



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Kan man ved å benytte Personsentrert perspektiv forebygge bruk av mekanisk tvang innen psykisk helsehjelp?**

Astrid Ulleland Bergsvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28

Molde, 21.04.2016



## 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: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

## 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: 21.04.2016

**Antall ord: 9376**

## **Sammendrag**

I denne oppgaven vil jeg synliggjøre hvordan jeg med hjelp av en personsentrert tilnærming kan oppnå reduksjon i bruk av mekanisk tvang ovenfor en pasient som er innlagt ved en rehabiliteringsavdeling innen psykisk helse. Dette både ved innleggelse og under oppholdet på avdeling. I teorien har jeg beskrevet personsentrert perspektiv, lovverket (kap.4) for bruk av mekanisk tvang, utfordringer knytt til pasienter fra andre kulturer, dette på bakgrunn av at pasienten jeg observerte i praksis var innvandrer og snakket og forstod svært dårlig norsk.

Jeg vil også forsøke å belyse noe av det som kan både fremme og hemme bruken av mekanisk tvang. Likeledes kommunikasjonens betydning.

Jeg har beskrevet en situasjon fra praksis og reflekterer over hvordan jeg kunne ha møtt denne pasienten etter selve hendelsen.

Jeg vil i diskusjonen drøfte problemstillingen opp mot teori og empiri. Jeg vil forsøke å belyse hvordan en samtale med pasienten ut fra en personsentrert tenkning og praksis kunne ha vært. Jeg har valgt problemstillingen: Hvordan kan jeg ved personsentrert tilnærming bidra til å redusere bruk av mekanisk tvang.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>1</b>
	Hvilke særlige utfordringer er knyttet til pasienter med innvandrer-bakgrunn?.....	2
<b>3.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>4</b>
3.1	Personsentrert perspektiv .....	4
3.2	Lovverk for bruk av mekanisk tvang.....	7
3.3	Noen fremtredende alternativer til endringsarbeid for å redusere bruk av tvang ...	8
3.4	Hindringer for godt utviklingsarbeid.....	10
<b>4.0</b>	<b>Empiri .....</b>	<b>11</b>
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>12</b>
	Hvilke særlige utfordringer er knyttet til pasienter med innvandrer-bakgrunn?.....	18
<b>6.0</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>22</b>

## 1.0 Introduksjon

Formålet med denne oppgaven er å belyse i hvilken grad personsentrert tilnærming kan bidra til å redusere bruk av mekanisk tvang innen psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette er at jeg i min praksis ved en lukket rehabiliteringspost var vitne til bruk av mekanisk tvangsmiddel.

Pasienten kom i konflikt med en annen pasient da de spilte bordtennis. Personalet forsøkte å snakke med pasienten, men greide ikke å roe pasienten, og situasjonen ble vurdert til at det kunne være fare for at pasienten gikk til angrep på medpasient eller personale.

Pasienten var av utenlands opprinnelse og snakket svært dårlig norsk. Det hadde også ved en tidligere anledning vært benyttet mekanisk tvangsmiddel ovenfor denne pasienten.

Jeg ble sammen med min veileder for å observere pasienten mens han lå i belter. Dette er vanlig prosedyre, pasienten skal behandles som en intensivpasient og skal til enhver tid være under oppsikt når mekanisk tvang er benyttet.

Dette opplevde jeg som svært inngripende ovenfor pasienten, og jeg har i ettertid tenkt mye på hva en kunne ha gjort annerledes både i for og etterkant av hendelsen. Kanskje kunne en personsentrert tilnærming til pasienten bidratt til at situasjonen kunne vært løst på en annen måte.

## 2.0 Problemstilling

***Kan man ved å benytte personsentrert tilnærming forebygge/begrense bruk av mekanisk tvang innen psykisk helsehjelp?***

Pasienten sov da vi kom inn, men løftet etter en stund på hodet og så meg i øynene, for så å legge seg ned igjen. Min opplevelse var at jeg så sorg, redsel, avmakt, sårbarhet, sinne og frustrasjon i det blikket. Jeg ble fortalt at det også kunne være at pasienten var preget av de medisinene han hadde fått, og at han ganske sikkert ville sovne snart igjen. Denne episoden gjorde et stort inntrykk på meg, og jeg opplevde dette som svært inngripende ovenfor pasienten.

Jeg har i ettertid tenkt mye på hva en kunne ha gjort annerledes både i for og etterkant av hendelsen. Jeg tenker at dersom man hadde benyttet personsentrert tilnærming til pasienten etter den første episoden, så kunne kanskje det ha vært med og bidratt til at man unngikk å måtte ta i bruk denne formen for behandling/virkemiddel flere ganger. Kanskje kunne man ved å jobbe personsentrert allerede fra den dagen pasienten kom inn på avdelingen bidratt til å redusere bruken av mekanisk tvang.

Jeg fikk også mulighet i løpet av praksisperioden til å bli med på en fagdag hvor temaet var psykisk helse og tvang, og som ga meg mange tanker om hvordan vi som fagpersoner kan være med å bidra til hvordan kulturen på vår arbeidsplass skal være i forhold til å unngå bruk av unødig tvang. Jeg ble etter denne dagen interessert i å belyse hvordan jeg med personsentrert tilnærming kunne bidra til at jeg gjennom min kommunikasjon med pasienten kunne skape en felles relasjon, som igjen kunne bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang.

Stipendiat (Hammervold 2009) viste i sin presentasjon om *kunnskap-forebygging-håndtering av tvang i psykisk helsevern* til at det er vanskelig å måle tvang på en entydig måte. Det er flere måter å beskrive og definere tvang på innen psykisk helsevern, og i å vurdere tvang på en entydig måte. Hun viser til formell tvang som er hendelser og handlinger hvor det er fattet vedtak etter loven om psykisk helsevern, og til den tvangen pasienten opplever er påtvunget ut fra at de er underlagt helsevernloven. Videre at konkret tvang er den tvangen som konkret utøves ovenfor pasienten.

Jeg tenker at det sentrale for personalet vil være å forsøke å redusere bruk av mekanisk tvang. Allerede den dagen pasienten blir innlagt ved avdeling vil det kunne vært hensiktsmessig å ta utgangspunkt i personsentrert tilnærming. Ved å forøke å få en god relasjon til pasienten allerede ved innleggelsen vil kunne bidra til hvordan relasjonen blir under oppholdet ved avdelingen. Pasienten vil da kunne hatt større forutsetning til å føle seg trygg nok til at han kan si noe om det som oppleves vanskelig. For pasienter som har utfordringer i forhold til språket vil det være sentralt at vedkommende opplever å bli forstått, det vil derfor være avgjørende at avdelingen har tilgang på tolk. Dette kan være utfordrende både for pasienten og for personalet.

