

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Tema

Et møte med tvang...

Hvordan kan sykepleieren bidra til at tvangsinnleggelser i henhold til psykisk helsevernlov, gjennomføres til det beste for pasienten?

EKSAMEN	
Emnekode: SY180H	Dato: 27.04.12
Kandidatnr.: 272	
Totalt antall sider: 31	

**Sett meg fri
La meg fly
Gi meg vinger
og min frihet
Glem meg
og la meg
glemme! (ukjent)**

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for fortellingen og tema.....	3
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	4
1.3 Hensikten med oppgaven	5
1.4 Oppbyggingen av oppgaven.....	5
2.0 Metodevalg.....	6
2.1 Kilder og kildekritikk	7
2.2 Valg av teoretiker og vitenskapsteori.....	8
2.3 Personvern og anonymitet.....	9
2.4 Søkekilder.....	9
3.0 Fortellingen om Kenneth.....	11
4.0 I møte med Kenneth	14
5.0 Den psykotiske og hjelperen	19
6.0 Hvordan å forstå hverandre	25
7.0 Avslutning på historien om Kenneth.....	29
8.0 Avslutning av oppgaven.....	30
9.0 Litteraturliste	31

Antall ord: 9898

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for fortellingen og tema

Jeg har jobbet 6 år på en akutenhet ved et psykiatrisk sykehus, og fått erfaring med innleggelser av pasienter frivillig og tvang. Prosedyrene ved innleggelser er slik at man mottar et innleggelsesskriv fra innleggende lege, og notat fra eventuelt ambulans personell.

Det skjer at man i mange tilfeller ikke vet hva som har skjedd i forkant av innleggelsen. Hvordan gikk det egentlig for seg og hvilken opplevelse sitter pasienten igjen med, med tanke på tvangsinnleggelser.

Da jeg var i min psykiatripraksis i kommunehelsetjenesten fikk jeg et betydelig innblikk i hvor mye som skjer i forkant av en innleggelse. Jeg tenker da spesielt ved tvang og alle de utfordringene man som sykepleier opplever i forbindelse med dette. Hvordan bør vi utføre dette med tanke på at det skal oppleves best mulig for pasienten, og i henhold til lov.

”Psykisk helsevernlov er med for å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet” (Lovdata, 2012).

Min kontaktsykepleier og jeg sto ovenfor en slik tvangsinnleggelse på en seinvakt i praksis. Det er nettopp på bakgrunn av denne situasjonen at jeg vil belyse, hvordan kan sykepleiere gjennomføre en tvangsinnleggelse til det beste for pasienten. Jeg fikk oppleve nært innpå meg hvor viktig det er med gode holdninger, og forståelse for hvordan pasienten opplever tvang. Fokuset må være på hvordan pasienten opplever situasjonen, men også hvor viktig god samhandling med lege, legevakt og ofte politi blir i forbindelse med tvangsinnleggelser.

I rapporten "Frivillighet før tvang" (2010) utarbeidet for Rådet for psykisk helse, gjøres det rede for at det i 2007 var fattet rundt 7000 vedtak om tvangsinnleggelse i Norge. Omfanget av tvang i norsk psykisk helsevern er faktisk relativt høyt i forhold til andre land som vi kan sammenligne oss med. Dette er en tankevekker i forhold til at helsemyndighetene har satt som mål at psykisk helsevern skal bruke mindre tvang.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Hvordan kan sykepleieren bidra til at tvangsinnleggelse i henhold til psykisk helsevernlov, gjennomføres til det beste for pasienten?

