



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Tvang i psykiatrien**

**Gøran Askegård**

Totalt antall sider inkludert forside: 39

Molde, 18.04.12



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.                                                                                     | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.                                                                                     | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.                                                                                     | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.                                                                                     | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.                                                                                     | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.                                                                                     | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |

# Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder: Kjell Erik Tveten

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.04.12

Ord: 8419

## *Forord*

*”Men all hjælpekunst begynder med ydmykelse. Hjælperen må først ydmyke sig under den han vil hjælpe, og derved forstå, at det å hjælpe ikke er det å beherske men det å tjene- at det å hjælpe ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste.”*

*Søren Kierkegaard*

## **Sammendrag**

Det å redusere bruk av tvang innen akuttpsykiatrien i Norge har i den senere tid fanget medias interesse og således ført til økt fokus på området. Denne oppgaven har til hensikt å kaste lys over terapeutiske intervensjoner, som alle har som målsetning å redusere tvangsbruken gjennom å kvele den utløsende aggresjonen på et tidligst mulig tidspunkt. Dette gjøres gjennom tiltak som alliansebygging, kognitivterapi, miljøterapi, prediksjon og deeskalering.

Funn i oppgaven tilsier at det hos ansatte i helsesektoren ofte skorter på evnen til å foreta etisk riktige valg i forhold til om, når og hvordan en skal intervensjon ovenfor aggressive pasienter. Manglende kunnskaper om det å skape et gjensidig tillitsforhold ovenfor denne pasientgruppen er også tydelig. For å redusere denne trenden trengs økt innsikt og kompetanse innen alliansebygging og deeskaleringsprinsipper.

Nøkkelord: Tvang, Psykiatri, aggresjon, alliansebygging, deeskalering, etikk.

## Innholdsfortegnelse

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....                       | <b>7</b>  |
| <b>2.0 Teoretisk referanseramme</b> .....         | <b>8</b>  |
| 2.1 Bruk av tvang i psykiatrien .....             | 8         |
| 2.1.1 Tvangsparagrafer.....                       | 9         |
| 2.2 Etske sider ved tvangsbruk. ....              | 9         |
| 2.3 Alliansebygging .....                         | 10        |
| 2.4 Det kognitive perspektiv .....                | 10        |
| 2.5 Miljøterapi for aggressive pasienter.....     | 13        |
| 2.6 Early Recognition Method (ERM).....           | 14        |
| 2.7 Deeskalering som virkemiddel.....             | 15        |
| 2.7.1 Kommunikasjon .....                         | 16        |
| 2.7.2 Holdning og atferdssirkelen. ....           | 16        |
| 2.7.3 Vinn – tap ligningen.....                   | 17        |
| <b>3.0 Presentasjon av case</b> .....             | <b>17</b> |
| <b>4.0 Drøfting av teoretisk materiale</b> .....  | <b>19</b> |
| 4.1 Alliansebygging .....                         | 19        |
| 4.2 Den kognitive tilnærmingen.....               | 20        |
| 4.3 Miljøterapi til aggressive pasienter. ....    | 21        |
| 4.4 Early Recognition Method ERM .....            | 23        |
| 4.5 Deeskalering.....                             | 24        |
| 4.6 Etske dilemma.....                            | 27        |
| <b>5.0 Avsluttende konklusjon</b> .....           | <b>28</b> |
| <b>6.0 Litteraturliste</b> .....                  | <b>29</b> |
| <b>Vedlegg: Early Reaction Method (ERM)</b> ..... | <b>30</b> |

## 1.0 Innledning

Psykisk helsevern har de senere årene blitt rammet av budsjett innstramninger på lik linje med de øvrige helsetjenestene som tilbys her i landet. Dette har medført færre sengeplasser ved de psykiatriske døgnavdelinger, noe som igjen har resultert i økt press på de resterende plassene uten noen tilførsel av ekstra personale. Denne virkeligheten har blitt tvunget igjennom i ulike helseforetak, samtidig som presset for å redusere bruken av tvang ovenfor de tvangsinnlagte psykiatriske pasientene ved de akuttpsykiatriske postene i landet har økt. Temaet tvang i psykiatrien er noe jeg gjennom mitt yrke som sykepleier ved en psykiatrisk akuttpost ofte må ta stilling til og har reflektert over. Etter å ha jobbet 11 år innen akuttpsykiatrien har jeg både erfart og hørt et utvalg av historier som har resultert i bruk av tvang mot de innlagte pasientene. Det jeg automatisk reflekterer over i slike tilfeller er om det var noe en kunne gjort annerledes, om bruken av tvang virkelig var nødvendig. Når en psykiatrisk sykepleier skal gi terapeutisk pleie og omsorg bør valg av tvangstiltak være absolutt siste løsning. Handlingsvalget bør være basert på at pasienten skal få oppleve størst mulig grad av velvære i situasjonen. Jeg ønsker i denne oppgaven å redegjøre for de forebyggende tiltakene en kan benytte seg av for å redusere bruken av tvang, og kaste lys over de utfordringer disse vil by på for oss som psykiatriske sykepleiere. Jeg har valgt følgende problemstilling:

*”Hvordan kan jeg som psykiatrisk sykepleier ved en akuttpsykiatrisk enhet ved bruk av kognitiv terapi og andre kommunikasjonsstrategier begrense tvangsutøvelse mot pasienter med aggresjonsproblematikk og psykoselidelse?”*

Målgruppen i denne fordypningsoppgaven er myndige tvangsinnlagte pasienter med psykose diagnose på akuttpost ved psykiatrisk sykehus, altså de over 18 år som kommer under tvangsparagrafene § 3.2 eller § 3.3 som utdypes senere i oppgaven.

Problemstillingen omfatter ikke mennesker som er umyndiggjort. Det etiske dilemmaet i denne problemstillingen omhandler at psykiatrisk sykepleieren enten går til det skritt å iverksette tvangstiltak, eller forsøker andre tilnæringsmetoder for å komme fram til en løsning. For eksempel hvis pasientens valg kan medføre skade på seg selv eller andre. Det handler om omsorgens dilemma som enten kan resultere i overgrep eller ettergivenhet.

**Definisjon aggresjon:** *atferd innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ(Bjørkly 1997, 7).*

**Definisjon psykose:** *psykisk tilstand hvor man ikke klarer å skille mellom fantasi og virkelighet(Berge og Repål 2010, 270).*

**Definisjon tvang:** *en samling intervensjoner som er brukt for å kontrollere pasient atferd som blir oppfattet av personalet som voldelig, eller atferd som kan utvikle seg til å bli voldelig(Richter og Whittington 2006, 150).*

Det empiriske grunnlaget for denne oppgaven hentes fra de erfaringer jeg har opparbeidet meg ved min arbeidsplass, en psykiatrisk akuttpost. Som teoretisk referanseramme for denne oppgaven har jeg valgt det kognitive perspektivet, jeg vil gjennom dette forsøke å belyse oppgavens problemstilling. Grunnlaget for valget av nettopp denne retningen er at den kan sees på som en problem løsende læringsprosess hvor en kombinerer kognitive og atferdsterapeutiske teknikker. Pasient og psykiatrisk sykepleier forsøker her sammen å kartlegge hvordan pasienten tenker om og tolker forskjellige hendelser. Videre vil jeg benytte meg av teoretisk materiale jeg har innhentet gjennom litteratursøk og et pågående forskningsprosjekt ved min arbeidsplass kalt ”TMK”, Terapeutisk Mestring av Konflikt. Dette er et prosjekt hvor jeg innehar en instruktørrolle, og som er et samarbeid med mental helse. Sentralt i denne studien står deeskalering ved agitasjon som jeg senere vil presentere sentrale teoretiske virkemidler for. I denne studien vil jeg også presentere generell teori om etikk og alliansebygging samt tvang og tvangsbruk i henhold til lov om tvungen psykisk helsevern. Miljøterapi for aggressive pasienter presenteres også. Mot slutten vil jeg presentere prediksjonsskjemaet ”Early Recognition Method”, dette virkemidlet er hentet fra Kompetansesenteret for sikkerhets-, Fængsels, og rettspsykiatri for helseregion Sør – Øst. Denne skisserte teorien vil jeg drøfte opp mot min presenterte problemstilling, for deretter å trekke en konklusjon ut av de fremsatte funn.

## **2.0 Teoretisk referanseramme**

I dette kapitlet vil jeg utdype den teorien jeg har valgt å bruke.

### **2.1 Bruk av tvang i psykiatrien**

De former for tvang som gjennomføres i Norge er ifølge Sosial og helsedirektoratet (2006) mekaniske tvangsmidler(belter og reimer), korttidsvirkende legemidler(enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt) og skjerming(pasient holdes helt eller delvis skjermet fra resten av pasientene). Bruk av tvang i psykiatrien reiser etiske problemstillinger som er unike i helsevesenet. Kombinasjonen av påtvunget kontroll og potensiell fare for den kontrollerte pasienten skaper ofte ukomfortable



dilemmaer for personalet (Richter og Whittington 2006). Personer som legges inn og behandles mot sin vilje befinner seg i en sårbar tilstand. Det å være underlagt tvungen behandling medfører en følelse av avmakt hos pasienten. Det ligger der et stort ansvar for psykisk helsevern i å redusere denne avmaktsfølelsen og beskytte pasienten i størst mulig grad mot overgrep. Det å føle avmakt har også en nær sammenheng med følelser som frykt og aggresjon. Personalets måte å utøve sin makt på er av sentral betydning for pasientens opplevelse av tvangen (Sosial og helsedirektoratet 2006).

### **2.1.1 Tvangsparagrafer**

Ifølge § 3-2 i psykisk helsevernlov kan tvungen observasjon benyttes på bakgrunn av legeundersøkelse dersom frivillig psykisk helsevern har blitt forsøkt tidligere, pasienten er undersøkt av to leger hvorav en uavhengig, det er sannsynlig at pasienten fyller vilkårene i henhold til § 3-3.

Ifølge § 3-3 i psykisk helsevernlov kan tvungent psykisk helsevern anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom det ansees som nødvendig for å hindre at vedkommende:

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

Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (<http://www.lovdatab.no>).