***Hvilke særlige utfordringer er knyttet til pasienter med innvandrer-bakgrunn?***

Alle mennesker har behov for å føle seg sett og forstått. Når man er syk vil dette være av avgjørende betydning for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt på en god måte. Med stadig flere pasienter med innvandrerbakgrunn vil utfordringer knytt til språk og kultur bli mere fremtredende fremover. (Falck-Pedersen 2004) fremhever at for en person med innvandrer bakgrunn kan språk, usikkerhet i forhold til det norske byråkratiet, liten eller ingen tillit til myndigheter, frustrasjon, samarbeidsproblemer gjøre det vanskelig å si noe om sine plager. Pasienter som har flere negative livshendelser og tortur med seg fra hjemlandet trenger å bli møtt på en respektfull og god måte. (Helsedirektoratet 2015) skriver i sin veileder for helsepersonell at det i noen tilfeller vil være helt nødvendig med tolk for å kunne gi forsvarlig og likeverdig helse og omsorgstjenester, og at personer som har opplevd traumer etter overgrep og vold i ulike settinger vil ha behov for kompetansen fra helsepersonell på å indentifisere alvorlige psykiske helseplager og henvise til videre utredning og behandling.

Ved å opparbeide seg en god relasjon til pasienten vil en kunne stille spørsmål som det ellers ville kunne være vanskelig å få svar på.

### **Kommunikasjonens betydning ovenfor pasienter som snakker og forstår dårlig norsk.**

Som pasient er det helt avgjørende at de som skal yte hjelp forstår det pasienten formidler, likeledes at personalet greier å oppfatte det pasienten formidler.

Som helsepersonell vil det være hensiktsmessig å sette seg inn i pasientens kulturelle bakgrunn. Man bør sørge for at tolk er tilstede og at pasienten både forstår det som blir sagt og at vedkommende for formidlet hvordan han har det på en slik måte at misforståelser unngås. For at pasienten skal kunne ta en aktiv del i sin behandling er god kommunikasjon viktig. Det vil være hensiktsmessig å forsikre seg om at pasienten har forstått det som blir sagt, konsekvensene ved manglende kommunikasjon vil kunne medføre unødig utrygghet hos pasienten i tillegg til uheldige medisinske konsekvenser. (A.L Shuja 2007) hevder at: Kommunikasjonen som er mellom lege og pasient vil ha konsekvenser på flere områder, som for eksempel sykdomsforståelse, tid og gjennomføring av konsultasjonene, og i siste instans også til effekten av behandling. I møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og den «norske» legen kan kommunikasjon ofte fremstå som en kritisk faktor. Her fremheves det både av innledere og debattanter at



det hadde stor betydning å benytte tolk oftere, og mer profesjonelt. Det å ha tilstrekkelig tid ble også fremhevet som en kritisk faktor.

### **Litteratursøk**

Jeg har i tillegg til pensum søkt på følgende databaser: Norart, Oria.no, SveMed+ med søkerord som multikulturell – kommunikasjon, personsentrert, tvang - psykiatri, kommunikasjon – tvang, dette i ulike kombinasjoner. Jeg har valgt å bruke noe av det jeg fant på søkene, og har i tillegg brukt referanser fra forelesere. Jeg er oppmerksom på at det er ønskelig med søk på engelske artikler, men på grunn av min svake forståelse av engelsk har jeg valgt å fokusere på norske artikler.

## **3.0 Teori**

I teorien vil jeg belyse lovverket for bruk av mekanisk tvang. Jeg vil videre gi en kort beskrivelse av valgt perspektiv, og det vitenskapeteoretiske grunnlaget for perspektivet. Helsetilbudet til asylsøkere og flykninger. Jeg vil trekke frem noen av de mest fremtredende alternativene til bruk av tvang, og hva som kan være til hinder for et godt utviklingsarbeid for å redusere bruken av tvang, dette med bakgrunn i (Norvolls rapport 2008).

### **3.1 *Personsentrert perspektiv***

I personsentrert perspektiv er det to begreper som er tydeligst, kongruens og ekthet. Her handler det om at terapeuten har kontakt med egne følelser, og at terapeuten hjelper pasienten til å få kontakt med sine følelser. Det er lov å snakke om hverdagslige ting, og det er viktig å ikke være redd for å snakke om dagligdagse hendelser.

Terapeuten må kjenne etter sine egne følelser og hvordan det pasienten sier oppleves.

Dette kan terapeuten også si noe om til pasienten, viktig å være ærlig om hva en kjenner på i samtalen. Praktiske problemstillinger gjør at personer kommer nærmere.

Dersom pasienten opplevde angst, kan terapeut spørre: hva skjedde da? Med å stille åpne spørsmål rundt det pasienten føler, kommer vi som terapeut nærmere pasienten.

Problemstillingen er å utfordre pasienten til å finne løsninger selv, hva er viktig for deg?

Hva har du prøvd før? Hva kan du selv gjøre når du føler det sånn?

Selvaktualisering ved å komme nær seg selv og forstå seg selv og andre mennesker, og kjenne etter om valg er gode eller dårlige. Anerkjennelse pasientens opplevelser og spørre pasienten hvordan det kjennes. Selvet er bygd opp ut fra opplevelser. Kriser vil kunne påvirke dette, og selvet blir da et referansepunkt av verden og oss selv.

Her fremholdes det at ethvert menneske er en helhet som er noe annet enn summen av sine deler. Verden er subjektiv og selvopplevd, og for å forstå en person må en kjenne til personens opplevde verden. Forklaringsbegrepet sikter til forståelsen av selvet og dets mangfold. Det er det aktuelle menneskets fortolkning og oppfatning av mening i situasjonen som er grunnleggende og avgjørende for hvordan reaksjonen eller handlingen blir. For å prøve å forstå en menneskelig reaksjon må man legge menneskets bearbeiding og samordning av ulike informasjonen til grunn. Carl Rogers er sentral i personsentrert perspektiv. (Haugsgjerd mfl. 2004).

**Empati:** Dette er en vedvarende prosess, og målestokken vil alltid være om den andre opplever det. Det er helt avgjørende å ikke korrigere pasienten i hans følelser. Innlevelse er en sentral oppgave for terapeuten og vil virke vekstfremmende. Det å bli forstått oppleves som lettende. Empati er pasientens opplevelse av terapeuten, og terapeuten må spørre pasienten om samtalen gir mening. Terapeuten kan gjerne bruke seg selv i terapien, men det må være i forbindelse med temaet i terapitimen. Empati er en gjenskapningsprosess. Terapeuten bruker seg selv i samtalen for å bygge relasjon. Her understreker Rogers skillet mellom identifikasjon og empati. I Haugsgjerde m. flere. 2004 påpekes det at: Behandler må kunne oppleve pasientens fortvilelse og smerte, men må samtidig evne å distansere seg fra styrken og intensiteten i følelsene. (Haugsgjerd mfl. 2004).