Jeg velger å avgrense oppgaven til tvangsinnleggelse av voksne pasienter fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker å belyse tvangsinnleggelse i henhold til psykisk helsevernlov fra kommunehelsetjenestens ståsted. Ikke minst fordi mange av tvangsinnleggelsene skjer nettopp i denne helsetjenesten. Gjør rede for at jeg ønsker å vise tvangsinnleggelse fra et større perspektiv. Det er mange aspekter som er viktig i en slik situasjon og det er det jeg ønsker å belyse. Nettopp fordi helheten blir så avgjørende må man se vidt. Jeg tar for meg fortellingen fra praksis og presenterer de sykepleiefaglige refleksjonene i essay form. Når jeg tar for meg de sykepleiefaglige refleksjonene blir jeg nødt til å begrense meg på grunn av oppgavens størrelse. Jeg kunne ha skrevet mye om kommunikasjon i forbindelse med psykotiske pasienter, men mitt hovedfokus er fortellingen og kommunikasjon uti fra situasjonen.

1.3 Hensikten med oppgaven

Jeg synes tvangsinnleggelse er et spennende tema fordi det rørte noe ved meg som sykepleiestudent. Jeg ønsker meg større kompetanse og forståelse på området. Tvang er noe av det alvorligste vi kan gjøre mot et menneske. Med denne form for inngripen i et menneskes liv overprøver man autonomien og selvstendigheten til den det rammer.

Selve hendelsen i fortellingen gjør at jeg ønsker å sette fokus på sykepleiers rolle i gjennomføringen av tvangsinnleggelse. Hvordan vi kan bruke våre fagkunnskaper, kompetanse og erfaring aktivt for pasienten. Jeg mener det er viktig å kaste mer lys over temaet fordi det kritiseres både av pasienter/brukere, enkeltpersoner og brukerorganisasjoner i dagens samfunn. En grunn til dette kan være at det er et vanskelig tema, og på mange måter problematisk å rettfærdiggjøre.

Det er i kommunehelsetjenesten blitt lagt vekt på at brukere av tjenesten kan ytre sine personlige erfaringer på tema. Det er blitt holdt foredrag hvor de forteller hvordan de opplevde å bli møtt av sykepleiere i forbindelse med tvangsinnleggelse. Liv Strand (2011) skriver at tvang er et alvorlig inngrep med til dels ukjente virkninger. Hun mener det i framtiden vil bli viktig å finne ut mer om positive og negative virkningen av tvang. Ikke minst hvordan tvang kan gjennomføres slik at det gir minst mulig negative virkninger for pasienten i øyeblikket og på lenger sikt.

1.4 Oppbyggingen av oppgaven

Jeg har valgt å dele inn innledning og metode kapittelet etter nummer punkter da jeg føler det blir ryddigere.

I innledningen presenterer jeg bakgrunn for valg av problemstilling og tema, problemstilling med avgrensning og hensikt med oppgaven.

Under kapitlet om metode forklarer jeg metoden jeg har valgt, kilder, kildekritikk, søkeord med treff, teoretikere og vitenskapsteori, personvern og anonymitet og søkekilder.

Deretter presenterer jeg historien fra praksis som jeg baserer oppgaven på.

Teoridelen og drøftingsdelen vil bli skrevet i essayform og bli vevd inn i hverandre ut ifra de sykepleiefaglige refleksjonene jeg vil reflektere rundt fra fortellingen.

Avslutningsvis vil jeg fortelle hvordan det har gått med brukeren og avslutning på oppgaven.

2.0 Metodevalg

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2007:81).

Når jeg ser tilbake på tidligere oppgaver vi har hatt gjennom sykepleiestudiet var det refleksjonsoppgavene i praksis jeg satt størst pris på å skrive. Det føles derfor riktig for meg at jeg velger å skrive oppgaven i essayform. Et essay beskrives som åpent, sanselig, søkende og reflekterende. Selve sjangeren essay er en form som er personlig, sammensatt og hvor refleksjonene bærer teksten gjennom oppgaven. Sjangeren utfordrer meg til å tenke faglig og teoretisk om egne praktiske erfaringer.