## **2.2 Etiske sider ved tvangsbruk.**

Etikk er ifølge Jan Kåre Hummelvoll (2004) en systematisk analyse og vurdering av moralske normer og en refleksjon over hvilken funksjon de har i menneskelige handlinger. Begrepet betegner et systematisk forsøk på bearbeidelse og bevisstgjøring av grunnleggende prinsipper og vurderinger. Dette ligger til grunn for en person eller gruppe sine handlinger i en konkret situasjon. Det etiske begrep gjør seg gjeldene i arbeidslivet gjennom yrkesetikk. Yrkes etikk kan sees på som en sammenfatning av plikt-, konsekvens- og sinnelagsetikk. I en helsefaglig sammenheng kan dette kort sammenfattes til at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for menneskets liv og verdighet. Det er videre viktig i følge forfatteren at sykepleien skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Hummelvoll 2004).

I følge fagartikkelen ”Menneskerettigheter i psykisk helsevern av Husum og Hjort (2009) kan bruk av tvang og restriksjoner ovenfor psykiatriske pasienter være i strid med menneskerettighetene. Europarådets menneskerettskonvensjon som står over Norgeslover befester prinsippet om menneskets absolutte og universelle ukrenkelighet. Alle mennesker har rett til beskyttelse mot overgrep og uverdigg behandling. Bruk av mekaniske tvangsmidler som belteseng utgjør i følge forfatterne en fare for brudd på menneskerettighetene, dette da enkelte pasienter presenterer minner om overgrepserfaringer, det en kan kalle en retraumatisering. De sier videre at studier har vist at bruk av belter har ført til fysiske, psykiske skader og dødsfall (Husum og Hjort 2009).

### **2.3 Alliansebygging**

I følge Berge og Repål (2010) er alliansebygging en grunnpilar i det å få til et samarbeid med mennesker med psykotiske lidelser. Denne prosessen tar gjerne lang tid, og kan strekke seg over uker. Denne tilliten er en nødvendighet for at en systematisk kognitiv tilnærming skal kunne finne sted, dette fordi aktivt samarbeid er et bærende element i terapien. Forfatterne hevder at pasienter i den akutte fasen ofte er lite tilgjengelig for samtalebehandling, da en psykotisk opplevelse er overveldende og pasienten finner kanskje psykiatrisk sykepleier som en trussel. I etableringsfasen er det viktig med regelmessig kontakt, og vi må redegjøre for våre hensikter for å sikre at pasienten deltar i behandlingen. Manglende erfaringer med psykotiske opplevelser kan fra vår side gjøre det vanskelig å leve seg inn i pasientens situasjon, psykiatrisk sykepleier kan derfor stå i fare for å bli oppfattet som lite empatisk i sin tilnærming. På den andre side kan pasienten inneha oppfatninger eller holdninger mot oss som gjør det vanskeligere for de å åpne seg. Dårlige relasjoner til andre mennesker generelt kan også være iboende problemer for pasienten, dette og det å oppleve samvær som vanskelig kan gjøre de ekstra overfølsom på tegn på avvisning. I følge forfatteren står derfor vektlegging av relasjon og pasientens opplevelse av denne sentralt. Forut for at psykiatrisk sykepleier begynner terapeutisk intervensjon er det viktig at pasient har forstått begrunnelsen for den kognitive tilnærmingen (Berge og Repål 2010).

### **2.4 Det kognitive perspektiv**

Ifølge Berge og Repål (2010) er ”kognisjon” er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, det vil si hvordan en tenker på, forestiller seg eller minnes en

bestemt hendelse. Målsetningen for den kognitive terapien ligger i det å styrke klientens ferdigheter for å bidra til å identifisere selvdestruktive sirkler. Pasienten gjøres i terapien oppmerksom på den virkning angstfremkallende og pessimistiske tankemønstre har. Psykiatrisk sykepleier og pasient ser i lys av dette på mulige alternative tenke og handlingsmåter.

Forfatterne hevder at på tross av at rollene er forskjellige, bygger dette på et gjensidig samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier og pasient som har som målsetning at pasientens problemer slik de framstår i hans hverdag skal fram i lyset. Denne terapiformen handler kort sagt om samarbeid, problemløsning og endring i tanke og handlemåter. Denne prosessen kan i følge forfatteren deles opp i tre deler:

- Allianse (trygghet og tillit).
- Innsikt (kartlegging av problemer, tankemønstre og følelser).
- Endring (problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tenkemåter).

Negative automatiske tanker er noe som ifølge Berge og Repål (2010) ofte trer frem i dette perspektivet, dette representerer fra pasientens side en overvurdering av muligheten for en fryktet hendelse. Undervurderinger av egne mestringsevner og andres evne til å vise forståelse eller yte bistand er eksempler på denne typen tankegang. Denne tankegangen kan angripes gjennom samarbeid bygd på sokratiske dialog, målsetningen er å styrke pasientens tro og evne til å løse aktuelle problemer. Sentralt i den kognitive terapiformen står ABC modellen, kognitiv terapi er en øvelse i å se på tankene og ikke bare fra dem eller gjennom dem. For å endre negative tankemønstre er det ofte nødvendig med systematisk arbeid. Denne jobben kan ta utgangspunkt i en modell som inneholder følgende punkter:

- A** Hendelsen
- B** Tanker omkring hendelsen
- C** Følelser knyttet til tolkning av hendelsen

Hvordan en reagerer avhenger sterkt av hva en tror årsaken er, dette er også selve kjernen i modellen ved at våre følelser er knyttet opp mot den mening en tidligere har gitt en hendelse (Berge og Repål 2010).

I følge Berge og Repål (2010) er kvaliteten på pasient – psykiatrisk sykepleier samarbeidet avgjørende for et godt resultat. Når vi bekrefter pasienten som et enkeltindivid, bekreftes hele personen, det være seg følelser, tanker og utsagn. Det foreligger da en anerkjennelse

som et samarbeid kan bygges på. Det er videre viktig å få konstruert en kasusformulering av den aktuelle pasienten, denne formuleringen danner grunnlaget for behandlingsplan og inneholder viktige momenter som sykdomshistorikk, relasjoner til andre, ressurser, oppvekstmiljø og mønstre rundt automatiske negative tanker. Forfatterne hevder at det å fange opp kognitive skjemaer som kan være hemmende for pasienten står sentralt i utredningen av denne typen diagnose, dette arbeidet baserer seg på anamnesticke opplysninger, komparentopplysninger og halvstrukturerte intervjuguiden (Berge og Repål 2010).

Det å få pasienten til å mestre sine livsproblemer og nå sine mål er viktig i den kognitive terapien, dette gjøres gjennom terapi og trening. Pasienter som er i besittelse av personlighetsmessig forankrede problemer har ofte store vanskeligheter i sin relasjon til andre mennesker. Isolasjon, selvutslettende avhengighet eller opprivende konflikter er eksempler på slike vanskeligheter. Relevante ferdigheter for å bøte på dette er da aggresjonskontroll, empati, kommunikasjon og konflikt håndtering (Berge og Repål 2010). En kan sjelden kontrollere hva en tenker eller føler, men en har større mulighet til å påvirke hva en skal gjøre i det påfølgende skrittet. Forsøker en å behandle negative og ubehagelige følelser ved å skyve de vekk eller kontrollere dem kan dette ofte resultere i at de forsterkes. Det å umiddelbart besvare det en oppfatter som avvisning med en hissig kommentar, kan gjøre situasjonen vanskeligere for oss selv. Det en alternativt kan gjøre her er i følge forfatteren å akseptere tanken, følelsen og på den måten vinne seg verdifull tid for refleksjon. Da unngår en handlinger i refleks og åpner muligheten for andre valg, en prosess hvor en kan lære noe om seg selv. I følge Berge og Repål (2010) er et mål i terapien til personer med dyssfunksjonell personlighetsstil å endre rigide reaksjonsmønstre og på den måten bidra til at de takler situasjoner på nye måter som gir ny erfaring og innsikt. Bruk av kognitive skjemaer eller ”kunnskapspakker” er retningslinjer for hvordan en skal bedømme seg selv og andre mennesker. Enkelte skjemaer kan være vanskeligere å forandre da de er nærmere knyttet til selvbilde og personlighet enn andre. Ved dysfunksjonelle personlighetstiler er gjerne kjerneoppfatningen ekstreme, negative og rigide. Pasienten skal gjennom terapi lære seg til å sette spørsmålstegn ved skjemaets gyldighet både intellektuelt og følelsesmessig. En virkemåte er at psykiatrisk sykepleier får pasient til systematisk gå igjennom argumenter for og imot en negativ kjerneoppfatning. Hva bygger pasienten sin oppfatning på, og finnes det noe som skulle tyde på det motsatte. Dette kan for eksempel gjøres ved å dele et ark i to, og sette positive og negative tanker rundt en kjerneoppfatning opp mot hverandre. Det er viktig at pasient i denne prosessen

tilstreber en mest mulig nøktern holdning. Terapeut veileder under prosessen gjennom sokratiske spørsmålsteknikk (Berge og Repål 2010).

## **2.5 Miljøterapi for aggressive pasienter**

I følge Stål Bjørkly (1997) er det å få et positivt terapiforløp viktig med individuelt tilpassede behandlingstiltak. Personlig vekst, ansvarliggjøring, samhandling og atferdskontroll er her viktige begreper, hvor evnen til å mestre samhandling med andre mennesker står som målenes fellesnevner. Den aggressive atferd ser også lettere ut til å kunne vokse fram der den sosiale mestring og samhandlingsevnen allerede er svekket. Hos personer med psykose kompliseres dette bildet ytterligere gjennom psykotisk virkelighetsbrist og en manglende identitetsfølelse. Stål Bjørkly (1997) sier videre at miljøterapeutiske tiltak er en tilnærming for å bøte på dette:

- De stoppende, hemmende tiltak som ikke gir alternativer. Disse iverksettes direkte på bakgrunn av den aggressive atferden.
- De alternative, utviklende tiltak, disse gir alternativer og iverksettes uavhengig av den aggressive atferden som fremvises.