**Ekthet/kongruens:** Samsvar eller likeverd. Dette er det som ligger nærmest ekthet, men går litt mere over i relasjonen. Kunne gjøre bruk av seg selv for å komme nærmest mulig den andres opplevelsesverden. Bringe nærmere den andre ved å finne egne opplevelser som kan ligne pasientens. Søke inn og finne noe inni seg selv, være ærlig ovenfor seg selv. Bruke seg selv og egne erfaringer. Leve seg inn i og bli en likeverdig person. Dersom vi har opplevd noe lignende kan vi spørre pasienten om dette har likhetstrekk med det pasienten snakker om, dette for å komme nærmere den andre personen. Dette bidrar til at det utvikler seg en kongruens mellom terapeut og pasient, samtidig må terapeuten være oppmerksom på at det ikke skal dreie seg om terapeuten. Ufarliggjøre samtaler om følelser, både hos behandler og pasient. Terapeuten må møte pasienten på en åpen måte

som gjør at pasienten føler seg møtt og forstått. Terapeuten må ifølge Rogers være åpen for alle følelser i seg som angår klientens situasjon.

Terapeuten må vise et samsvar med både det han sier og det han gjør i forhold til andre mennesker. (Haugsgjerde m. Flere. 2004)

**Ubetinget positiv forståelse:** Terapeuten skal ikke være dirigerende. Pasienten for snakke om det han er opptatt av i dag. Selv om pasienten kan gi uttrykk for et enormt hat eller grufulle tanker. Du skal ikke støtte pasientens ønsker om en gruffull handling, men man kan støtte pasientens følelser. Terapeuten kan spørre pasienten om det går bedre, ikke påstå at det gjør det. Det vil være viktig å tåle negative utsagn fra pasienten og gi tilbakemelding på hvordan du føler/opplever det. (Haugsgjerd mfl. 2004).

**Frigjøring/valg/vekst:** gå fra å tenke om noe til å ta et valg. Kjennetegnes på alle mennesker, alle har et potensiale og vekst i fellesskap med andre. Mennesket er innrettet for å være god mot andre. Følelser og opplevelser innenfor egne ressurser. Ikke å fokusere på avvik, men på vekstmuligheter. Vekst handler om følelser og egenskaper innenfor egne ressurser, og gleden av å kunne få til noe. Ta egne valg for å skape vekst, og ikke begrunne valg på bakgrunn av andre. Unngå å fremheve eller fokusere på negative sider hos pasienten. (Haugsgjerde m. flere 2004)

Å bli værende i for eksempel angsten er at du ikke tar valg men blir værende i angsten. Generelt sett så har vi mulighet til å avgjøre valg og endringer. Ta valg som fremmer vekst. Ubehaget som er knytt til angsten vil kunne være tema i samtalen. For eksempel «jeg måtte bare slå han den dagen» i stedet for at «jeg valgte å slå han den dagen».

Terapeuten stiller åpne spørsmål for eksempel, hvordan kom du deg hit i dag? Dersom terapeuten stiller lukkede spørsmål vil det bidra til at det er terapeuten som definerer samtaletema og samtaleform, dette er noe terapeuten må være bevisst på, og unngå.

Relasjon har som formål at pasienten skal oppleve en god mellommenneskelig relasjon der man kan ha samtaler om viktige ting for pasienten, og at pasienten opplever å bli respektert og lyttet til. (Bøe og Thomassen 2003)

### **3.2 Lovverk for bruk av mekanisk tvang**

Mekanisk Tvang har som formål å begrense pasientens bevegelsesfrihet. Når pasienten er fiksert i belteseng har han mulighet for å løses opp i transportbelter i perioder for eksempel ved toalettbesøk. Full beltelegging skal benyttes så kortvarig som det er mulig.

I lovens § 4-8, forskrift psykisk helsevernloven står det:

*«Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold står det: Tvangsmidler skal bare brukes ovenfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbar forgjeves eller utilstrekkelige.*

*a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.*

*Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.*

*Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom annet ikke er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans nærmeste pårørende».*

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn, og gjennomføringen skal være så skånsom som mulig. Dersom pasienten er fastspent i seng eller stol skal personalet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten selv ønsker å være alene og dette blir vurdert som faglig forsvarlig. En pasient som er fiksert i belteseng skal følges opp som en intensivpasient. Videre skal bruken av tvangsmiddelet vurderes fortløpende, og bruken skal straks avbrytes dersom det viser seg å ikke ha de forutsatte virkningene eller det får utforutsatte negative konsekvenser.

I Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjon for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet, av 24. Nov.2000 poengteres det:

At man ved bruk av tvangsmidler skal legge til rette for at pasienten skal ha størst mulig innflytelse på tiltaket og at dette skal vurderes fortløpende.

## **Ettersamtale med pasient:**

Pasienter som har vært utsatt for tvang vil kunne kjenne på mange tanker og følelser i etterkant av hendelsen. Det kan være mange spørsmål som pasienten har behov for å ta opp med behandler, samt følelser som vedkommende har behov for å sette ord på.

Pasienter bør tilbys samtale i etterkant av at det har vært benyttet tvang, og den første samtalen bør skje så snart som mulig etter hendelsen. Dersom pasienten ikke behersker norsk, må tolk være tilstede i samtalen. Samtalen bør fortrinnsvis ledes av en som ikke var involvert direkte i hendelsen. Det er seksjonsleder og behandler som har et felles ansvar for at samtalen finner sted.

Samtalene skal omhandle: hvordan pasientens opplevelse av å bli beltelagt var og måten det ble gjennomført på, pasientens oppfattelse av årsaken til belteleggingen, hvilken effekt var det av tiltaket og om tvangsbruken kunne vært unngått, pasientens forslag til hvordan man kan forebygge lignede situasjoner og hva de ansatte kan gjøre, hvordan personalet oppfattet belteleggingssituasjonen, formålet med å beltelegge og effekt av tiltaket. Det skal skrives referat fra samtalen. Pasienten får kopi av referatet og anledning til å kommentere dette. Referatet skal inngå i journalen (Helsebiblioteket 2012).

### ***3.3 Noen fremtredende alternativer til endringsarbeid for å redusere bruk av tvang***

(Norvoll 2008) hevder i sin rapport:

Det fremholdes at alternativer må sees på i et bredt organitorisk og forebyggende perspektiv hvor det vil være nødvendig med flere typer intervensjoner på ulike nivå. Det blir lagt vekt på betydningen av viktigheten av å skape et avdelingsmiljø som virker ivaretagende og konfliktforebyggende.

En bør se på endring av behandlingsfilosofien med større vekt på individuell og familie rettet behandling, recovery, krise håndtering og traume informert behandling for å kunne unngå traumer ved tvangsbruk. Det legges også vekt på at fysisk tvang og rigid grensesetting øker faren skader på personal og pasient.

Det vil derfor være hensiktsmessig å forsøke å håndtere vanskelig adferd og krisesituasjoner ved hjelp av forebyggende kommunikasjon. Det blir henvist til god

erfaring å inkludere ledelsen i tvangssituasjoner, likeledes å benytte spesielt erfarent personell og/eller krise team ved avdelingen for å løse krisene eller problemene på alternative måter.

En ser også at det er gunstig å øke involveringen av pasient og pårørende i behandlingen. De fysiske og romlige løsningene er også av stor betydning. Det refereres til at lederskap på ulike nivå som avgjørende faktorer i de fleste artikler, og at viktige aspekter er å utarbeide en felles visjon og strategisk handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene. For å få oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon må en ta i bruk data.

