlige i form av at sykepleieren er til stede, fysisk og med sin fulle oppmerksomhet. Med empati, fysisk omsorg og ved at hun tåler å ta i mot det pasienten sier (Containing-function). Men også med det faderlige prinsipp når det går mot avslutning av tvangstiltaket. Jeg tenker her for eksempel på å stille krav og forventninger til pasientens adferd når beltene er av (Strand, 1990, s.77). Dette nevnes også i artikkelen *Omsorg under tvang*. Den åpne kommunikasjonen kan innebære og utfordre pasienten, sette grenser, men også å respektere pasientens ønske om å være i fred eller ønske om å beslutte på egen hånd (Lørem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014).

4.2 Praktisk omsorg

Martinsen sier at i den praktiske omsorgen er det viktig å prøve å forstå og anerkjenne den lidendes situasjon. Det er lett å forestille seg at dialogen med den psykotiske pasienten underlagt tvang er utfordrende og at dette derfor stiller store krav til sykepleierens evne til å forstå pasientens behov. Også her blir det viktig å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Martinsen, 2003, s.14-81).

Helt konkret må sykepleieren være tilstede i tråd med lovverket. Tilstedeværelsen innebærer at pasienten er i sentrum for sykepleierens oppmerksomhet. Det foretas og journalføres observasjoner av pasientens lydnivå, kroppsspråk og reaksjoner samt vitale tegn (respirasjon, bevissthet og sirkulasjon). I tillegg skal sykepleieren sørge for at pasienten får dekket grunnleggende behov for eliminasjon, ernæring og væske, samt forebygge kvelning. Det kan tilbys teppe eller dyne, både for å sørge for at pasienten er passe varm, men også for å skape trygghet og verdighet samt hindre at pasienten føler seg blottlagt (Psykisk helsevernloven 1999, lovens forskrift §26). Sykepleier må ha fokus på å ivareta pasientens grunnleggende

behov. Beltene må ikke være så stramme at blodsirkulasjonen hindres, men samtidig ikke så løse at pasienten kan få sår ved å bevege seg i beltene. Dette kan ivaretas ved å sørge for at det er plass til to fingre mellom hvert belte og pasientens kroppsdel. For å forebygge blodpropp, kan en og en kroppsdel løsnes fra belte, slik at pasienten kan bevege denne innimellom. Sykepleier må følge med på hudfarge og hudtemperatur for å observere tegn på sirkulasjonsforstyrrelser.

Dersom pasienten må på toalettet, skal det i henhold til Sykehuset Innlandets rutiner ikke brukes bekken eller urinflaske. Transportbelter skal benyttes dersom pasienten må på toalettet i løpet av belteleggingen. Mat og drikke skal ikke være varm, for å forebygge brannskader på pasient og personale (Sykehuset Innlandet HF, 2015). Sykepleier har også et særlig ansvar for å ivareta pasient med tilleggslidelser; det kan f.eks. være diabetes, hjerte-karlidelser, proteser osv.

Sykepleier har ansvar for å ivareta Arnes rett til å ha en vakt hos seg så lenge han ligger i belteseng. Noen ganger ønsker han at vakten sitter i samme rom, andre ganger utenfor rommet med åpen dør og øyekontakt. Han tilbys teppe til å ha over seg, og sykepleieren snakker rolig og vennlig til ham. Etter en tid i beltesengen resignerer Arne og da sovner han gjerne. Sykepleieren foretar de nødvendige observasjoner og er tilstede helt og fullt for å ivareta Arne.

4.3 Unngå å umyndiggjøre pasienten

Gjennom det å forstå og anerkjenne den lidende pasienten, hans begrensninger og ressurser, kan sykepleier unngå å umyndiggjøre pasienten. Lauveng skriver at selv om de ansatte ikke kunne se hennes ulver, kunne de anerkjenne hennes redsel, og således komme henne i møte (Lauveng, 2005, s. 53). I dette møtet blir begge parter *mennesker*; ikke bare *kasus* og *ansatt*. I artikkelen fra Nederland, beskrives det hvordan det gjennom brukermedvirkning, aktiviteter, færre regler og det å gi mer kontroll til pasienten, ble en endring fra sykepleierrollen fra vokter til pasientens samarbeidspartner og behovet for tvangstiltak ble redusert (Landeweer, Abma og Widdershoven, 2010).