Dersom en pasient skal ha mulighet til å endre aggresjonsmønsteret sitt må han bygge opp selvkontrollen først. Stoppende og hemmende tiltak er i så måte viktig for å forhindre skade og for å trygge omgivelsene, men dette er på sikt ikke tilstrekkelig. Ønsker en langsiktig virkning bør en basere seg på veksttiltak. Stoppetiltakene kan i verste fall vise seg bare å være midlertidig ytre kontroll av aggresjon med varighet kun mens pasienten er under oppsyn og har oddsene mot seg. Forfatteren hevder videre at ved konstruksjonen av en behandlingsplan er det viktig ikke å bli blindet av aggresjonen og de avvikene som pasienten viser. Gjør en det vil en kun ende opp med preventive og stoppende tiltak basert på pasientens aggressive og utagerende atferd. For å hindre dette er det viktig å omdefinere ordet aggresjon fra å være skadende atferd mot andre, til et uttrykk for mangler eller fravær av positive sosiale ferdigheter (Bjørkly 1997).

Det å inneha evnen til å realisere valg som tar utgangspunkt i å ivareta eget og andres beste er en sentral indikator på selvstendighet og psykologisk modenhet. Fra barndommen av går de fleste igjennom en prosess fra sterkt begrensede valg og over mot åpnere valg.

Begrensede valg kan være så enkelt som valget mellom kaffe og te. Disse er kanalisering og avsluttende, mens de åpne valg bygger på evnen til å ivareta seg selv gjennom

konstruktiv samhandling med omgivelsene. Eksempel på dette er valget hvilken butikk en skal dra for å handle mat. Dersom en person ikke evner å forholde seg til åpne valg er det naturlig å innføre kontrolltiltak, ytre kontroll fra omgivelsene. Målsetningen i behandlingen av aggressive pasienter er det å få pasienten til å mestre de åpne valg. Dette er en utvikling som kan speile hvordan pasienten oppnår større indre kontroll over egen atferd. Organisering og struktur er i følge Stål Bjørkly (1997) viktig i behandlingstiltakene ovenfor aggressive pasienter, pasienten må kunne sette lit til at psykiatrisk sykepleier kan intervensere ved aggressiv atferd på en måte som er sikker for begge parter. Dagsplan er her et viktig redskap, og pasient bør bidra til å utforme denne, det å ha et fast strukturert behandlingsopplegg kan bidra til en indre stabiliserende effekt på pasienten. Dersom den faste behandlingsstrukturen viser seg virkningsfull over tid, må en passe seg for å la det bli en hvilepute, da behandlingspersonalet kan bli mer opptatt av sin egen sikkerhet enn av pasientens utvikling. Forfatteren hevder at ved omlegging til fastere strukturer eller inntak av pasienter som ikke er vant til dette er det viktig å være spesielt våken, særlig psykotiske pasienter opplever disse rammene og strukturen som truende og ubehagelig. Slike reaksjoner kan ofte erstattes med økende tillit og trygghetsfølelse utover i oppholdet. Dersom pasienten skal lære seg aggresjonskontroll, er det viktig at han på sikt får prøve seg ut i sosiale sammenhenger uten sterk ytre kontroll. Gradvis økt frihet gjennom oppmykning av fast struktur er viktig for å teste pasientens selvkontroll (Bjørkly 1997).

## **2.6 Early Recognition Method (ERM)**

*Dette kartleggingsverktøyet finnes i sin helhet som vedlegg i denne oppgaven.*

I følge Eidhammer, Knutzen og Fluttert (2010) har ERM sitt fokus på identifikasjon av tidlige faresignaler på tilbakefall for pasienter med psykiske lidelser som voldelig og farlig atferd, suicidal atferd og annen atferd som har negative konsekvenser. Det å identifisere tidlige varselssignaler på denne typen atferd kan redusere bruken av forskjellige typer tvang, isolasjon og alvorlige aggressive hendelser. Gjennom samtale med pasienten skal psykiatrisk sykepleier informere pasienten om metoden, for sammen å kartlegge pasientens motivasjon, tilstand, forståelse og det sosiale nettverket. Den andre fasen i prosessen involverer en definering og en aktiv bearbeidelse av de tidlige faresignalene som er oppfanget. Når en skal identifisere de tidlige faresignalene er det i følge forfatteren viktig og avgjørende at pasienten benytter egne ord og beskrivelser for best å kunne gjenkjenne

de tidlige signaler og forandringer i pasientens atferd. På denne måten kan vi gripe inn forut for et tilbakefall og tidlig nok til å kunne avverge en potensiell krise, noe slik voldelig atferd kan utvikle seg til å bli. Ved å identifisere tidlige faresignaler på et tidlig stadium kan pasienten kunne komme til å oppleve den positive følelsen av selvkontroll ved å unngå at situasjonen eskalerer til det uovervinnelige. Den aktive involveringen av pasienten er viktig, dette da det er pasientens tanker og handlinger som her står i fokus. Psykiatrisk sykepleier – pasient interaksjonen krever samarbeid for å fungere. Ved samtykke fra pasienten kan også familiemedlemmer eller medlemmer av det sosiale nettverket uttale seg om deres erfaringer med de atferdsmessige faresignaler de knytter opp mot pasienten. Pasient og psykiatrisk sykepleier blir i samråd enige om mellom 3 og 5 ulike varselssignaler som en skal sette fokus på. De vil deretter arbeide med det som pasienten betegner som de viktigste varselssignalene. Personal kan også legge til varselssignaler som de observerer og som pasienten ikke nødvendigvis gjenkjenner eller ønsker å bearbeide. Målsetningen er å gjøre prosessen forutsigbar for pasient, personalgruppe samt familie og nettverk. Forfatterne hevder videre at dersom pasienten motsetter seg et slikt samarbeid eller pasientens tilstand tilsier at han ikke er i stand til å samarbeide om utfyllingen av ERM, vil personalgruppen utarbeide tidlige faresignaler ut ifra det de selv har observert igjennom sin profesjonelle vurdering. Tidlige varselssignaler er videre gradert inn i tre nivåer, avhengig av styrken/intensiteten av varselssignalet: stabil, moderat og alvorlig fase. Pasientens egne ord skal benyttes for å beskrive de forskjellige nivåene. Dersom pasienten heller ikke ønsker å samarbeide her, beskriver personalet det nivået som atferden er basert på (Eidhammer, Knutzen og Fluttert 2010).

## **2.7 Deeskalering som virkemiddel**

Deeskalering kan ifølge Beer, Pereira og Patton (2008) beskrives som en kompleks, interaktiv prosess hvor en pasient omdirigeres til en roligere personlig sinnsstemning. For å få kompetanse på dette feltet er det nødvendig med langt mer enn bare en teoretisk forståelse av aggresjon. En utviklingsprosess er her nødvendig, dette for å få en høyt utviklet selvkontroll, noe som medfører at deeskaleringsprosessen blir instinktiv. Kort sagt må utøveren av deeskalering benytte sin egen personlighet og følelse av selve for aktivt å kunne konfrontere personen en ønsker å deeskalere (Beer, Pereira og Patton 2008).

### **2.7.1 Kommunikasjon**

Ifølge Beer, Pereira og Patton (2008) er det ikke mulig å fremsette et sett med kommunikasjonsferdigheter som garanterer deeskalering av en aggressiv pasient. De kommunikasjonsferdigheter jeg presenterer er snarere redskaper som må benyttes av utøveren og formes av deres individuelle stil og egenskaper. Innholdet i det å kommunisere med en aggressiv pasient må fremstå som ekte og oppriktig.

#### **Verbale prinsipper:**

I de tidlige faser av deeskalering må en unngå å være selektiv med sin oppmerksomhet kun mot de utsagn pasienten ytrer, angrip det som tyder å være hovedproblemet.

Unngå å kaste ballen videre. Vis deg selv som en som kan løse problemer, selv om dette betyr at en må støtte seg på andre etter den innledende deeskaleringen.

Få frem i lyset den innvirkning pasientens atferd har, vis at de blir hørt på, for eksempel forklar pasienten at han skremmer de andre pasientene med sin høylydte atferd.

Forsterke din posisjon som en hjelper snarere enn en grensesetter.

Hold kommunikasjonen flytende og fokusert på det aktuelle problemet. Det å avpasse humøret er viktig for å få til dette. Dette er når energinivået i samtalen midlertidig blir matchet av personalet, for eksempel med ansiktsuttrykk og stemme heving (Beer, Pereira og Paton 2008).

#### **Nonverbale prinsipper:**

Posisjoner kroppen slik at du ikke kommuniserer i en vinkel som kan virke konfronterende.

Vær klar over kroppsholdningen din, unngå positurer som kan oppfattes som autoritære eller defensive, for eksempel foldede hender.

Vær bevisst over ansiktsuttrykk, det må være samsvar mellom det en faktisk sier og det ansiktsuttrykket sier (Beer, Pereira og Paton 2008).

### **2.7.2 Holdning og atferdssirkelen.**

Mange i personalgruppen innehar ofte forutinntatte holdninger mot institusjonsregler og pasient atferd. Dette er holdninger som kan eksistere på et bevisst eller et underbevisst plan, som direkte vil påvirke utøverens atferd ovenfor pasienten. Denne atferden vil igjen påvirke pasientens holdninger og atferd tilbake mot personal. Det er også sannsynlig å påstå at mange pasienter har forutinntatte holdninger ovenfor psykiatriske sykehus og dets personalgruppe basert på tidligere erfaringer og antagelser. Positive holdninger fra



personalet vil mest sannsynlig frembringe positiv atferd og samarbeid med pasienten (Beer, Pereira og Paton 2008).

### **2.7.3 Vinn – tap ligningen**

Ifølge Beer, Pereira og Paton (2008) inneholder mange av de situasjonene som kan lede til aggresjon på en akuttavdeling en interessekonflikt mellom pasient og personal. Dramatiske situasjoner kan ofte utspille seg der en part blir stående igjen med en følelse av tap og frustrasjon. Dette generelle problemet blir betegnet som vinn – tap ligningen. Denne betegnelsen fordi det i utgangspunktet er et vinn – tap scenario som blir skapt. Det er i slike situasjoner at en som deeskalatør så langt det lar seg gjøre må forsøke å fremforhandle en vinn – vinn situasjon. Et eksempel som kan fremtre er det å få pasienter til å ta imot medisiner de egentlig ikke vil ha. Dersom pasienten blir gitt medisiner mot sin egen vilje kan dette skape en følelse av at han har tapt mens personalet står seirende igjen, aggresjon kan oppstå som et resultat av dette. Det er igjennom forhandlingsprosesser at vinn – vinn situasjoner oppstår. En metode for å oppnå dette er igjennom å tilby pasienten valg, som han har en viss kontroll over (Beer, Pereira og Paton 2008).