Man bør også ha hyppig og systematisk bruk av refleksjon, revier og debriefing hvor både ledelsen og brukerne er involvert for å se på forebygging av og muligheter for tvangsreduksjon gjennom alternative tilnærminger.

Forhåndsvurderingene og beslutningene om å iverksette tvang må kvalitetssikres.

Det rettes fokus på utvikling av personalgruppen gjennom målviste ansettelse, utvikling av holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis. Det vektlegges i tillegg betydningen av systematiske utdanningskurs som er rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i forhold til ny behandlingsfilosofi og til å løse vanskelige situasjoner i praksis uten bruk av tvang. Man tenker at personalet må bli mer bevist på mulighetene for å intervensere på en mindre restriktiv måte, og heller på en mer samarbeidende måte med pasientene.

Økt kompetanse hos pasientene til å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon på en bedre måte.

Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg sykehus har startet et prosjekt hvor de vil forsøke å redusere bruk av tvangsmidler i avdeling. Dette er et prosjekt som gjennomføres over ti måneder, og hvor formålet er å redusere bruk av mekaniske tvangsmidler. Der vil det bli prøvd ut alternativer for å redusere bruk av tvangsmidler ovenfor pasienter.

Formålet er både å få ned antall tvangsepisoder på inntaksposten og å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler til å anvende mindre belastende tvangsmidler som for eksempel kortvarig fastholding, i stedet for mekaniske tvangsmidler. Dette for å forebygge aggressiv atferd før den oppstår, ved å tematisere konfliktsituasjoner og alternative løsningsforslag i samtale med pasienten på et tidlig stadium i innleggelsen. De viser til klinisk erfaring som viser en klar og tydelig forbindelse mellom tvang og aggresjon. (Veland og Jacob 2014).

Aggresjon eller aggressiv adferd, er en adferd som ikke er forenelig med konstruktiv samhandling. Adferden kommer til uttrykk i at personen ønsker å påføre en annen person skade. Mekanismer som settes i gang og som kan opprettholde aggressiv adferd kan blant annet være:

- Dersom personen føler seg fornærmet eller nedvurdert av andre.
- Dersom personen har et negativt selvbilde og/eller føler seg verdiløs. De oppsøker gjerne situasjoner hvor de kan vise at de er både viktige og ikke føler frykt.
- Har en oppfatning om at egne behov må tilfredsstilles umiddelbart.
- For å beholde sin status og posisjon i gruppen som de er en del av må de fremstå/være aggressive..
- Sadistiske personer som liker at offeret ber om nåde og blir stimulert av det.
- Personer som selv er redde for å bli skadet og som vil komme dem i forkjøpet.
- Personer som ikke evner å tåle ytre og indre ubehag, krav og forventninger. For å fjerne ubehaget velger disse personene å ty til aggressive handlinger (Bjørkly 1997)

(Hammervold 2009) viser til at: De miljøene som lyktes best var miljø som bygget på Recovery som filosofi og praksiser, og traumebevist behandling og omsorg. Likeledes avdelinger hvor det var god fysisk plass, som hadde høy grad av pasientinvolvering i behandlingen og hvor det var systematisk evaluering av alle tvangsepisoder.

Hun beskriver miljø som bygger på Recovery som følgende:

Som en personlig prosess hvor det ikke nødvendigvis er å bli symptomfri som er målet, men at det er brukeren selv som har nøkkelen og som eier sin vei til bedring.

Det blir derfor tjenestetilbudet som må legges til rette for en praksis som gjør at personalet tilrettelegger for en slik praksis og tilnærming. Fokuset blir da på hvert enkelt individ og det fokuseres på den enkeltes ressurs, og hvor det er et samarbeid mellom bruker og fagperson hvor brukerens egne ønsker og behov for et meningsfullt liv som er sentralt.

(Hammervold 2009)

### ***3.4 Hindringer for godt utviklingsarbeid***

Videre skriver (Norvoll 2008):

Når overordnede leder ikke deltar aktivt i arbeidet, men alt blir delegert.

Dersom data ikke blir brukt, blir skjult eller tvangsrapportene ikke blir gjennomgått før etter flere uker eller måneder.

Når personalet betrakter S/R (isolat og tvangsmiddel) som helt vanlige rutinemessige hendelser/praksis og fremhevet som en krisesituasjon som skal håndteres spesielt.

Personalet blir bedt om å ikke bruke S/R, uten å ha blitt opplært i ferdigheter som er nødvendig for å endre adferd.

Når personalet og pasienten identifiserer de reglene som ofte kan bidra til å skape konflikt, uten å ha myndighet til å endre disse.

Enkelt personer i personalgruppen som er ambivalente eller motarbeider tvangsreduksjonsarbeid uten at de blir fulgt opp eller holdt ansvarlige.

Når pasient/pårørende ikke er virkelig involvert, men kun talemåten.

Trening på S/R er rettet mot å legge pasienten ned, og ikke fokus på forebygging.

Når debrifing ikke er systematisk og forpliktende, men blir mer en ventilasjon for personalet. Da tenker jeg at fokuset blir på personalet og ikke på pasienten og hans opplevelser av tiltaket.

## 4.0 Empiri

I min fordypningspraksis var jeg seks uker ved en lukket rehabiliteringsavdeling. Dette var en ny erfaring for meg da jeg til daglig jobber ved et psykiatrisk bofellesskap hvor fokuset vårt er på rehabilitering for unge før de skal ut i verden på «egne ben». Vi har et recovery faglig ståsted/utgangspunkt for vårt arbeid. Vi jobber støttende for at beboerne skal nå sine mål, derfor blir støtten individuell og vil variere fra person til person.

Dette er min tredje dag i praksis, vekten har akkurat startet og jeg sitter sammen med de andre pleierne ved avdelingen for å få rapport fra dagvaktene om hvordan pasientene har hatt det på dagvakt. Etter at rapportansvarlig har gitt rapport om pasientene er det en pasient som blir diskutert grundigere enn de andre. Det er «Ali» som jeg har valgt å kalle han her, som det er rettet stor oppmerksomhet på i ettermiddag. Ali bor opprinnelig ved et asylmottak, og har store utfordringer både til å forstå og til å snakke norsk.

Rapportansvarlig forteller at Ali har vært i «klammeri» med en annen pasient, og at han nå lå i belteseng. Hun fortalte videre at Ali og en medpasient hadde vært på aktivitetsrommet for å spille bordtennis da det hadde oppstått en situasjon mellom de to som personalet ikke greide å roe ned. Medpasient hadde gått inn på eget rom, mens Ali hadde ikke greid å roe



seg ned og personalet opplevde at han var» ute av kontroll». Personalet snakker seg imellom at det ikke er så lenge siden han sist var i belteseng, og at de opplevde han som psykotisk.

Etter at rapporten var over gikk vi som vanlig ut i avdelingen. Etter en stund ble jeg spurt om jeg ville være med inn til Ali. Min veileder skulle avløse personalet som satt inne hos Ali. Jeg kjente ett ubehag ved tanken på å gå inn, samtidig som jeg var nysgjerrig på hvordan denne form for tvang ble utført da dette var en helt ny opplevelse for meg og jeg egentlig ikke visste hva som ventet meg.