Med essay får jeg tydeligere fram erfaringskunnskap fordi den er situasjonsorientert. Dette er av betydning fordi sykepleie alltid foregår i situasjoner. Man reflekterer rundt et tema og bearbeider egne erfaringer for å forstå og for å skape forståelse. Det vi kaller den "røde tråd" trenger ikke være synelig på overflaten eller åpenbar. Fortellinger er historier fra vår erfaringsverden og gjennom alle tider har fortellinger vært våre viktigste kilder til kunnskap. I Essayet har en fortelling en verdi i seg selv, den er ikke pedagogisk pynt men den er selve utgangspunktet for essayistens tanke og refleksjon (Bech-Karlsen, 2003).

Jeg vil bygge min oppgave på en fortelling fra praksis og bruke denne som en rød tråd. For å bygge opp under problemstillingen har jeg støttet meg på relevant litteratur. Jeg bruker også mine egne erfaringer fra praksis og tillært kunnskap fra arbeidet i psykiatrien.

2.1 Kilder og kildekritikk

I forbindelse med refleksjonene over erfaringene har jeg søkt, lett etter og fordypet meg i relevant litteratur. Jeg har valgt å bruke relevant pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som jeg mener støtter opp tema og de sykepleiefaglige refleksjonene i fortellingen. Jeg har så langt jeg har kunnet valgt nyere litteratur og forskning. Men jeg har også valgt noen bøker fra 90-tallet. Jeg har prøvd å finne det som jeg mener er rett for min oppgave og anser som god litteratur. Jeg har valgt forfattere som er kjent inn psykiatrien og på sykepleiestudiet. Jeg nevner Liv Strand, Einar Kringlen, Joyce Travelbee, og i forhold til kommunikasjon Eide og Eide. En mulig svakhet ved oppgaven er at jeg har valgt litteratur basert på hva jeg oppfatter som anerkjent og god teori til tema. Men det er ikke nødvendigvis denne litteraturen som gir størst mulig bredde eller autoritet for problemstillingen min.

En annen svakhet med litteratur er at den ofte ikke viser hvordan ting fungerer i praksis. Den viser hvordan det bør være etter lover og regler, etikk, fagbøker og fagartikler. På denne måten måtte jeg basere oppgaven på det andre mener eller har kommet fram til, selv om jeg fletter inn egne erfaringer også. Jeg har derfor foretatt flere uformelle samtaler underveis med kontaktsykepleieren min som jeg hadde i praksis, og de andre ansatte som er bygd opp av et tverrfaglig team. Bestående av sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og ledelsen ved den aktuelle psykiatriske kommunehelsetjenesten.

2.2 Valg av teoretiker og vitenskapsteori

Mitt valg av teoretikere til oppgaven var enkelt, da jeg hadde bestemt meg ganske tidlig at jeg ønsket å bruke Knud Løgstrup og Kari Martinsen. Løgstrup er en ”nærhetsetiker”, han tar utgangspunkt i sin etikk i møtet mellom mennesker, i erfaringen av den menneskelig andre. Kari Martinsen ønsker jeg å bruke i omsorgsdelen da hun er en av de fremste omsorgsteoretikerne fra Skandinavia.

Jeg har etter hvert i arbeidet med teoretikere sett på flere og kommet fram til at Joyce Travelbee er den teoretikeren jeg ser på som mest relevant og anvendelig i psykiatrien og i forhold til min oppgave. Jeg drar mange paralleller mellom hennes mellommenneskelige menneskesyn hvor hun beskriver at det er sykepleieren sin oppgave å forsøke å etablere menneske – til – menneske – forhold, og ikke sykepleier – pasient – forhold. I følge henne er et slikt forhold best beskrevet ved måten vi resonnerer, føler, forstår og handler på gjennom kommunikasjon og gjensidig tillit (Travelbee, 2003).