## **3.0 Presentasjon av case**

Denne fordypningsoppgaven ønsker å fremstille en kjent problematikk i en akuttpsykiatrisk enhet, valgt historie bygger på en egenerfart reell hendelse fra min arbeidsplass. Fra den reelle hendelse er det gjort noen ubetydelige endringer og for å ivareta pasientens anonymitet vil vedkommende i denne oppgaven bli referert til som Ola. Ola er innbrakt av politiet til psykiatrisk akuttpost etter å ha blitt vurdert av legevakt som psykotisk, og legges inn på tvungen observasjon. Utløsende hendelse er at han skal ha stukket sin far i mageregionen med kniv. Ifølge Ola selv var dette en handling i selvforsvar.

Ola er en mann i slutten av 20 årene som hatt oppfølging av et regionalt distrikts psykiatrisk senter(DPS) de siste 2 år, og har i denne perioden vært sykmeldt fra en stilling som tømrer, for tiden under tiltak hos NAV. Han flyttet til landsdelen for 3 år siden, angiverlig lang sykdomshistorikk fra en annen del av landet. Tidligere diagnoser er

rusutløst psykose, paranoid psykose samt dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det rapporteres fra DPSen om vesentlig sykdomsforverring for Ola i etterkant av rusinntak. I etterkant av innleggelse fremstår Ola raskt høyløst og ubekvem med det å ha blitt innelåst på intensiv avdeling. Jeg observerer blant annet aggressive og truende utsagn mot personalgruppen, samt demonstrativ slamring med dørene. På spørsmål om vi ikke skal intervensjonere svarer ansvarshavende: ”Det går seg nok til de neste timene”.

I tiden frem mot det kommende vaktskiftet opplever jeg Ola som stadig mer motorisk urolig, han vandrer rastløst rundt på avdelingen og blant lavmælt mumling kan jeg oppfatte ord som ”slipp meg ut, ellers.....”. Før jeg forlater avdelingen denne dagen kontaktes vakthavende lege, dette i et forsøk på å roe pasienten igjennom å tilby beroligende medikamenter. Denne ene tilnærmingen blir kontant avvist av Ola gjennom kommentaren ”skal dere drepe meg nå?” I det jeg forlater avdelingen sitter jeg igjen med et inntrykk av at Ola befinner seg på bristepunktet.

Da jeg returnerer til avdelingen påfølgende ettermiddag får jeg høre at Ola tidligere på dagen har gått til fysisk angrep mot et personal bakfra og delt ut slag mot hode og rygg region. Bakgrunnen for denne hendelsen hadde vært et nettopp gitt avslag på ønske om å få gå tur på sykehusområdet, noe som ikke lot seg gjennomføre da han på tidspunkt ikke hadde utgang fra avdelingen. Forut for dette hadde Ola gjennom hele natten og dagen fortsatt å presentere sine aggresjonssymptomer gjennom slag, spark i vegger og verbale trusler i avdelingen. Fortsatt uten intervensjon fra personalgruppen, de hadde da også snarere gitt tegn til å skygge unna. I etterkant av utagering blir han lagt i belter av personal som kommer til i situasjonen, belter han blir liggende i til kveldsvakten da han ikke klarer å gjenvinne selvkontroll. Før Ola blir løst fra beltene klarer han i samtale med meg å bedyre at han ønsker å samarbeide med avdelingen rundt bearbeidelse av sin aggresjonsproblematikk.

Jeg er av oppfatning av at kognitiv terapi er en god behandlingsform i dette tilfellet og vil derfor drøfte dette videre i min oppgave.

## **4.0 Drøfting av teoretisk materiale**

*”Hvordan kan jeg som psykiatrisk sykepleier ved en akuttpsykiatrisk enhet ved bruk av kognitiv terapi og andre kommunikasjonsstrategier begrense tvangsutøvelse mot pasienter med aggresjonsproblematikk og psykoselidelse?”*

I dette kapitlet er målsetningen å drøfte problemstillingen opp mot den fremlagte teorien. Jeg velger å dele drøftingsdelen i fem deler som alle representerer ulike stadium en kan gjenkjenne fra et behandlingsforløp. Til slutt vil jeg kaste lys over noen av de etiske dilemma bruk av tvang kan skape for meg som psykiatrisk sykepleier.

### **4.1 Alliansebygging**

Det å skape en allianse med pasienten er noe jeg må lykkes i for at jeg som psykiatrisk sykepleier skal kunne forstå og handle ut ifra det som er til pasientens beste.

Tillit gjør seg fort ekstra gjeldene i møtet med pasienter som er inneliggende på tvang og som derfor har en begrenset frihet på avdelingen. Nettopp dette var tilfellet for Ola i skissert case, han hadde blitt lagt inn på 3.2 eller tvungen observasjon inntil 10 dager. Det er lite som tyder på at et slikt tillitsforhold mellom Ola og de ansatte hadde blitt etablert eller var under etablering på denne avdelingen. I følge Berge og Repål (2010) er denne etableringsprosessen ofte en tidkrevende prosess da pasienter i den akutte fasen ofte er lite tilgjengelige for samtale og kan se på behandleren som en trussel. Forfatteren sier videre at en etablering av denne allianserelasjonen avhenger av at en legger til rette for regelmessig kontakt for å få redegjort for sin hensikt med den ønskede behandlingen. Jeg mener dette ikke forekom i case der en istedenfor unnlot å intervensere gjennom samtale. Ola hadde fått lov til å utføre sin destruktive atferd på avdelingen over en hel dag uten noen innblanding fra personal. Dette ser jeg på som et sentralt avvik i behandlingsprosessen da jeg og Berge og Repål (2010), er av den oppfatning at det å bygge tillit og allianse er nødvendig for at en kognitiv tilnærming idet hele tatt skal kunne finne sted. Det kan fra et psykiatrisk sykepleier perspektiv være vanskelig å leve seg inn i den enkelte pasienters opplevelse av situasjon, en må derfor unngå å bli oppfattet som lite empatisk i sin tilnærming. Som Psykiatrisk sykepleier er det viktig å huske på at mange pasienter kanskje sitter inne med dårlige erfaringer eller forutinntatte holdninger ovenfor

behandleren, noe som kan gjøre prosessen med å åpne seg vanskeligere. I case presenterer Ola selv en invitasjon som kan muliggjøre alliansebygging gjennom å ytre et ønske om hjelp i etterkant av utageringsepisoden. Ifølge Berge og Repål (2010) er det forut for at en behandling skal starte viktig å påse at pasienten har forstått og godkjent begrunnelsen for den kognitive tilnærmingen, noe som inkluderer tanker, følelser og kjennskap til begrepet automatiske tanker. Først etter at denne sentrale delen er gjennomført er pasienten i en tilstand som tillater det nødvendige samarbeidet som påkreves.

## **4.2 Den kognitive tilnærmingen**

Dersom en lykkes i å skape en psykiatrisk sykepleier – pasient allianse er tiden kommet for å starte den kognitive tilnæringsprosessen.

Berge og Repål (2010) hevder en i de fleste tilfeller kan lese ut av behandlingsresultatet hvor god pasient – psykiatrisk sykepleier relasjonen har vært.

Forut for at en kognitiv tilnærming skal kunne utføres i denne situasjonen er det viktig at jeg bekrefter Ola som et enkelt individ, og med det bekrefter hele personen ikke bare deler. Det er videre viktig å få dannet seg en kasus formulering av ham for å få skaffet seg et helhetlig bilde. Berge og Repål (2010) sier videre denne bør inneholde relevant forhistorikk som sykdomshistorie, oppvekst, nettverk og resurser. Denne informasjonen ville jeg i størst mulig grad ha innhentet gjennom anamneser og komparentopplysninger fra Olas familie. Den kognitive terapiformen tar utgangspunkt i det å endre en pasients tankemønster i forhold til det allerede eksisterende skjema, for på den måten å mestre sine livsproblemer og nå sine mål. I dette tilfellet handler det om hvorfor Ola utagerer i etterkant av avslag på ønske om utgang på området.

Kognitiv terapi brukes i behandlingsøyemed ofte i etterkant av denne typen hendelser. I følge Berg og Repål (2010) er det som psykiatrisk sykepleier avgjørende å få kartlagt utløsende årsak til utageringen i samarbeid med pasienten, dette bygger på en bevisstgjøringsprosess ovenfor pasienten. Etter at årsaken til hendelsen er kartlagt bør det her settes fokus på hvordan Ola oppfattet avslaget i den gitte situasjonen. Hvilke tanker gjorde han seg om det å ikke få utgang?, føler han seg krenket eller umyndiggjort? Hva følte han og gjorde han da?

I følge Berge og Repål (2010) ville det også vært naturlig å anta at pasienter med personlighetsforankrede problemer har store vanskeligheter i sin relasjon med andre

mennesker. Disse problemene og det å inneha negative automatiske tanker rundt hendelsen, kan fort ha ført til en undervurdering av andres evne til å vise forståelse eller yte bistand.

Når Olas følelser og tanker rundt aktuell hendelse er kartlagt kan den kognitive terapeutiske prosessen starte. Her handler det om å finne alternative reaksjonsmåter for ham. En måte å gjøre dette på er å utfordre pasienten med sokratiske spørsmål. Jeg kan for eksempel stille spørsmålet ”hva gjør deg sikker på at utagering vil hjelpe deg i senere lignende situasjoner?”, bevisstgjør Ola at utagering medførte en ytterligere begrensning av hans situasjon med beltelegging og ikke utgang på området som var det han ønsket. Videre ser jeg på det som viktig å forklare Ola at det kan være naturlig å ha vansker med å kontrollere hva en tenker og føler i en presset situasjon, men at hvordan en velger å agere er valgfritt. I følge Berge og Repål (2010) kan forsøk på å skyve bort eller kontrollere negative følelser resultere i at de forsterkes, og at den beste løsningen derfor er midlertidig aksept. Jeg vil ovenfor Ola presisere at denne aksepten er en midlertidig tilstand for å vinne tid til refleksjon, og en måte for å åpne muligheten for andre valg. Dette er en prosess hvor jeg vil fremheve sjansene for å oppleve personlig vekst gjennom egenlærdom. En alternativ tilnæringsmåte for dette kognitive forløpet hadde vært benyttelse av skjemat terapi ved systematisk å ha gjennomgått argumentasjon for og imot en negativ kjerneoppfatning. I dette tilfellet kunne situasjonen rundt utøvelsen av vold på avdelingen vært et slikt moment. Ved en så enkel fremgangsmåte som å dele et ark i to, ville jeg fått Ola til å sette positive og negative tanker rundt hendelsen opp mot hverandre: ”ser du noen positive sider ved det å slå personalet?”, ”ser du noen negative sider med utageringen?”. En slik samhandling ville ha hjulpet til med å kartlegge hva han faktisk bygger sine oppfatninger på. Tilstedeværelse fra psykiatrisk sykepleier er viktig for også her å muliggjøre veiledning gjennom sokratiske spørsmålsteknikk.