Jeg gikk inn til Ali, han sov. Etter en kort stund ser jeg Ali løfte på hodet og ser på meg, jeg opplever at han søker blikket mitt. Jeg kjenner en klump i magen idet blikkene våre møtes. Jeg føler meg som en inntrenger og jeg får en fornemmelse av at han først lurer på» hvem er du? Hva gjør du her?». I de neste minuttene følte jeg sorg, frustrasjon, avmakt, sårbarhet, tomhet, redsel i blikket hans. Han la hodet rolig ned på puten igjen, og det virket som han sov. Personalet som var inne sammen med meg mente at han hadde sovnet på grunn av medisinene han hadde fått. Jeg ble sittende inne hos pasienten en times tid, en time hvor jeg tenkte mye på hvordan pasienten i sengen hadde det.

Han hadde ligget stille resten av tiden jeg var der, men jeg vet fremdeles ikke om han sov eller ikke. Etter at jeg kom ut i avdelingen igjen var tankene mine inne hos Ali, jeg greide ikke å få blikket hans ut av hodet. Pasienten ble liggende i belteseng til ut på kvelden for så å bli flyttet til akuttavdeling. Tankene mine gikk til hvordan kunne denne hendelsen vært unngått, hadde han fått tilbud om ettersamtale etter forrige hendelse som resulterte til at han ble lagt i belteseng, hadde han i så fall hatt tilgang på tolk, hvordan hadde han det nå på akuttavdelingen.

Siden han ble flyttet til en annen avdeling fikk jeg ikke anledning til å snakke med han i ettertid. Hadde medpasient som han hadde vært i klammeri ned forklart hva som skjedde, og stemte det med «min» pasients opplevelser av situasjonen?

## **5.0 Diskusjon**

*Hvordan kan man så bidra til å begrense bruken av mekanisk tvang ved personsentrert tilnærming?*

Generelt sett kan en tenke seg at mennesker som opplever tvang i forbindelse med behandling ofte vil kunne kjenne seg umyndiggjort, misforstått, krenket og lite deltagende i egen behandling. Det å miste kontrollen og herredømme over seg selv vil for mange oppleves som fravær av autonomi, og for mange vil da den miste involvering og selvråderett kunne bidra til å redusere denne avmakten som mange kjenner på. Tilliten til helsepersonell kan bli utfordret og noen vil kunne ha vansker med å få en god relasjon til personalet i ettertid.

Det å ha en tilnærming til pasienten som bygger på både respekt og ærlighet vil være sentralt for å etablere en best mulig relasjon allerede fra den dagen pasienten blir innlagt på avdelingen. Det å involvere pasienten i sin egen helse og i de utfordringer dette gir pasienten, vil kunne gi pasienten større medvirkning på egen behandling og fremme brukermedvirkning og selvbestemmelse.

Som jeg har skrevet tidligere så vil det å gå fra å tenke om noe til å ta et valg kunne fremme vekst og åpne opp for at pasienten kan ta andre valg ved senere situasjoner. Finne det som kan gi pasienten vekst i fellesskap med andre. Ikke å fokusere på avvik, men på vekstmuligheter (Haugsgjerd m. flere, 2004).

Ved å kartlegge om det er situasjoner hvor pasienten kan bli voldelig, frustrert eller aggressiv allerede ved innkomst på avdelingen, og om det i tilfelle er noe personalet kan gjøre for å forebygge dette vil være med på at pasienten blir utfordret til å bli mer bevisst på sine valg av handlinger. Samtidig vil det være nødvendig at pasient og personal har en åpen dialog under helse innleggelsen.

Man bør gå mere bort fra den paternalistiske holdningen, og søke svar hos pasienten selv. Pasienten kan ofte ha hatt flere erfaringer knytt til ulike behandlinger, og vet ofte selv hva som vil være til hjelp.

Ved å anvende en personsentrert tilnærming, vil man også ha fokus på verdighet, omsorg, respekt og brukermedvirkning. Målet mitt er at tvangsbruken skal oppleves mindre og at en søker etter andre alternativer som kan bidra til at tvangsbruken kan reduseres. Dersom situasjonen blir vurdert til at mekanisk tvang er nødvendig må personalet gjøre dette på en minst mulig inngripende/belastende måte ovenfor pasienten. En belteseng bør etter min mening heller ikke stå synlig og klar til bruk, som ett skremsel ovenfor pasienter. Enkelte sykehus har beltekofferter som de henter ved behov. For personalet kan kompetanse, opplæring og holdninger gjøre en forskjell, og hos pasientene vil fokus på autonomi og brukermedvirkning kunne bidra til å redusere bruken av tvang.

I det personsentrerte perspektivet er det humanistiske, eksistensielle og fennologien sentralt. Humanismen hvor man legger vekt på forståelse av enkeltmennesket på dets egne premisser og stiller seg kritisk til forskning som forsøker å forklare menneskelig adferd med utgangspunkt i dyreforsøk og kunstig tilrettelagt labratorieekperiment. Vektlegger personens egne opplevelser, valg og verdier.

Humanistisk psykologi forstår helhet som alt fra økologiske helhet til hvordan en person fremtrer helhetlig her og nå. Verden er subjektiv og selvopplevd. Her vil språket og forståelsen av det som blir sagt være en forutsetning, og målet er at de som snakker sammen skal kunne komme frem til en felles forståelse.

Metodesynet er basert på et grunnsyn om at kunnskap om mennesket ikke kan oppnås gjennom empirisk eller eksperimentelle metoder, men at mennesket anses som å være aktivt skapende av sin verden ved å strukturere alle opplevelser til et meningsfullt hele. Virkeligheten blir her avhengig av hvem som iakttar den.

Forklaringsbegrepet sikter til forståelsen av selvet og dets mangfold. Det blir her pasientens fortolkning og oppfatning av mening i situasjonen som er det grunnleggende og avgjørende for hvordan reaksjonen eller handlingen hans blir. For å kunne forsøke å forstå pasientens reaksjon må en vektlegge hans bearbeiding og samordning av ulike opplevelser til grunn. Carl Rogers og Abraham Maslow er sentrale navn i det personsentrerte perspektivet.

I den eksistensielle tradisjon betrakter man seg selv som et individ med valgmuligheter at man stiller spørsmål ved sine tanker, oppfatninger og valg en tar, og at man stadig tar disse valgene. Sentrale element er den enkelte og hans liv, subjektet, valget, friheten, det meningsfulle og det meningsskapende subjekt. Det er subjektet og den enkeltes liv filosofien skal dreie seg om. Avviser systemer som skal forklare «alt» ved verden og virkeligheten. (Bøe og Thomassen 2003).

Fennologisk anses mennesket som å være aktivt skapende av sin verden ved å strukturere alle opplevelser til et meningsfullt hele. Virkeligheten blir her avhengig av hvem som iakttar den.