Travelbee er sterkt opptatt av betydningen av personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Hun er kritisk til betegnelsen / begrepene pasient og sykepleier fordi disse betegnelsene stimulerer til ensformig rolleoppfatninger (Travelbee, 2003). Dette har jeg selv tenkt gjennom når jeg har skrevet oppgaven fordi jeg bruker både begrepet pasient og bruker når jeg skriver. Dette er et gjennomtenkt valg i forhold til at vi bruker benevnelsen ”bruker” på menneskene vi bistår i kommunehelsetjenesten. Men jeg har brukt ordet pasient i problemstillingen min vil jeg derfor bruke begge begrepene. Hun mener at betegnelsene tåkelegger det unike i det enkelte individ. Hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt, og har stor innflytelse på utviklingen av den norske sykepleierutdanningen. Hennes teorier hjelper ikke minst sykepleieren til å etablere gode hjelpeforhold til syke mennesker. Som er essensielt i forhold til psykiatrien og problemstillingen min.

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap, den kan forstås som en metode som er knyttet til skillet mellom forstående og forklarende vitenskap. Når man bruker en hermeneutisk tilnærming handler det om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Når vi bruker den hermeneutiske vitenskapen som forskere bruker vi den med vår egen førforståelse. (Dalland, 2007).

Min førforståelse av tvangsinnleggelse innser jeg var liten i den grad at det var mer utfordrende enn jeg hadde trodd. Jeg visste en del om det praktiske og juridiske men det som ble utfordrende var det uforutsigbare. De inntrykk, tanker, følelser og vår kunnskap om emnet, er en ressurs og ikke et hinder for å forstå fenomenet vi står ovenfor. Min tolkning av de sykepleiefaglige utfordringene ved tvangsinnleggelsen ble vesentlig for å lære mer. Det ble viktig for meg å forstå hvordan brukeren opplevde dette. Å se på helheten av hva som var bra, og hva som kunne vært gjort annerledes. Fordi jeg har brukt mine egne erfaringer mener jeg å ha oppnådd å komme ganske nært fenomenet som jeg ønsker å forstå og tolke

2.3 Personvern og anonymitet

”Helseopplysninger defineres som taushetsbelagte opplysninger ifølge helsepersonelloven § 21. Helsepersonell har taushetsplikt om de opplysninger de får om menneskers personlige forhold” (Dalland, 2007:242).

Ettersom historien er fra en virkelig hendelse fra praksis har jeg tatt mine forhåndsregler slik at opplysningene ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. Jeg har valgt å gi brukeren i historien navet Kenneth da jeg mener det vil bli bedre flyt og man får et mer personlig forhold til brukeren.

2.4 Søkemotordokumenter

Jeg har søkt i ulike databaser for å finne frem til litteraturen jeg har benyttet meg av. Til å begynne med søkte jeg i BibSys (bibliotekbase for høyskoler og universiteter), for å finne bøker og artikler som var relevante for problemstillingen og temaet mitt. Etter hvert utvidet jeg søket mitt for å finne artikler og nyere forskning omkring tema. Jeg brukte da søkemotorene som var tilgjengelige via skolebibliotek på universitetet. Jeg søkte i ScienceDirect og PubMed og Helsebiblioteket. PubMed er referanser til medisinsk litteratur. Gir tilgang til mer fulltekst hvis brukt via Helsebiblioteket.no. Science Direct er et tverrfaglig tilbud av over 1.200 fulltekst-tidsskrifter fra Elsevier.

For å finne litteratur og informasjon som var relevant for meg brukte jeg søkeord som: tvangsinnleggelse, tvang, kommunikasjon, psykiatri, Psykisk helsevern lov, pasientrettighetsloven, psykisk helse, kommunehelsetjenesten, psykose, Travlebee, Løgstrup, samhandling, brukermedvirkning, etikk, coercion, psychiatry og pasient. Ordene brukte jeg hver for seg og i kombinasjon i mitt søk. Jeg har også funnet relevant litteratur på kontoret til kommunehelsetjenesten da de har en del hyller med faglitteratur som man kan låne. Biblioteket på sykehuset har også vært til stor hjelp i søk og utlån av litteratur. På Lovdata har jeg tatt for meg lovene i forhold til psykisk helsevern lov og helsepersonelloven. Jeg har brukt Sykepleien.no og psykologitidskriftet.no for å finne relevante artikler.