### **4.3 Miljøterapi til aggressive pasienter.**

Dersom en har lyktes i sitt arbeid med å etablere et kognitivt terapeutisk samarbeid med Ola, bør miljøterapeutiske tiltak iverksettes for å styrke hans evne til samhandling med omgivelsene.

Det at han skal få oppleve en psykologisk modenhet gjennom å kunne ivareta seg selv og andre gjennom evnen til å realisere egne valg er i følge Stål Bjørkly (1997) viktig.

Målsetningen for kognitiv miljøterapi ovenfor aggressive pasienter er i så måte at de på sikt skal mestre overgangen fra begrensede valg over til åpnere valg. Dette er en terapeutisk prosess som kan ta noe tid å gjennomføre men som samtidig kan speile hvordan pasienten oppnår større indre kontroll over egen atferd. De begrensede valgene fremstår som enten eller valg som er kanalisierende og avsluttende, mens de åpne valgene bygger på det å ivareta seg selv gjennom samhandling med omgivelsene.

For Ola er jeg av den oppfatning at begrensede valg gjennom ytre kontroll ville ha vært å foretrekke i de kommende dagene, dette mye pga den nylige aggresjons og utageringshistorikken. Slike konkrete valg ville ha gitt lite spillerom for ham og i så måte vært en nyttig test for han hva endring angår sett fra et kognitivt perspektiv. Dersom Ola over tid hadde klart å forholde seg til slike begrensede valg, mener jeg det ville vært fornuftig og nødvendig å tilby valg som i større grad fremstår som åpnere og i så måte inneholder en indre kontroll. Det er ved slike forsøk viktig å kontinuerlig vurdere resultatene av de valgene som tas, for på den måten ha mulighet til å innføre kontrolltiltak gjennom ytre kontroll fra personalgruppen dersom dette skulle bli nødvendig.

I lys av historien som er presentert er jeg av den oppfatning av at struktur og organisering av behandlingstiltakene rundt Ola som pasient er viktig, dette er en tanke som støttes av Stål Bjørkly (1997). I denne prosessen er samhandlingen mellom partene vesentlig, Ola må kunne ha tillit til at psykiatrisk sykepleier kan og tør intervensere på en sikker måte for å deeskalere den gryende aggresjonen. For å gjøre behandlingsforløpet mest mulig forutsigbart er det viktig i dette tilfellet å sette seg ned sammen med ham og utvikle en dagsplan. Primært er dette vårt ansvar men Ola bør her etter mitt syn bidra under utformingen da den faste strukturen som besluttes skal kunne bidra til størst mulig stabiliserende effekt nettopp på ham.

Dersom utviklingen og gjennomføringen ved bruk av dagsplan viser seg virkningsfull må en som personal på en akuttpsykiatrisk enhet passe seg fra å la det bli en hvilepute og på den måten stagnere den påbegynte prosessen. På tross av at Ola har en tyngende volds historikk er en kontinuerlig evaluering og utbedring av dagsplan etter min mening nødvendig. Denne utviklingen må finne sted for å muliggjøre at han på sikt skal få prøve seg ute i sosiale sammenhenger uten sterk ytre kontroll. I følge Stål Bjørkly (1997) er dette avgjørende for at Ola skal lære aggresjonskontroll.

#### **4.4 Early Recognition Method ERM**

Dersom miljøterapeutiske tiltak er iverksatt er det viktig å kunne forutsi mulige tilbakefall. For å redusere den fremtidige sjansen for gjentakende utagering ser jeg det som viktig å benytte seg av et prediksjonsverktøy for å kartlegge Olas hyppigste varselssignaler på utagering. Jeg som psykiatrisk sykepleier har derfor valgt "Early Recognition Method (ERM)" til formålet.

Eidhammer, Knutzen og Fluttert (2010) presenterer dette verktøyet som en mulighet til nettopp å fange opp faresignaler på tilbakefall for på den måten å redusere forskjellige typer av tvang isolasjon og alvorlige aggressive hendelser. ERM baserer seg på samtale mellom behandler og pasient og sklir således inn under målsetningen for kognitiv terapi om å bidra til identifikasjon av selvdestruktive sirkler. Ola ønsket etter den siste utageringsepisoden hjelp i forhold til sin aggresjons problematikk. Nettopp motivasjon er et viktig element i den kommende fasen og skal kartlegges på lik linje med tilstand, forståelse og det sosiale nettverket.

Deretter følger en periode med aktiv bearbeidelse av de tidlige faresignalene som er oppfanget, en prosess som gjøres i samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier og Ola. Det er her viktig å få ham til å benytte sine egne ord og uttrykk i formuleringen for på den måten få beskrevet mest mulig nøyaktige signaler og forandringer i pasient atferd. På denne måten kan jeg intervensere på et tidligst mulig tidspunkt og iverksette tiltak eller deeskalerings prinsipper som tidligere er presentert i teorikapitlet. Ola kan også ved å identifisere faresignalene komme til å få positiv følelse av selvkontroll og mestring ved at situasjonen deeskaleres.

I følge Eidhammer, Knutzen og Fluttert (2010) kan det være naturlig å trekke Olas familie inn i behandlingssamarbeidet på et tidspunkt om dette lar seg gjøre, i caset står hans far sentralt da han innehar førstehånds erfaring med sønnens voldsutagering. Disse kan med samtykke fra Ola kaste lys over deres erfaringer med atferdsmessige faresignaler og på den måten supplere i kartleggingen.

Jeg og Ola skal i samråd komme frem til mellom 3 og 5 ulike varselssignaler som det skal settes fokus på i den kommende prosessen, for å komme frem til disse ville jeg benyttet meg av sokratiske spørreteknikk i tråd med det kognitive perspektivet. Dette skal være signaler som Ola selv opplever som de mest kritiske. Tanken med dette er at vi igjennom samhandling fremarbeider en skreddersydd plan med fokus på tilbakefalls symptomer, noe som i dette tilfellet bidrar til å gjøre prosessen forutsigbar for pasient og nettverk. Dersom Ola mot formodning skulle trekke seg fra et slikt samarbeid, skal vi som psykiatriske

sykepleiere på avdelingen fortsette kartleggingen av faresignaler ut ifra egne observasjoner og profesjonelle vurderinger. Det er videre av høy viktighet at vi og Ola evner å dele de tidlige faresignaler inn i tre nivåer. Nivåene stabil, moderat og alvorlig skal gjenspeile hans oppfatning av styrken/intensiteten av det aktuelle varselsignalet. Bruk av denne strategien hadde vært en gyllen mulighet for personalgruppen til å ha oppdaget de tidlige signaler som var tilsted forut for aktuell utageringssituasjon i post og for å utvikle en handlingsplan over mulige løsninger i fremtiden. Løsningene som skisseres skal deles opp etter hva Ola selv kan gjøre og hva en som medlem av personalgruppen kan gjøre. Dersom en slik systematisk kartlegging blir gjennomført i etterkant av case mener jeg sjansene for senere å gjennomføre en vellykket deeskalering ovenfor Ola er vesentlig styrket. Denne handlingsplanen mener jeg er i tråd med det kognitive perspektiv hvor nettopp endring og utprøving av nye tanke og handlingsmåter inngår i grunnprinsippene, en oppfatning som deles av Berge og Repål (2010).

#### **4.5 Deeskalering**

Dersom en ved hjelp av ERM skulle lykkes i å fange opp faresignaler for tiltagende aggresjon, bør en deeskalerings prosess iverksettes på et tidligst mulig tidspunkt.

Det å skulle kommunisere med aggressive pasienter må ifølge Beer, Pereira og Paton (2008) fremstå som en ekte og oppriktig prosess. I det skisserte case ble det ikke gjort noen serlig forsøk på å innlede kommunikasjon med Ola, snarere tvert om. Han hadde fått lov til å vandre rundt på avdelingen og utføre sin destruktive atferd uten intervensjon av personalgruppen. Dersom en hadde valgt å intervensjon kunne en i bestefall roet hans atferd og unngått den aktuelle utageringssituasjonen. Dette hadde det ikke vert noen garanti for, men jeg mener støttet av teorien at ved å fremstå som en hjelper snarere enn en grensesetter kunne en fått innpass hos Ola. Dette ville jeg gjort ved å ta tak i det som fremsto som hovedproblemet i situasjonen, selv om dette kunne vert ukomfortabelt. Det å holde fokus på problemet, i dette tilfelle utgang på området og avpasse humøret etter Olas sinnstilstand er her viktig. Det er videre viktig å fremstå ovenfor ham som en problemløser snarere enn en som bare kaster ballen videre.