God kunnskap om og respekt for lovverket er her helt sentralt. Bruken av tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige og gjennomføres på en måte som ivaretar den enkeltes

rettigheter, sikkerhet og integritet, jf. Psykisk helsevernloven §42. Målet er å hindre skade, gi tilgang til adekvat behandling og bidra til at den enkelte gjenvinner kontroll over eget liv. Virkemiddel og intensitet må være rimelig og forsvarlig sett i forhold til den konkrete situasjonen og det må vurderes mulige fysiske og psykiske skadevirkninger samt hvordan disse best kan forebygges (Psykisk helsevernloven, 1999).

Det å ha som mål at tiden i belteseng skal være så kort som mulig, skal være et mål for omsorgen. Dette er i tråd med lovverket, hvor det står at bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig (Psykisk helsevernloven, 1999, lovens forskrift §26). Samtidig må det vurderes om Arne faktisk er klar for avslutning av tiltaket, slik at vi unngår å løsne for tidlig, og risikere en ny situasjon hvor det blir vurdering av om det må fattes nytt vedtak om tvang.

Sykepleier må være bevisst de holdninger og handlinger som formidles og utøves. Det må gis valgmuligheter innenfor det som er mulig blant annet ved å tilby teppe, om pasienten ønsker en samtale, om pasienten vil at sykepleieren skal snakke eller være stille, oppfordre pasienten til å si fra om det er noe han ønsker eller har behov for. Når Arne våkner etter å ha sovet en stund i beltesengen, er han er roligere. Han slipper gradvis og diagonalt ut av beltene. I henhold til rutinen til Sykehuset Innlandet, løsnes gjerne høyre bein og venstre arm først (omvendt om pasienten er venstrehendt). Dette fordi han ikke skal ha mulighet til å volde stor skade i tilfelle han likevel skulle vise seg å være aggressiv. Tilslutt løses resten av beltene (Sykehuset Innlandet HF, 2015).

4.4 Den moralske siden av omsorg - hvordan bruker sykepleieren makt

«Moral er måten vi møter pasienten på, hvordan vi er til stede i situasjonen med pasienten, i handling og i dokumentasjon» (Austgard, 2010, s. 22).

I følge Aadland er etikk en systematisk refleksjon over moralsk adferd som en "moralteori". Moral er derimot oppfattelsen av hva som er rett og galt, knyttet til egne eller andres handlinger (Aadland, 1988).

I følge Martinsen har moralen to ansikter; ett som ofte blir brukt til å rettferdiggjøre maktutøvelse og undertrykking, og ett som er et vern for de svake, da som et uttrykk for en moralsk ansvarlig maktutøvelse (Martinsen, 2003, s.48).

Det er viktig å sørge for at maktutøvelsen i form av tvangsbruk ikke er unødvendig eller har form av straff (Strand, 1990, s.19). Sykepleier må være bevisst hva hun kommuniserer, gjennom ord og gjennom holdninger og handlinger. Artikkelen fra Nederland beskriver at staben evaluerer hvert enkelt tilfelle av tvang og stiller seg spørsmålet; hva kunne vi gjort annerledes for å unngå tvang i dette tilfellet? (Landeweer, Abma og Widdershoven, 2010). Dette vurderer jeg vil øke sykepleierne bevissthet om sin rolle i å forebygge aggresjon, vold og dermed maktbruk.

Sykepleier har gjennom de yrkesetiske retningslinjene plikt til å ivareta pasientens verdighet og integritet og retten til ikke å bli krenket eller utsatt for ulovlig og unødvendig tvang. Sykepleieren skal fremme helse og forebygger sykdom, støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Martinsen skriver om at det å være avhengig og å ikke klare seg selv i vår kultur er forbundet med negative holdninger. Med avhengighet forstår vi å ikke være selvhjulpen.