Vi som helsepersonell må forsøke å få tak i helheten til pasienten og til hans livssituasjon. Vi må lytte til pasienten når han forteller oss om sine lidelser og symptom, og se pasienten sammenhengende mellom hans fortid og nåtid. Her fokuseres det på helheten av seg selv, og ved å bekrefte personen kan bidra til å skape nyvinning ved å løfte personen i det han

ser. Her er alt innrettet på at personen skal føle seg hel. Når pasienten opplever eller føler at alt er forgjeves må vi hjelpe pasienten til å gå inn i den følelsen, og gjennom samtale med pasienten bidra til å skape ny mening. Terapeuten skal ikke være dirigerende. Det å la pasienten få snakke om det han er opptatt av i dag selv om pasienten kan gi uttrykk for et enormt hat eller grufulle tanker, og da kunne støtte pasientens følelser (ikke hans ønsker om en grufull handling) vil kunne bidra til en ubetinget positiv forståelse hos pasienten. Det å bli forstått oppleves som lettende og pasienten må oppleve at terapeuten er genuint interessert i han som person.

Ved å anvende en personsentrert tilnærming, vil en også ha fokus på brukermedvirkning og selvbestemmelse.

Brukermedvirkning handler om at pasienten skal kunne ta egne valg, også valg som ikke er overens med personalets eller behandlers valg. (Bøe og Thomassen 2003) hevder i sin bok at: Dersom selvbestemmelse skal ha noen verdi i psykiatrisk arbeid må en evne å hjelpe pasienten og godta at pasienten innehar retten til å ta egne valg selv om disse blir vurdert som ufornuftige av behandler. Utagering oppstår ofte i kravsituasjoner.

Man har i dag flyttet fokuset mere bort fra den paternalistiske holdningen som var mere fremtredende tidligere. Dette var en holdning som i stor grad uttrykte at `vi vet best` og som ga ekspertene rett til å bestemme hva som var best for andre uten å vektlegge den andres meninger. (Henriksen og Vetlesen 2003) hevder at dette handler om at noen tolker andres behov for dem, i den tro at deres tolkning er sannere enn det personen selv anser som best. Man tenker at man vet den andres beste og har det som motiv.

I noen situasjoner kan det være slik at helsepersonell vet hva som er best for pasienten og må gripe inn for å avverge at pasienten er til skade for seg selv eller andre, men det er da helt sentralt at en alltid forsøker å unngå å krenke pasientens integritet. Pasienter har også i disse situasjonene krav på autonomi, for eksempel *ønsker du sprøyta i høyre eller venstre arm?* Det handler om å gjøre en situasjon mindre krenkende for pasienten, og la hen få bestemme så mye han kan ut fra den situasjonen han er i. Når en pasient er under tvangsbehandling vil hvert eneste valg pasienten kan ta selv være av betydning, og fremme pasientens opplevelse av at på tross av den situasjonen han er i har valg.

Min oppfatning er at det ofte er i kravsituasjoner eller korrigerende av adferd at utagering oppstår.

(Hammervold 2009) viser til eksempler på systemets makt: pasient som har ligget i sengen med skoene på og fått valget om å ta av seg skoene eller bli lagt i belter. Andre som har opplevelsen av at når alarmen har gått så er beslutningen tatt og at det er ingen vei tilbake, da blir det belteseng igjen. Mange opplever at sprøyta ikke blir gitt på en verdig måte, og hadde foretrukket å få tatt ned buksa selv. For en som har opplevd overgrep vil dette kunne ha stor betydning.

Hun viser også til tiltak som bør iverksettes etter at tvang har vært anvendt: Umiddelbar samling for å lindre skade og gjenopprette miljøet slik det var før hendelsen. Debriefing eller en ettersamtale der pasienten og eventuelt pårørende skal være med for å ha en gjennomgå for hva som skjedde før tvangsbruken, hva skjedde under tvangsbruken, samt å ha en vurdering av tiltak om en slik situasjon skulle oppstå igjen.

Jeg tenker at eksemplene jeg referer til ovenfor også er aktuelle for pasienter med innvandrerbakgrunn, og at det er de holdningene vi som helsepersonell har vi må ta tak i og fokusere på. Hvordan bruker/utnytter vi vår makt i møte med pasientene? Hvordan hadde vi selv ønsket å bli møtt og behandlet i en lignet situasjon.

Ut fra de tankene jeg gjorde meg i den aktuelle situasjonen, tenker jeg at det å kunne hatt en samtale med pasienten i ettertid ev hendelsen ville kunne ha bidratt til at både pasient og personalet å få en ny forståelse av det som hadde skjedd. Pasienten hadde fått muligheten til å si noe om sin opplevelse og sin forståelse rundt både hendelsen og tiltaket som ble iverksatt, samt at han kunne sagt noe om hvordan en kunne håndtert en lignende situasjon senere. Jeg vil tro at også personalet ville kunne ha fått en ny forståelse både på det de gjorde som pasienten opplevde som bra for han, og det pasienten opplevde som kanskje krenkende. Debriefing i etterkant med tanke på endringsarbeid for personalet blir nevnt i rapporten til (Norvoll 2008) og hevder at dette må være systematisk og forpliktende og ikke bare en ventilasjon for personalet.

Kan man ved å benytte personsentrert tilnærming allerede når pasienten blir innlagt bidra til at pasienten opplever at han blir sett, akseptert og behandlet på en måte som fremmer pasientens autonomi og brukermedvirkning på en slik måte at bruken av tvang blir redusert? Jeg tenker at ved å finne møtepunkt som vil kunne bidra til å skape likeverd vil kunne bidra til dette. Likeledes å hjelpe pasienten til å bli bevist sine følelser. I det personsentrerte perspektivet er også frigjøring/valg/vekst sentralt, det handler om å gå fra å tenke om noe til å ta et valg. I en ettersamtale vil det å lansere andre valg som pasienten

kunne ha benyttet i situasjonen som resulterte til tvang, bidra til at pasienten kan ta andre valg ved lignede situasjoner senere.

Når en pasient mister kontrollen over eget liv og opplever at personalet og legene vet hva som er best for deg, kan en kanskje tenke seg at dette kan føre til frustrasjon hos pasienten. Når en da tenker ut fra en personsentrert tilnærming hvor pasienten selv er den som har den største kompetansen på seg selv, vil kanskje noen av de situasjonene som fører til utagering bli redusert. Dette støttes også av Sintefs rapport ved at man reflekterer over alternative tilnærminger.

Jeg tenker at mennesker som er innlagt på en lukket avdeling og som ikke opplever å ha noen form for innvirkning på hva som er best for en selv vil kunne reagere med frustrasjon og sinne. På samme måte som det å la pasienten være ekspert på seg selv vil kunne bidra til det motsatte.

Regjeringen oppnevnte ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 et lovutvalg for å utrede regler om tvang innen psykisk helsevern. Utvalget kom da med forslag til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven, to av forslagene var at det skulle være autorisert helsepersonell som både observerer og vurderer pasienten før, under og etter tvangsmiddelbruk. Likeledes at pasienten skal tilbys samtale ved opphør av enhver bruk av tvang.