Det som i dette tilfellet virker å ha utløst utageringen er personalets kontante avslag på Olas henvendelse. Et slikt kontant avslag er noe som ifølge Beer, Pereira og Paton (2008) setter pasienten i en taper situasjon. Det å bli avspist med ”ingenting” i en slik interesse konflikt er noe som i seg selv kan føre til frustrasjon og dramatiske situasjoner. I case står



personalet igjen som en vinner i Olas øyne, mens han selv blir en taper. Det er i slike tilfeller terapeutisk viktig i størst mulig grad å framforhandle en Vinn – Vinn situasjon. Dette kan gjøres gjennom å tilby ham enkle valg som han har en viss kontroll over. ”Nei du kan ikke forlate sykehuset pga at du ikke har utgang, men kanskje du heller vil på aktivitetsrommet en tur?”. En slik respons på Olas ønske kunne ha avverget utageringen da han faktisk hadde stått igjen med et tilbud. Jeg er av den oppfatning av at det i slike situasjoner også er viktig å være bevisst på egne holdninger og den atferden en viser utad på avdelingen. Dersom personal i case i utgangspunktet innehadde en negativ og forutinntatt holdning mot Ola, kan dette ha resultert i en negativ og tilbakeholden atferd utad. Om så er tilfelle mener jeg det er naturlig å tro at dette er blitt lagt merke til av pasient og kan ha vært utslagsgivende for utfallet av situasjonen. Som tidligere nevnt om alliansebygging kan en heller ikke utelukke at aktuell Ola her var i besittelse av motforestillinger mot aktuell personale, kanskje hadde de til og med ikke pratet sammen forut for hendelsen. Jeg mener uansett hva tilfelle er i aktuell case at den nonverbale kommunikasjonen er av sentral betydning, det er viktig å huske på at et ansikt kan fortelle mer enn tusen ord. Når jeg ser tilbake på situasjonen slik den fremstår, stiller jeg meg spørsmål rundt hvilke nonverbale signaler som ble sendt ut. I følge Beer, Pereira og Paton (2008) er det for det første viktig at det er samsvar mellom det en faktisk sier og det ansiktsuttrykket forteller. Et annet prinsipp som jeg mener blir brutt her er at en ikke skal kommunisere med pasienten i en vinkel som kan virke konfronterende, dette inkluderer ifølge forfatterne autoritære og defensive kroppsholdninger. I case blir personal slått bakfra etter nettopp å ha gitt Ola et kontant avslag på ønsket aktivitet, det å vende noen ryggen påfallende kort tid etter å ha opptrådt autoritært mener jeg i seg selv er en konfronterende og provoserende handling. Det er viktig i slike situasjoner å ta med i betraktningen at en har med pasienter som ofte innehar dårlige relasjoner til andre mennesker og redusert selvbilde å gjøre. Dette kan gjøre de ekstra følsomme ovenfor avvísninger sier Berge(2008). Målsetningen for all terapeutisk intervensjon er som tidligere nevnt å styrke sin posisjon som hjelper snarere enn en grensesetter. Dette er en prosess en kan muliggjøre gjennom de drøftede kognitive tilnæringsprinsipper og miljøterapeutiske tiltak spesielt rettet mot pasienter med aggresjons problematikk. Dette er tiltak en kan iverksette i det daglige og ikke nødvendigvis bare som en respons på trusler eller gryende aggresjon. Som en leser av case kommer det klart frem at Ola hadde vært urolig igjennom hele vekten, dette hadde kommet til syne gjennom destruktiv atferd i avdelingen. Slik jeg ser det hadde det vært naturlig og riktig og intervenere på et stadium

forut for aktuell hendelse for å hindre utageringen og den resulterende tvangsutøvelsen mot ham. Når en velger å intervensere med psykotiske mennesker med aggresjonsproblematikk som i case, står en gjerne ovenfor personer med virkelighetsbrister og manglende identitetsfølelse. For å oppnå det positive terapiforløpet en søker må individuelle behandlingstiltak iverksettes, viktige elementer her vill være personlig vekst, ansvarliggjøring, samhandling og atferdskontroll. Dette er verdier en setter mål for seg å styrke gjennom kognitiv samtaleterapi, men jeg mener det er vell så viktig å sette fokus på verdien av de kognitive miljøterapeutiske tiltakene. Summen av disse to faktorene er det som skal legge grunnlaget for pasientens evne til å mestre samhandling med andre mennesker, dette er en tanke som støttes av Stål Bjørkly (1997). To miljøterapeutiske tiltak skisseres i en slik situasjon for å gjenoppbygge pasientens selvkontroll. De stoppende, hemmende tiltak som ikke gir rom for noen alternativer og de alternative utviklende tiltak som inneholder alternative løsninger. Førstnevnte iverksettes på bakgrunn av aggressiv atferd, mens sistnevnte iverksettes uavhengig av den fremviste aggressive atferden. Ser en igjen tilbake på case får som kjent situasjonen lov til å eskalere til den er ute av kontroll, personalgruppen har da få eller ingen andre alternativer enn å gå til det skrittet som bruk av tvangsmidler er. Denne intervensjonen er slik jeg ser det et stoppende hemmende tiltak som iverksettes som en direkte konsekvens av det inntrufne. Ekstreme virkemidler som bruk av tvangsmidler mener jeg støttet av Stål Bjørkly (1997) kun har den begrensede nytteverdien at den forhindrer ytterligere skade på personal og avdeling. Bruk av denne typen tiltak bør så langt det lar seg gjøre unngås da de ikke stimulerer til en langtidsvirkende personlig vekst hos pasienten. En kan i skissert case dersom ingen tiltak iverksettes rundt Ola, i etterkant risikere at dette kun er en midlertidig ytre kontroll over pasientens aggresjon og at gjentakelsesfaren er reell. Det er en kjensgjerning at pasienter i pressede situasjoner ofte midlertidig resignerer når de har oddsene mot seg eller er under tett oppsyn. Bruk av mekaniske tvangsmidler som belter i så måte etterlater for pasienten få sjanser til å utspille sin destruktive atferd.

Når jeg som psykiatrisk sykepleier skal utarbeide en kognitiv miljøterapeutisk behandlingsplan for Ola, er det viktig å ikke kun ha fokus på den selvdestruktive atferden og de avvikene som fremvises. Dersom en gjør dette kan en ifølge Stål Bjørkly (1997) ende opp med bare preventive og stoppende tiltak istedenfor de konstruktive tiltakene som er ment stimulere til personlig vekst. Gjennom å omforme egen og andres forståelse av ordet aggresjon fra å være skadende atferd mot andre, til å være utrykk for mangler og fravær av sosiale ferdigheter kan en oppleve en dreining i egen tankegang og forståelse av

ordet. I etterkant av at Ola blir beltelagt strekker han ut en mental hånd til behandleren og ber om hjelp til mestring av egen aggresjonsproblematikk, dette mener jeg er en gylden mulighet til en ny start. Dersom personal i case er i stand til å omdefinere ordet aggresjon og på den måten se på Ola med nye øyne, mener jeg viktige elementer ligger til grunne for et felles samarbeid mot et felles mål. Denne samhandlingen peker igjen tilbake mot benyttelsen av det kognitive perspektiv som verktøy.

#### **4.6 Etiske dilemma**

Bak en hver menneskelig handling finnes en systematisk analyse og vurdering av egne moralske normer og verdier.

Det å skulle gå til det skritt å utøve tvang mot pasienter mener jeg i kraft av min erfaring er en ekstrem men noen ganger nødvendig handling. I case velger en å gå til dette skrittet i form av å legge Ola i reimer i etterkant av utageringstilfellet, det spørsmålet en stiller seg da er gjerne ”var dette nødvendig eller kunne dette vert unngått på noen måte?”. De involverte personal vil helt sikkert svare: ”ja det var nødvendig”, noe jeg kan være tilbøyelig til å være enig i på det aktuelle tidspunktet. Problemet slik jeg ser det er at situasjonen har fått eskalert over for lang tid uten noen former for intervensjon. Pleierne stilles her ovenfor et etisk dilemma, intervenere og risikere konfrontasjon eller håpe på at situasjonen selv løser seg. Pleierne valgte sistnevnte, en løsning jeg mener direkte påfører Ola en påkjenning han kunne vert spart for. Det å unnlate å intervenere ser jeg på som lite respektfullt og i strid med grunnlaget for all sykepleie hvor respekt og verdighet for mennesket fremheves, dette er en tanke som støttes av Jan Kåre Hummelvoll (2004). I følge menneskerettighetsloven av 1999 har mennesker rett til beskyttelse mot overgrep, ydmykelse og uverdlig behandling. Derfor mener jeg bruk av tvang kun skal benyttes når alle andre mulige løsninger er forsøkt. I skissert case ble ingen slike løsninger forsøkt, noe som i etterpåklokskapens navn bør bidra til en gjennomgang av de etiske retningslinjer og holdninger ved avdelingen.

Om en ser på oppgaven med kritiske øyne er det vanskelig å kunne påberope seg å lage en etisk universal løsning for å motvirke all bruk av tvang. Handlinger som utløser bruk av tvang kan også gjøres i affekt, uten noen logisk forklaring eller kartlagte forvarsler. Jeg mener likevel at Olas sjanser til å vinne kontroll over sine aggresjonsproblemer i fremtiden vil bli styrket gjennom det skisserte behandlingsforløp.

## **5.0 Avsluttende konklusjon**

Hovedtyngden i denne oppgaven ligger i å fremheve de tiltakene som kan knyttes opp mot reduksjon av tvang og hvordan de eventuelt forstås og håndteres av psykiatriske sykepleiere. Den viktigste faktoren mener jeg ligger i det å tørre invitere de inneliggende pasientene til samhandling gjennom alliansebygging. Dette er på en måte selve inngangsportalen for videre behandling. Samhandling med pasientene vil også kunne lette igangsettingen av stimulerende miljøterapeutiske tiltak. Jeg mener videre at økt kompetanse innen prediksjonskjemaer og deeskalering er virkemidler som kan bidra til redusert tvangsbruk. Viktigst er det å ta lærdom av oppstått situasjon da sykepleierens erfaringsbaserte kunnskap kan hindre en i å gjenta feilgrepet siden. Det være seg holdninger, verdier og normer som representerer våre handlinger og som er med på å avgjøre de valg vi tar ovenfor pasientene.

Avslutningsvis håper jeg denne oppgaven har bidratt til å belyse et tema jeg er svært opptatt av, og at de valgte tilnæringsmåtene er tilfredsstillende belyst.

## 6.0 Litteraturliste

- Beer, M.Dominic, Stephen Pereira og Carol Paton. 2008. *Psychiatric Intensive care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Eidhammer, Gunnar, Maria Knutzen og Frans Fluttert. 2010. *Early Recognition Method (ERM) Pilot Project Report*. Oslo: Kompetansesenteret for sikkerhets-, Fængsels, og rettspsykiatri for helseregion Sør – Øst.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Richter, Dirk og Richard Whittington. 2006. *Violence in mental health settings*. New York: Springer Science + Business Media.
- Sosial og helsedirektoratet. 2006. *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

### ARTIKLER:

- Husum, Tonje L og Haldis Hjort. 2009. *Menneskerettigheter i psykisk helsevern*. Tidsskrift for norsk psykologforening 2009, 46:1169-74.