Avhengigheten fører til mangel på respekt fra andre og til at den som er avhengig av andres hjelp får lav selvrespekt (Martinsen, 2003, s.43). Dette blir det viktig at sykepleieren er oppmerksom på i møte med pasienten som ligger i belteseng, og dermed er avhengig av sykepleieren.

I eksempelet med Arne, kommer det frem at avdelingen kjenner ham fra tidligere innleggelse. Ut fra disse erfaringene er det bestemt at han av hensyn til seg selv og personalets sikkerhet, så må det brukes mekaniske tvang i form av belteseng ved innleggelse. Jeg mener at her er det viktig at avdelingen evaluerer hver eneste gang Arne blir lagt i belteseng og at det stilles spørsmål om det var noe som kunne vært gjort eller gjort annerledes for å forebygge tvangstiltaket. Det er her viktig at bruk av tvang ikke blitt normen og at holdningen er at dette er tiltak som skal unngås så langt som mulig ved å bygge relasjon med pasienten og forebygge farlige situasjoner.

4.5 Den personorienterte profesjonelle

Martinsen (2003) er opptatt av at den personorienterte profesjonelle møter pasienten med teoretisk innsikt, faglig erfaring, fantasi og kreativitet. Det er viktig at sykepleieren har god kunnskap om psykisk helsevern og om lovverket som regulerer tjenesten. Videre er det viktig at ansatte har kunnskap og trening i beltelegging, og opprettholder dette gjennom regelmessig trening. Slik kan belteleggingen skje så skånsomt som mulig. Sykepleieren må

stadig jobbe for å utvikle seg og miljøet. Martinsen er tydelig på at det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, involvert og å vise følelser (Austgard, 2010 s. 20-21).

I forskningsartikkelen fra Sverige fortalte pasientene at de savnet mer menneskelig kontakt med de ansatte (Olofsson og Norberg, 2001). I to av artiklene beskrives tiltak som jeg mener kan bidra til at de ansatte tør å møte pasientens følelser: Tvangsbruk bør etterfølges av dialog slik at alle involverte parter kan lære av hendelsen. Dialogen må være åpen, slik at alle synspunkter og oppfatninger kommuniseres, begrunnes og respekteres. Det må finnes en balanse mellom å utfordre pasienten og sette grenser, men også respektere pasientens ønske om å være i fred eller bestemme selv. Da betyr omsorg at pasienten blir anerkjent og respektert som person, at han får innflytelse over egen situasjon, og opplever innlevelse og forståelse fra personalet. Beroligende samtale, gjensidig tillit, ikke-konfronterende holdninger og det å ta seg tid, nevnes som betydningsfullt. Under innleggelse er sykepleierne i Berrings artikkel opptatt av å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og lar ham/henne fortelle sin versjon av saken, uansett hvor urealistisk og psykotisk den er. Det vil ha stor betydning for hvordan sykepleieren senere kan samhandle med pasienten (Berring, 2006). Lauveng beskriver også hvordan det at sykepleier anerkjenner hennes følelser, gir henne en opplevelse av at den ansatte kom henne i møte (Lauveng, 2005, s. 53).

Sykepleier må samarbeide med pårørende, politi og ambulant team (Landeweer, Abma og Widdershoven 2010). I caset kommer Arne til avdelingen fulgt av politi med håndjern på. Hvordan politiet behandler pasienten vil gi ringvirkninger og påvirke sykepleierens samarbeid med pasienten. Sykepleieren må også være klar over de strukturer i samfunnet som begrenser hennes mulighet til å yte god omsorg. Hun er etisk forpliktet til å formidle sin kunnskap og å se i sin tverrfaglige rolle i lys av ny forskning på dette feltet.

Brukerorganisasjoner og brukere blir stadig viktigere bidragsytere til ny forskning. Også samarbeid med pårørende er viktig, uten at jeg kommer nærmere inn på dette i denne oppgaven. Arne har nesten ukentlige akuttinnleggelser. Kan det samarbeides med den kommunale omsorgstjenesten? De kjenner ham over tid, også de periodene han ikke er psykotisk og i krise.