Innen psykisk helse har det vært og er fortsatt etter min oppfatning en del bruk av unødig tvang, både gjennom personalets kroppsspråk, hvordan vi ordlegger oss, gjennom regler vi har og den kulturen vi har godtatt ved avdelingen. Det fremheves av Sintef viktigheten av å skape et behandlingsmiljø som virker ivaretagende og konfliktforebyggende. Ser en på tall som er innrapportert om bruk av mekaniske tvangsmidler i perioden 2012-2013 at det på landsbasis har økt fra 2509 i 2012 til 4139 i 2013. I Helse Møre og Romsdal HF økte det fra 1 - 102 i den samme perioden (Hammerold 2009)

Siden jeg ikke fikk mulighet til å ha samtale med pasienten i ettertid, vil besvarelsen belyse hvordan personsentrert tilnærming kunne påvirket pasienten og hans relasjon til personalet ved avdelingen, og om dette kunne ha bidratt til mindre bruk av mekanisk tvang.

Jeg var ikke tilstede under selve hendelsen, og fikk ikke sett de konkrete tiltakene som ble iverksatt før mekanisk tvang ble brukt. Fra personalet som hadde vært på vakt under den aktuelle situasjonen ble det fortalt at de hadde prøvd å roe ned situasjonen med å snakke med pasienten.

Det som jeg da undrer meg over er hvor god denne samtalen hadde vært, da pasienten ikke hverken snakker eller forstår norsk noe særlig godt. Kan da utageringen være et uttrykk av å ikke ha blitt forstått? Kan utfordringene i forhold til språket ha vært det som utløste frustrasjonen under bordtennis sammen med medpasienten i forkant? Hvordan opplevde pasienten å være innlagt ved en psykiatrisk avdeling og samtidig ikke forstå språket? I en samtale med pasienten kunne jeg ha fortalt noe om hvordan jeg selv opplevde å være innlagt på sykehus i et land hvor jeg ikke kunne språket og tilgang på tolk var begrenset til en gang per dag. Kunne han kjenne seg igjen i min følelse av usikkerhet? Dette kunne ha bidratt til ekthet/kongruens og at pasienten opplevde samsvar eller likeverd. Ved å gjøre bruk av meg selv for å komme nærmest mulig den andres opplevelsesverden. Ved å bringe nærmere den andre ved å finne egne opplevelser som kan ligne pasientens, og ved å bruke meg selv og mine egne erfaringer. Kunne pasienten ha roet seg bare ved å ha blitt flyttet til skjerming?

### ***Hvilke særlige utfordringer er knyttet til pasienter med innvandrer-bakgrunn?***

Pasienten snakket og forstod som tidligere nevnt svært dårlig norsk. Dersom personalet ved avdelingen hadde tatt høyde for at språket kunne være en av årsakene til at den aktuelle situasjonen med medpasient oppstod, og at han ved samtale med personalet i etterkant ikke opplevde og bli sett og forstått så ville de kanskje ha løst situasjonen på en annen måte.

Kanskje burde personalet vært tilstede sammen med pasientene mens de spilte bordtennis? En kan kanskje ikke forvente at avdelingen skal ha tilgang på tolk til enhver tid, men dersom avdelingen hadde meldt inn at det ville være behov for tolk allerede ved innleggelsen (noe de kanskje hadde gjort) så ville det være større mulighet for at dette kunne ordnes ganske raskt. Og i en ettersamtale med pasienten vil det etter mitt syn være helt vesentlig at pasienten har en tolk som kan være med å bidra til at pasienten blir forstått og at pasienten faktisk forstår det som blir sagt og formidlet til han.

Hvor godt kjenner personalet til pasientens traumer fra tidligere? Mange av flykningene som kommer hit til Norge har tilleggsproblemer i form av fengslig og tortur. For å kunne gi disse pasientene en god behandling vil en ofte måtte bruke lang tid på å skape en god og nødvendig allianse. I rapporten til (Norvoll 2008) skrivers det at traume – informert behandling for å unngå traumer ved tvangsbruk er fremtredende som alternativ.

I det personsentrerte perspektivet som sier at mennesket er en helhet som er noe annet enn summen av sine deler og at verden er subjektiv og selvopplevd må en kjenne til pasientens

opplevde verden for å kunne forstå. Det vil si at for å forstå pasientens reaksjoner må en vite noe om hans bearbeiding og samordning av ulike opplevelser. Jeg er oppmerksom på at det ikke er slik i alle tilfellene, at en pasient som har vært utsatt for traumer er utagerende, og det er heller ikke slik at en såkalt «rolig» pasient ikke kan bli til fare for seg selv eller andre. I en personsentrert tilnærming tenker man her og nå, og må kunne være forberedt på uventet adferd. Men ved å ha kjennskap til pasientens opplevde verden kan man ta noen hensyn dersom en må benytte mekanisk tvang, som for eksempel å unngå at 6 menn legger seg over deg dersom du har vært utsatt for overgrep.

Ved å ha en tilnærming til pasienten på en måte som gjør at pasienten opplever å bli informert om sin egen situasjon kontinuerlig vil kunne bidra til å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Pasienten bør få informasjon om konsekvenser, og derav mulighet til å ta nye/andre valg i den aktuelle situasjonen. Dersom mekanisk tvang blir nødvendig må en etterstrebe så stor grad av brukermedvirkning som det lar seg gjøre å få til.

Når vi vet at mekanismer som settes i gang og som kan bidra til å opprettholde aggressiv adferd kan være blant annet den minste antydning til fornærmelser eller nedvurdering, så ville det vært nyttig og vist noe om selve hendelsen som førte til utagering, var det noe med pasient sa som utløste hendelsen? Pasienten kan også slitt med et negativt selvbilde og følt seg krenket av den andre, var det noe her som personalet ikke fikk med seg siden de ikke var tilstede under selve hendelsen? Kan pasienten ha følt seg truet og av den grunn tydd til vold for å komme den andre i forkjøpet? Eller kan pasienten ha hatt vansker med å tåle indre og ytre ubehag eller krav, noe som også kan være relatert til utfordringer pasienten har i forhold til forståelsen av språket.

Det jeg anser som sentralt er å forstå pasientens fortolkning og oppfatning av mening i situasjonen og som blir det grunnleggende og avgjørende for hvordan reaksjonen eller handlingen hans blir.

Hvordan opplevde «min» pasient at en jeg som student kom inn mens han lå fiksert i belteseng? Man kan stille seg spørsmål til om det er riktig å ta med studenter som ikke kjenner til pasienten inn. I slike situasjoner vil kanskje pasienten oppleve seg bedre ivaretatt med et kjent personale og ikke i like stor grad oppleve følelse av avmakt og krenking. Jeg tenker at dette i stor grad har noe med respekt for pasienten å gjøre og vil kunne bidra til at pasienten opplever tryggere i situasjonen.



Det kan virke som at noe av det som kan ha stor betydning for å kunne redusere bruk av tvang på en lukket avdeling vil kunne være: at de fysiske rammene er gode, tilnærmingen personalet har til pasientene og kulturen som er på den aktuelle avdeling for når tvang blir benyttet. I (Norvoll 2008 delrapport) fremheves det at endrede fysiske lokaler og romlige løsninger som sentrale element. Personalets måte å finne alternativer på når de ser at pasienten viser tegn til at han har det vanskelig og kjenne til pasientens væremåte som kan implisere triggere hos vedkommende. Hjelp pasienten til å bryte med det som kanskje kommer til å eskalere og som kan resultere i en adferd som krever at personalet må benytte tvang, det kan være en samtale, gå en tur eller spille for eksempel billiard osv.