### INTERNET ADRESSER:

- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) <http://www.Lovdata.no>. [Online]. Oslo.
- Tilgjengelig fra URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-003.html#3-2> [Nedlastet 17 Februar 2012]

# Vedlegg: Early Reaction Method (ERM)

## Fase 1: FORBEREDELSE

### 1.1 Introduksjon av ERM

#### Mål

Fokus på **positiv relasjon** er essensielt i introduksjonen fasen. Dette betyr at pasientens motstand eller humørsvingninger bør observeres og anerkjennes av miljøpersonalet. Hyppigheten og/eller intensiteten av samtalene bør modifieres i henhold til pasientens aktuelle psykiske tilstand. Sjekk regelmessig at pasienten og/eller pasientens sosiale nettverk har forstått informasjon i tilstrekkelig grad!

#### Trinn

1. Forklar pasienten målet med introduksjonssamtalen:
  - Informer om arbeidet med ERM.
  - Etabler positiv relasjon for samarbeid om ERM.
2. Forklar hva som menes med forvarsler på risikabel atferd og illustrer disse ved bruk av eksempler. Indiker hva som er viktig for å forebygge risikabel atferd i tidlig fase.  
  
Avgjør hvilke type risikabel atferd som kan beskrives. For eksempel, i tilfeller med psykotiske pasienter, bør fokuset ligge på atferd som oppstår som et resultat av psykotiske episoder, mens for pasienter med personlighetsforstyrrelser, kan fokuset være på risikabel atferd som oppstår som et resultat av følelser som sinne/agresjon/sårbarhet.
3. Hvis pasienten viser motstand til å bruke ord og uttrykk relatert til sin forstyrrelse, eller navnet på sin egen diagnosterte tilstand, finn en alternativ beskrivelse sammen med pasienten. Dette må være en tilstrekkelig beskrivelse for uttrykket som unngås og må også være forståelig, akseptabelt og gjenkjennende for pasienten.
4. Spør pasienten om han vil være villig til å samarbeide med å etablere en plan for å kartlegge og arbeide med egne forvarsler.
  - ja: pasientens underskrift og dato: .....
  - Fortsett til kapittel 1.2 (side 6)
  - Nei, pasienten er ikke villig  
: fortsett til steg 5 (neste side)
  - Nei, pasienten har for mange begrensninger  
: fortsett til steg 6. (neste side)
5. Hvis ikke, hvilke grunner gir pasienten? Dato:  
-----

**Hvis pasienten fortsatt nekter å samarbeide:**

Hvis pasienten fortsatt nekter å samarbeide, samtidig som ERM vurderes som nødvendig, vil avgjørelsen om å delta diskuteres på gruppe/behandlingsmøtet.

Hvis situasjonen beskrevet ovenfor skulle oppstå, vil stegene beskrevet i denne protokollen bli fulgt uten pasientens direkte engasjement, basert på observasjoner. Fortsett med "Pasientens og det sosiale nettverks egenskaper".

**6. Hvis pasienten har for mange begrensninger:**

Hvis pasienten er ute av stand til å samarbeide med ERM og denne situasjonen vurderes som permanent (f.eks. p.q.a. begrenset kommunikasjons evner), vil bestemmelsen om å fortsette med planen diskuteres på gruppe/behandlingsmøtet.

Basert på vurdering av pasientens begrensede evner som permanente, planlegges ERM arbeid uten pasientens samarbeid.

Hvis situasjonen beskrevet ovenfor skulle oppstå, vil stegene beskrevet i denne protokollen bli fulgt uten pasientens direkte deltagelse.

**1.2 Pasientens og det sosiale nettverks egenskaper**

**Mål**

Beskrivelse og analyse av en rekke av pasientens spesifikke karakteristikka.

**Pasient-relaterte faktorer**

**Dato:**

**1. Motivasjon**

Er pasienten villig til å samarbeide med ERM?

|                   | Pasientens mening        | Sosialt nettverks mening | Pleiers mening           |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| veldig motivert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| motivert          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| litt motivert     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| veldig motvillig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ganske motvillig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| umulig (handikap) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Mulige grunner for lavt motivasjons nivå og/eller motstand:**

.....  
.....

- 2. Pasientens syn på egen sykdom**  
 Føler pasienten selv at han har en lidelse som virker inn på hendelser som involverer risikabel atferd? Hvilke forklaring gir pasienten for lidelsen eller den risikable atferden?  
*Hvorfor tror du at du mottar behandling?'*  
*Hvordan vil du beskrive denne lidelsen? Hva tror du årsaken til lidelsen kan være?'*

• Hvis det er vanskelig eller umulig å diskutere pasientens syn på egen sykdommen, lar man temaet ligge.

• **Sammenfattende konklusjon av pasientens syn på egen lidelse og risiko:**

.....  
 .....

- 3. Symptomer**  
 Som påvirker muligheten for å samarbeide om planen for å forebygge tilbakefall.

Beskriv i hvilken grad pasienten viser disse symptomene.

|                                        | ikke/nesten ikke tilstede | middels tilstede         | veldig tilstede          |
|----------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • forvirret, usammenhengende tankegang | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • depresivitet                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • frykt                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inaktiv                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • fjern/stille                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • sosial isolasjon                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • konsentrasjons forstyrrelse          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • dårlig registrering av informasjon   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • over-følsom til stimuli              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • impulsiv                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • aggressiv                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • behov for alkohol eller stoff        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 4. Andre kjennetegn**

Beskriv pasientens eller nettverkets andre relevante karakteristikka nedenfor, hvis de ikke har blitt omtalt i de foregående punktene.

Eksempler på slike karakteristikka er:

- pasientens intelligens nivå
- pasientens kulturelle bakgrunn
- somatiske problemer (f.eks. dårlig fysisk kondisjon / ekstrem tretthet)

.....  
 .....



- 5 **Det sosiale nettverket**  
Avgjør hvilke personer innen pasientens sosiale nettverk er best egnet til å bidra i ERM. Beskrive pasientens forhold til disse personene.

1 **Navn:** .....

**Forhold til pasienten:** .....

**Villig til å samarbeide**  ja  nei **Dato** .....

### 1.3 Tiltak

Basert på beskrivelsene og analysen som har blitt gjennomført, bestem hvilke handlinger som er nødvendige eller ønsket for å gjenopprette stabilitet og hindre tilbakefall. Beskriv disse handlingene nedenfor.

#### **Intervensjons områder:**

*Pasientens eget syn, motivasjon og aksept av egen sykdom/lidelse*

.....

#### **Intervensjons områder: Symptomer**

.....

#### **Intervensjons områder: Andre faktorer**

.....

#### **Intervensjons områder: Sosialt nettverk**

.....

### 1.4 Strategisk bestemmelse

To spørsmål er avgjørende på dette området:

1. Er dette det riktige tidspunkt for å begynne å etablere en plan for å forebygge tilbakefall? Hvis svaret er nei, hvilke steg kan tas for å redusere eller fjerne eventuelle hindringer?

.....

2. Hva er pasientens bidrag i arbeidet med planen for å forebygge tilbakefall? Velg et av de følgende tre alternativene:

- Pasienten er i stand til å bidra aktivt med å gjenkjenne forvarslar; og er lite avhengig av andre.
- Pasienten har en rekke begrensninger og handikap, hvilket betyr at på noen områder er han unektelig avhengig av andre til å gjenkjenne forvarslar. Støtte på disse områdene er nødvendig.
- Pasientens begrensning er slik at han i stor grad avhenger av at andre gjengjenner forvarslene og intervensjoner.

Plass til utdypende notater:.....

## Fase 2: KARTLEGGING AV FORVARSLENE

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mål</b>    | En beskrivelse av pasientens mest åpenbare forvarsler.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Metode</b> | Flere informasjons kilder brukes for å samle informasjonen om forvarsler:<br>(1) Informasjon fra pasienten selv.<br>(2) Informasjon fra det sosiale nettverket.<br>(3) Informasjon fra pleiere.<br><br><b>Genrelle forvarsler</b><br>Vedlegg 1 inneholder en oversikt over tegn som hyppig forekommer tidlig. Disse kan hjelpe til med å avjøre om tegnene beskrevet gjør seg gjeldene i henhold til pasienten. |

### 2.1 Intervju med pasienten

Spør pasienten om han har en tydelig erindring fra en bestemt episode som involverte risikabel atferd. Be ham om å beskrive i så nøye detalj som mulig sine følelser, tanker og handlinger i periodene før disse episodene.

**Skriv ned maksimalt fem av de mest åpenbare forvarslene i "liste over forvarsler" under overskriften "Pasient".**

### 2.2 Intervju med det sosiale nettverket

Diskuter i gruppen rundt pasienten hvilke medlemmer av pasientens sosial nettverk som bør inviteres til samtale om tidlig identifisering av forvarsler. Forklar målet med denne fasen for medlemmene av det sosiale nettverket. Forklar også hvilke metoder som kommer til og implementeres.

Gå gjennom listen av tidligere episoder av risikabel atferd med medlemmene av det sosiale nettverket og sett opp en liste over pasientens mest øyensynlige forvarsler som forekom i periodene før episodene som involverte risikabel atferd.

**Skriv ned maksimalt fem av de mest åpenbare forvarslene i "liste over forvarsler" under overskriften "Sosialt Nettverk".**

### 2.3 Informasjon fra miljøpersonalet

Skriv ned de forvarslene som gjenkjennes av miljøpersonalet. Bruk:

- Din egen og kollegaers erfaring gjennom behandlingen av pasienten
- Informasjonen som finnes i diverse filer (inkludert tidligere utskrivnings rapporter).

Om nødvendig, bruk *Overskriften over forvarsler* (Se Vedlegg 1).