Fra litteraturen vil jeg trekke fram tre eksempler på hvordan man kan jobbe for å stadig øke sykepleiernes teoretiske innsikt og faglig erfaring.

Den danske artikkelen tar for seg hvordan det gjennom passiv observasjon og intervju av sykepleiere som mottok tvangsinnlagte kom fram at sykepleierne anvender taus kunnskap og i liten grad setter ord på de strategiene de bruker. Forskeren så klart hvordan sykepleierne forberedte seg til å møte den potensielt voldelige pasient, hvordan hun/han vurderte nærhet og avstand til pasienten, bruker ro og et høflig språk, hørsel, syns- og følesans, observerer pasientens lydnivå, kroppsspråk og reaksjoner. Det at forskning kan hjelpe til å sette ord på sykepleierens tause kunnskap og gi sykepleiere et faglig vokabular som beskriver hvordan de håndterer voldelige og truende pasienter, åpner mulighet for å kunne diskutere og videreutvikle sykepleiefaget (Berring, 2006).

Den nederlandske artikkelen beskriver hvordan det gjennom opplæring og jevnlig møter for å evaluere hvert eneste tilfelle av tvangsbruk, viste seg at sykepleierne utviklet en dypere forståelse av hvordan de så på sin egen rolle, hvordan de ville ha relasjonen til pasienter og kollegaer, og hva de så på som kjerneverdier i et team av sykepleiere i psykisk helsevern (Landeweer, Abma og Widdershoven, 2010). Også i den norske forskningsartikkelen konkluderes det med at tvangsbruk må følges av dialog/debrief slik at alle involverte parter kan lære av hendelsen (Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang, 2014).

I artikkelen fra avdeling for spesialpsykiatri ved Ahus ser vi hvordan personalet regelmessig trener på å håndtere vold. Hensikten er å skape et tryggere miljø ved at alle ansatte har felles teknikk og forståelse. Nye ansatte kurses i forsvars- og håndteringsteknikker samt i å forebygge vold. Alle ansatte trener systematisk og regelmessig. Det er teoretisk opplæring i konflikthåndtering, om kommunikasjon og om makt/avmakt. Praktisk trener de på frigjøringsteknikker, beskyttelse mot vold, beltelegging, automatisering av teknikkene, samt på overgangen mellom de ulike grepene. Ledelsen stiller krav til deltakelse og kvalitet, og har lagt til rette for trening og opplæring (Sykepleien, 2017).

4.6 Konklusjon

For sykepleiere representerer bruk av tvang flere ulike og samtidig overlappende aspekt; faglige, moralske, etiske og juridiske. De refleksjoner og vurderinger, handlinger og holdninger vi gjør ut fra våre teoretiske og praktiske kunnskaper og erfaringer er avgjørende for å kunne løse problemer som oppstår. Å yte omsorg til pasienter under beltelegging, innebærer at vi som sykepleiere må ivareta pasientens interesser; juridisk, i form av praktisk

og fysisk omsorg, ved å ivareta hans/hennes verdighet og unngå umyndiggjøring, samt ved å utøve empati og respekt. Dette betyr at det er en lang rekke svar på min problemstilling. Til sammen vil de kunne bidra til at tvang kan gjennomføres med minst mulig negative virkninger, i øyeblikket og på lengre sikt.

5. Avslutning

Gjennom å skrive denne oppgaven har jeg blitt mer bevisst på hvordan jeg utøver sykepleie til pasienter i belteseng. Jeg opplever at jeg har funnet en lang rekke svar på min problemstilling. Det er et stort spekter, fra strukturelle tiltak til de helt konkrete praktiske gjøremål. Dette også i tråd med det vide omsorgsbegrepet til Kari Martinsen.