Søkebase	Søkeord	Antall treff
Helsebiblioteket	Tvangsinnleggelse, tvang, psykose	16, 9, 3403
Science direct	Coercion, patient, psychiatry coercion	5262, 12901, 2757
Pubmed	Coercion, patient, psychiatry coercion	4477,1683, 939

3.0 Fortellingen om Kenneth

Jeg og min kontaktsykepleier kom på seinvakt i min psykiatripraksis i kommunehelsetjenesten. Under rapporten fikk vi beskjed om at en av våre brukere opplevdes økende psykotisk og svært mistenksom ovenfor personalet. Kenneth var rusmisbruker og han hadde daglig oppfølging fra tjenesten blant annet medisinutlevering. Det hadde nå utartet seg en konflikt med naboen som tidligere hadde vært hans kamerat. Dette hadde nå gjort han svært mistenksom og angstfull. Situasjonen hadde toppet seg da Kenneth hadde gjort skade på boligen til naboen og kommet med direkte trusler mot han.

Personalet opplevde at han barkaderte døra med sykler, og slapp ikke lengre inn enn i yttergangen. Han var ellers imøtekommende og man hadde tidligere slept inn i stua for å gi han medisinerne og slå av en prat. Nå var han svært avvisende og svarte de kun med enstavelser om han i det hele tatt svarte. I tillegg var de usikre på om han tok medisinen sin selv om den skulle gis under tilsyn. De ansatte følte seg ikke bekvem å gå en person til han lenger. De gikk derfor to stykker når de skulle til han for trygghetens skyld. Det var kun dager siden jeg og kontaktsykepleieren min hadde vært i kontakt med Kenneth. Vi følte nå at situasjonen hadde tilspisset seg betraktelig.

Den ettermiddagen var det avtalt at hans fastlege i følge med politi skulle komme og vurdere situasjonen, og se behovet for mulig innleggelse på kvelden. Det var ikke så lenge siden han hadde vært innlagt, men da blitt skrevet fort ut igjen fra akuttposten. Han ble ikke vurdert å være så syk som vi i kommunen beskrev. Dette handlet mye om at han rett og slett følte seg trygg når han var innlagt og klarte å ta seg sammen. Jeg og kontaktsykepleieren min planla at vi skulle ta oss en tur for å se an situasjonen før legen og politiet kom. Vi hadde en god dialog med han, og håpet vi kunne komme i posisjon og få til en frivillig innleggelse.

Jeg kjente på at jeg syns situasjonen var litt skremmende, fordi jeg ikke visste hva som kunne møte oss når vi kom til boligen. Det hadde blitt rapportert at det var observert mye verktøy liggende strategisk til som han hadde sagt han ville bruke for å beskytte seg. Jeg husker at jeg tenkte, var det mot oss eller var det mot naboen han trengte beskyttelse.

Da vi kom ned til boligen skjønte vi straks hva som lå bak det som hadde blitt sagt på rapporten. Han hadde alle gardinene trukket for og det stod flere gjenstander som sperret for inngangen hans. Da vi ringte på var det så vidt han åpnet døren, eneste vi så var øynene hans gjennom en sprekke i døra. Jeg reagerte på hvor mørk han var i blikket og at jeg aldri hadde opplevd han slik tidligere. Øynene var store og oppspilte og de lyste rett og slett ren frykt og mistenksomhet mot oss.

Kontaktsykepleieren min startet å snakke med han på en beroligende måte og oppmuntret til en samtale inne hos han. Vi slapp inn i gangen men ikke lengre, og vi kunne tydelig se at han var i paranoid beredskap. Han var svært motorisk urolig, stod og trippet og mistenksom på hvorfor vi var der. Han var anklagende mot oss og tjenesten, og sa at medisinen vi ga han var gift. Han hadde ikke tenkt å fortsette med den bare så vi hadde det klart for oss.