**Skriv ned maks fem av de mest åpenbare forvarslene i liste over forvarsler under overskriften "Miljøpersonalet".**

### De mest åpenbare forvarslene

Identifiser hvor likehetene og forskjellene ligger i forhold til "liste over forvarsler", sammen med pasienten (og eventuelt hans sosiale nettverk). Målet er å oppnå samsvar i forhold til hva som utgjør de mest åpenbare forvarslene. Bli enig med pasienten hvilke av de definerte forvarslene som er mest aktuelt for pasienten å jobbe med.

© 2009 No to be reproduced without permission of Frans Fluttert  
Version Lier 05-2009

**Hvis man ikke kan oppnå et slikt samsvar** i henhold til et eller flere av forvarslene kan man ta en avgjørelse på ikke å inkludere (eller vente med å involvere) det/dem i planen for å forebygge tilbakefall under "Forvarsler".

Du kan skrive ned disse forvarslene for deg selv i feltet "**Tilleggs forvarsler**", til tross for at det ikke finnes et samtykke, hvis disse forvarslene i din mening er viktige og veldig typiske for pasienten! Tilleggsforvarslene blir å da jobbet med av miljøpersonalet, basert på observasjoner.

#### **BETYDNINGEN AV RISIKABEL ATFERD**

##### **Mål**

Arbeidet med ERM, minsker sannsynlighetene for at risikoatferd finner sted. Et aspekt er hva pasienten selv mener om sin egen atferd. I tilfeller hvor dette kan diskuteres med pasienten, vil det hjelpe han med å forstå hvordan risikabel atferd oppstår.

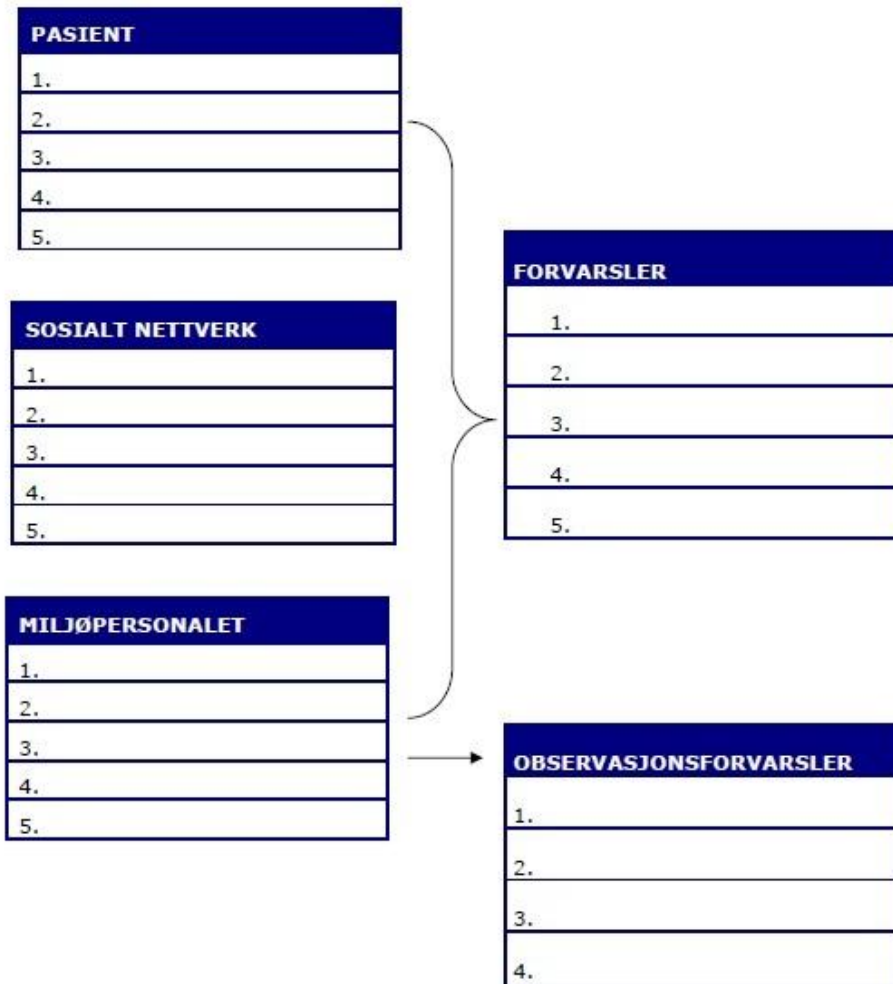
*Risikabel atferd* = atferd som oppfattes som truende eller ødeleggende av personer i pasientens omgivelser

##### **Metode**

Diskuter den betydning pasienten selv legger i sin risikable atferd. Prøv å forstå dette uten å dømme.

## Liste over Forvarsler

Spesifisering av forvarsler



9 **Videre kartlegging av de mest åpenbare forvarslene**

I vår videre kartlegging av de mest åpenbare forvarslene, skal vi anta at det finnes 3 nivåer/grader av forvarslene. Gi en sammenfattende framstilling av pasientens opplevelse, gå rett på sak og skriv sammendraget i jeg-form:

- *Nivå 1: situasjonen er normal/stabil*
- *Nivå 2: Forvarslene forekommer i moderat grad*
- *Nivå 3: Forvarslene forekommer i mer alvorlig grad*

På det første stadiet er pasientens atferd og forvarslene beskrevet som de er observert under vanlige, stabile omstendigheter. På annet stadiet er atferden beskrevet hvis den virker på noen måte forstyrret. På tredje stadiet er atferd beskrevet hvis den er forstyrret i mer alvorlig grad.

**EKSEMPEL:**

forvarsel: Forstyrret daglig/nattlig rutiner:

- Nivå 1 : Jeg legger meg før midnatt og står opp før klokken 9. Jeg sover ikke på dagtid og utfører mine daglige rutiner.
- Nivå 2 : Jeg ser på TV fram til midnatt og har vanskligheter med å sovne. Om morgenen føler jeg meg trøtt og blir liggende i sengen litt lengre. Jeg blåser i morgens oppgaver.
- Nivå 3 : Jeg er mye våken om natten. Om dagen ligger jeg i sengen og jeg gjør nesten ikke noen av de daglige oppgavene mine. Om dagen er jeg både trøtt og irritert. Jeg reagerer irritabelt på menneskene rundt meg.

Noter i detalj alle forvarslene sammen med pasienten og hans sosiale nettverk på forvarselssjekklisten. Bruk 1 side per forvarsel

### Fase 3: OBSERVASJON OG MONITORERING

#### Mål

Regelmessig kartlegging av forekomst av forvarsler eller fravær av forvarsler.

- 1. Informer pasienten om målet med denne fasen:  
Forklar for pasienten hva kartlegging av forvarslene innebærer.
  - *Oppnå forståelse for hvem som er ansvarlig for kartleggingen av forvarslene*
  - *Bestem hvilke tiltak som bør gjennomføres når forvarslene oppstår*
  - *Avgjør hvem som setter i gang tiltakene hvis risikabel atferd oppstår.*
- 2. Ved bruk av poengskjemaet i planen (se vedlegg 3), forklar hvordan kartleggingen vil bli utført.

Hvis en eller flere av forvarslene er fremstår i moderat eller alvorlig grad:

➔ **OPPTRE I HENHOLD TIL HANDLINGENE SOM ER BESKREVET I PLANEN FOR FOREBYGGING AV TILBAKEFALL.**

- 3. Gi pasienten informasjon om hyppigheten av kartleggingen.  
*Veiledning:*  
*I stabile perioder kan kartleggingen være mindre hyppig. Anbefalt hyppighet er minimum en gang i uken.*
  - *Hyppigheten kan variere over tid*
  - *Behov for mer enn ukentlig tilsynsføring indikeres av:*
    - *Perioder hvor forvarslerforekommer.*
    - *Perioder når pasienten generelt sett føler seg dårlig.*
    - *Perioder hvor pasienten – av ulike grunner – ikke tar medisinene sine regelmessig.*
- 4. Diskuter og evaluer sammen med pasienten og nettverket hans måten kartleggingen skjer på. Det er viktig at dette er et diskusjonstema på hvert eneste møte med pasienten og/eller familien hans.

## FASE 4: TILTAK

### Mål

Definer tiltakene som kan bli gjennomført når forvarslene oppstår.

- Tiltak som pasienten selv er i stand til å utføre.
- Tiltak som medlemmer av familie/nettverket kan utføre.
- Tiltak som medlemmer av familie/nettverk ikke skal utføre.
- Tiltak som miljøpersonalet kan utføre.

### 4.1 Pasientens tiltak

#### Unngå stress

- 1 Sammen med pasienten, beskriv situasjoner i daglig livet som får han til å føle seg spesielt anspent. For å gjøre det så realistisk som mulig, evaluer situasjoner og opplevelser som har funnet sted nylig, i de siste par ukene og månedene.

#### Lære å greie seg bedre

- 2 Sammen med pasienten, lag en liste over de forskjellige måtene som han selv kan aktivt bidra til stabilisering og unngå risikabel atferd:

### 4.2 Medlemmer av familie/nettverks tiltak

- 3 Beskriv hva familie/ nettverk kan gjøre i tilfelle forvarsler oppstår. Beskriv i planen de viktigste, mest beskyttende handlingene som kan bli utført.

### 4.3 Miljøpersonalets tiltak

- 4 Om forvarsler oppstår, hva kan miljøterapeut gjøre i møte med pasienten og familie/nettverk?  
Tre tiltak kan beskrives her:
- Tiltak som defineres utfra miljøterapeutens synspunkt og profesjonelle ekspertise
  - Tiltak som utføres som et resultat av pasientens forespørsel (f.eks. å prate med de ansatte)
  - Tiltak som utføres som et resultat av sosialt nettverks forespørsel (f.eks. å ringe de ansatte)

### Noter disse handlingene i planen for forebygging av tilbakefall.

### 4.4 Hvem har kopi av pasientens ERM plan?

#### **Mål: Pasienten har sin ERM plan på egen rom/leilighet**

- Etter samtalen med pasienten, skriv en liste over de personene/partene som kan ha en kopi av pasientens ERM plan.
- I første rekke, bør personer som er direkte involvert i å utføre deler av planen ha en kopi. (eks en kopi på vaktrommet etc)
- I andre rekke, kan personer som ikke er direkte involvert med pasienten ha en kopi,
- Da de kan komme til å spille en viktig og støttende rolle, hvis pasienten skulle få tilbakefall. (Familie/nettverk etc)