Jeg har lært mye om psykisk helsevern og lovverket som regulerer dette arbeidet, om psykose og om bruk av tvangstiltaket beltelegging. I tillegg har jeg blitt mer bevisst på hva omsorg innebærer og lært hvilke tiltak sykepleieren kan benytte seg av for å lindre pasientens negative opplevelser i en situasjon der det brukes mekanisk tvang. Det står klart for meg at sykepleieren med sin kunnskap og menneskelige nærvær, med sine praktiske handlinger og sin solidaritet med pasienten kan yte omsorg som kan bidra til å redusere pasientens negative opplevelse av tvangstiltaket. Det har vært interessant å lese forskningsartikler om temaet, og se på den faglige utviklingen som skjer på dette området.

Litteraturen jeg har funnet har gitt meg innsikt og kunnskap som vil komme til nytte om jeg velger å arbeide innen psykisk helsevern. Deretter vil praktisk erfaring og trening gi meg videre kompetanse på dette området. Håpet mitt er å kunne jobbe i en kultur hvor tvang ikke blir sett på som normal praksis, men heller bli sett på som et tiltak som skal unngås så langt som mulig ved å bygge relasjon med pasientene og forebygge farlige situasjoner.

Litteraturliste

- *Aadland, E. (1988). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Gjøvik: Det Norske Samlaget.
- *Aarseth, H. P. (2000). Helsinkideklarasjon i ny utgave. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/2000/10/foreningen/helsinkideklarasjonen-i-ny-utgave>
- *Austgard, Kitt (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: J.W Cappelens Forlag. (154 sider).
- *Berring, L. L: *Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter*. Klinisk sygepleie 3/2006. Lokalisert på: https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/klinisk_sygepleje/2006/03/sygeplejestrategier_i_moedet_med_voldelige_og_truende_psykia
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *De nasjonale forskningsetiske komiteene, sist oppdatert 150110, *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Lokalisert på <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- FN-sambandet, 1948, *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Lokalisert på: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- *Forsberg, C. og Wengstrøm, Y.(2003). *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentatio värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur.
- *Halvorsen, K. (2008). En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. *Å forske på samfunnet*. Oslo: Cappelen.
- *Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.9). Oslo: Akribe.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). (2006). *Grunnleggende sykepleie - bind 4*. Teoretiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Landeweer, E.G.M. Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. *The Essence of Psychiatric Nursing Redefining Nurses' Identity Through Moral Dialogue About Reducing the Use of Coercion and Restraint*, 2010. Lokalisert på: https://www.researchgate.net/publication/47742791_The_Essence_of_Psychiatric_Nursing_Redefining_Nurses%27_Identity_Through_Moral_Dialogue_About_Reducing_the_Use_of_Coercion_and_Restraint

*Lauveng, Arnhild (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen. (199 sider).

*Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. E. A. (2014). Tidsskrift for psykisk helsearbeid, *Omsorg under tvang*. Lokalisert på: https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_-_en_narrativ_stude_avi_pasienters_forte

*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) LOV-1999-07-02-62. Lokalisert på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62_26.Gjennomforing_av_bruk_av_tvangsmidler

*Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64, lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

*Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>

*Martinsen, K. (2003): *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo, Tano Aschehoug (s.38).

*Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo, Tano. (s.90).

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 14-81).

*Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). s. 17-54. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. (2016).

* Norsk Sykepleierforbund, 2016. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

*Olofsson, B. og Norberg, A. *Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. 2001. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x/full>
<https://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no%2Fdoi%2F10.1046%2Fj.1365-2648.2001.01641.x%2Ffull>

*Snoek, J.E. & Engedal, K. (2009) *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3. utg. Oslo, Akribe.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

*Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern, administrative rutiner, *Beltelegging - retningslinje for forsvarlig beltelegging*, 2015.

*Sykepleien 2017. *Tar kvelertak på hverandre en gang i uka*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/2017/01/tar-kvelertak-pa-hverandre-en-gang-i-uka>

*Ulleberg, I. (2004) *Kommunikasjon og veiledning*. Oslo, Universitetsforlaget, s.18-23.

Åsebø, S., Grevi Normann, M. & Nymo, J. (2016, 24. april). *Vet ikke hvor mange som legges i belter*. Verdens Gang. Lokalisert på <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/vet-ikke-hvor-mange-som-legges-i-belter/a/23665230/>