Vi spurte om han kunne tenke seg en innleggelse på avdelingen han kjente godt til, og at vi kunne være behjelpelig med dette. Vi sa videre at vi ikke oppfattet at han hadde det noe bra hjemme nå, og vi ville hjelpe han så han fikk det bedre.

Jeg kjente at jeg hadde et godt øye til den store skiftnøkkelen og hammeren som lå i vinduskarmen under hele samtalen. Må ærlig innrømme at det suste mange tanker gjennom hodet mitt. Husker at jeg tenkte at dette var den eneste gangen jeg ikke følte meg helt trygg, selv om jeg opplevde at vi hadde kontroll på situasjonen.

Kenneth var ikke interessert i noe innleggelse, det kunne vi bare glemme. Han ble direkte sint når vi nevnte dette og vi valgte derfor å avslutte og trekke oss ut. Kontaktsykepleieren min sa da vi gikk at vi kom til å komme innom en tur etterpå. Det som ikke ble sagt var hvem vi kom til å komme sammen med når vi kom tilbake.

Når vi kjørte opp på kontoret igjen innrømte kontaktsykepleieren min at han heller ikke hadde følt seg helt komfortabel i situasjon, og mente at det var riktig at vi trakk oss tilbake. Det følte godt for min del å høre det da jeg rett og slett følte meg litt "pysete" i situasjonen.

Jeg trodde virkelig ikke at jeg skulle føle meg så usikker i en slik situasjon, og jeg lurte på om det var fordi vi var hjemme hos han.

Vi kontaktet politiet og fastlegen, og fortalte dem hvordan vi hadde oppfattet Kenneth og vi trengte assistanse og vurdering fra dem.

Vi møtte politiet og legen utenfor boligen og ble enig om hvordan vi skulle gå fram. Kontaktsykepleieren min, jeg og legen skulle ta oss av den første kontakten og politiet skulle opptre i bakgrunnen som sikkerhet.

Når vi kom tilbake til boligen var døra inn til gangen låst, vi ringte på men det var ikke noe respons. Politiet måtte til slutt knuse ruta i hoveddøra for at vi skulle komme oss inn til leiligheten hans. Kenneth stod i stua når vi kom inn i leiligheten, og ble ganske fort agitert når han så politiet bak oss. Han lurte på hva ”snuten” gjorde i leiligheten hans og hva han hadde gjort galt. Fastlegen snakket litt med Kenneth og tok der og da en vurdering på at innleggelse var hensiktsmessig ut i fra hvor godt hun kjente han. Hun hadde vært fastlegen hans lenge og visste av erfaring at gikk han lenge umedisinert ble han voldelig og ukontrollerende, det hadde vist seg ved flere ”uheldige” episoder.

Kenneth samlet seg relativt fort og kom med oss etter hvert uten motstand inn i bilen vår. Det var på en måte som om lufta gikk litt ut av han. Han fikk selv velge om vi skulle kjøre han eller om han ville bli eskortert av politiet i uniformert bil. Når vi var på vei ut til bilen registrerte jeg at flere naboer sto i vinduet og fulgte med, det var en ubehagelig følelse å ha tilskuere til.

Vi hadde på forhånd avtalt med akuttposten at vi kom og slapp derfor innom legevakta. Fastlegen selv hadde vært tilstede og tatt en vurdering og fordi Kenneth var kjent i systemet kunne det gjennomføres slik.

Vi ankom akuttposten og ble møtt av flere personal som fulgte Kenneth rett inn på skjermet avsnitt.

4.0 I møte med Kenneth

Hvilke egenskaper blir viktig i møtet med pasienten man skal tvangsinnlegge? Jeg mener det alltid vil være av stor betydning å tolke, se an situasjonen og pasienten man skal hjelpe. Det vi gjorde i møtet med Kenneth vil kanskje ikke være det beste i møte med en annen pasient. Men jeg faller stadig tilbake på det grunnleggende i sykepleien i møtet med pasienter. I sykepleiens etiske retningslinjer handler sykepleiens grunnlag om respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal være kunnskapsbasert (Sykepleieforbundet, 2011).