Ved å benytte personsentrert tilnærming tenker jeg at man kan bidra til å skape en god relasjon til pasienten, noe som vil kunne bidra til blant annet at ved korrigerende av adferd og grensesetting i kravsituasjoner ikke nødvendigvis resulter i tvangsbruk.

Det ville vært interessant å spørre pasienten om tanker han har om å ha vansker knytt til sin psykiske helse, da dette kan oppleves som et vanskelig tema for noen av de pasientene som kommer fra andre kulturer.

### **Kommunikasjonens betydning ovenfor pasienter som snakker og forstår dårlig norsk.**

Ifølge Veileder i psykososialt arbeid med flykninger (2006) vil det være hensiktsmessig å spørre pasienten om for eksempel: hvordan ville du oppleve å være syk på samme måten som nå i hjemlandet ditt, hva ville du ha gjort da?

Dersom du var i hjemlandet ditt, hvem tror du da ville ha hjulpet deg, og eventuelt hvordan?

Tror du de ville ha en forståelse av hva som var årsaken til problemene dine?

Tenker du at det er samme årsak som det de har? Har du noen tanker om hva dine landsmenn her i Norge tenker om at du er innlagt ved en psykiatrisk avdeling, og det du plages med?

Har du noen venner/familie du kan snakke med om problemene dine?

Tror du at det kan være til hjelp for deg å snakke med oss på avdelingen om dine problemer?

Har du noen motforestillinger til å ta medisiner for dine plager, og i tilfelle hva går disse ut på?

Ved å få tak i denne type opplysninger vil man kunne forstå pasienten ut fra hans kultur og tidligere levesett. Mange mennesker med innvandrerbakgrunn kan oppleve skam, stigma og skyld ved psykiske lidelser. Det å da ha en åpenhet rundt pasientens plager og finne frem til pasientens forforståelse vil kunne være til stor hjelp for pasienten.

Likeledes å inkludere venner/familie/nettverk vil kunne bidra til å redusere stigmatiseringen som pasienten kanskje opplever rundt det med psykisk sykdom/plage, spesielt innad i innvandrergrupper. Selv om jeg har valgt å begrense oppgaven til bruk av mekanisk tvang, så tenker jeg at det vil være sentralt å ha med seg pasientens bakgrunn og forforståelse for å kunne møte pasienten på en måte som gjør at vedkommende føler seg sett og ivaretatt på en god måte.

I en samtale med pasient bør terapeuten prøve å få pasienten til å si noe om hva han ønsker å snakke om, og hva han føler om det han ønsker å snakke om. Hvilke følelser settes i gang hos pasienten når han for eksempel sier han er redd for å skade noen. Terapeuten kan forsøke å nyansere ved å spørre om han har det slik ofte, og om det er situasjoner hvor han ikke føler for å skade andre, eller om det er situasjoner hvor dette føles mindre. Dersom pasienten ikke har denne følelsen for eksempel når han er sammen med familien, kan terapeuten bruke seg selv til å si noe om at også han har en familie som han opplever støttende.

Dersom samtalen går «tregt» går det an å gå over til stillhet. Stillhet kan ofte ha stor effekt på samtalen, og kan bidra til at begge parter kjenner på det som har blitt sagt. Det vil være viktig å kjenne etter hvordan samtalen oppleves her og nå. Terapeuten kan også si noe om at han for eksempel ikke har greid å forstå på en god måte, eller om pasienten opplever at samtalen gir han mening.

Det hadde vært interessant og sett nærmere på hvilken tilgang avdelingen har på tolk, de fysiske forholdene på avdelingen, i hvilken grad pasienter som bor på asylmottak har blitt utredet for eventuelle traumer før de blir innlagt og hvilken kultur det er ved avdelingen når det gjelder bruk av mekanisk tvang. Har bruken av tvang blitt en del av behandlingen, og gjort terskelen for å anvende den lav? Er det ulik bruk av tvang ved de ulike skiftene av personalet? Og hva er i så fall årsaken til det. Hva er grunnen til at enkelte psykiatriske

avdelinger har liten bruk av mekanisk tvang, mens andre har høy grad av denne formen for tvang, kan måten personalet kommuniserer med pasienten ha betydning.

Når det gjelder bruk av mekanisk tvangsbruk og om dette er etisk forsvarlig finnes det kanskje ikke noe entydig svar på, men jeg tenker at det er svært viktig at vi reflekterer over den, og at målet slik jeg ser det må være at det skal bli mindre av denne formen for behandling enn det er nå i dag. Man kan alltid bli bedre.

Hvordan kan man så bidra til å begrense bruken av mekanisk tvang?

Ved å ha en personsentrert tilnærming til pasienten vil man ha fokus på verdighet, omsorg, respekt og brukermedvirkning. Målet er at tvangsbruken skal oppleves mindre, unngå krenkelser og at en søker etter andre alternativer som kan bidra til at tvangsbruken kan reduseres, for eksempel kortvarig holing. At avdelingen har romløsning som ivaretar pasientene viser seg også å ha stor betydning. At personalet har en personsentrert tilnærming er ett av flere tiltak jeg anser som er av betydning for å kunne bidra til dette. For personalet kan kompetanse, opplæring og holdninger gjøre en forskjell, og hos pasientene vil fokus på autonomi og brukermedvirkning kunne bidra til å redusere bruken av tvang. Ut fra mitt ståsted og min oppfatning kan personsentrert tilnærming være med å bidra til at man kan redusere bruken av tvang, sammen med andre tiltak.

## 6.0 Referanser

AL, Shuja. 2007. *Helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Tidsskrift for Den norske legeforening.

Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold: teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen. 2003. *Mot en mer menneskelig psykiatri: Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Universitetsforlaget.

Dahl, S., Sveaass, N., og Varvin, S. (Red.) 2006. *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: veileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Falck-Pedersen, Turid. 2004. *Ta meg på alvor!: Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern?* Medlex Norsk Helseinformasjon

Hammervold, Unn Elisabeth. 2009. *Tvang i psykisk helsevern. Kunnskap – Forebygging – Håndtering.* University of Stavanger.

Haugsgjerd, Svein m. flere. 2002. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle.* Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket.no. 2012. *Mekaniske tvangsmidler brukt i psykisk helsevern.* Helse Bergen.

Helsedirektoratet. 2015. *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiiegjenforente.* IS-1022

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen. 2003. *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* Gyldendal Akademisk

Norvoll, Reidun. *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer.* Rundskriv IS-9/2012.

Norvoll, Reidun. *Brukerorienterte alternativ til tvang i sykehus-en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur.* Sintef Helse A4572

Veland, Martin og Anders Jacob. 2014. *Jobber for mindre tvang.* Sykepleien fagartikkel.