For å kunne hjelpe Kenneth ble det essensielt å etablere et forhold i møtet. Jeg har valgt å se dette forholdet i Travelbees perspektiv, et menneske-til-menneske-forhold. I følge henne er et slikt forhold best beskrevet ved måten vi resonnerer, føler, forstår og handler på. Det fremste kjennetegnet på et slikt forhold er at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt. Et sykepleiebehov er behovet hos pasienten som kan oppfylles av sykepleieren som ligger innenfor lovens grenser i sykepleiepraksisen. For å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold med pasienten utløper det seg en prosess som går gjennom flere stadier. Jeg ville bruke denne prosessen for å beskrive møtet med Kenneth. Prosessen deles inn i 5 stadier som først tar for seg det innledende møtet med brukeren. Denne fasen vil være preget av førsteinntrykket, forventninger og tidligere erfaringer fra tilsvarende situasjoner (Travelbee, 2003).

Etttersom dette ikke var vårt første møte med Kenneth var det likevel en helt ny situasjon vi stod i. Vi visste ikke hva som ventet oss når vi kom, det ble det første innledende møte i denne situasjonen. Vårt førsteinntrykk av møtet ville ha stor betydning for hvordan vi skulle gripe dette an videre. Forventningene lå utenpå oss, og vi ble nødt til å lage oss en forestilling om hva som kunne skje og hva gjorde jeg sist jeg stod i en ”tilsvarende” situasjon. Kan man i det hele tatt sammenligne med tidligere erfaringer når vi mennesker reagerer så ulikt?

Den andre fasen innledes når den første er heldig avsluttet. Her blir oppgaven å bli bevisst på hvordan vi oppfatter pasienten, og i hvilken grad vi er i stand til å anerkjenne at den andre er en unik person. Atskilt fra en selv og fra stereotype rolleforventninger. Vi ble nødt til å legge til side våre fagkunnskaper som jeg vil ta for meg mer om senere i oppgaven. Men i denne sammenhengen handler det om at vi måtte se individet Kenneth. Lar vi oss hemme av hva som er typisk for psykotiske pasienter altså stereotype, ville det individuelle behovet hans bli hemmet av fagkunnskapen i sykepleieinteraksjonen.

Fase tre består av empati som baserer seg på erfaringer fra tidligere hendelser eller situasjoner.

”Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. En tar del i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre” (Travelbee, 2003: 193).

Vi måtte prøve å forstå meningen med tankene og følelsene til Kenneth, men også ha i bakhodet som sykepleiere at og ”ta del i” ikke innebærer at vi skal tenke og føle som han. Hvordan kan vi i det hele tatt gjøre det når vi ikke selv har vært psykotisk? Målet med empatifasen er å kunne forutsi atferd, og å vise empati er avhengig av lik erfaringsbakgrunn mellom bruker og sykepleier. Hun mener også at man ikke kan oppleve empati med alle brukere, men at evnen til empati er noe man bevisst kan arbeide med for å utvikle.

Å ta del i og forstå situasjonen Kenneth befant seg i var ikke vanskelig for meg ut ifra de erfaringer jeg har fra tidligere i psykiatrien. De tidligere erfaringene mine gir meg innblikk i den psykiske tilstanden hans. Men utfordringene ble å kunne forutsi hans reaksjoner i forhold til den psykologiske tilstanden. Med det mener jeg at jeg kunne forstå hans psykiske tilstand i forhold til å være psykotisk, men jeg kunne ikke forutsi hans tanker og handlinger som kunne komme. Jeg kan ikke påstå at vi hadde samme erfaringsbakgrunn som han, men vi hadde gjort felles erfaringer. Dette i sammenheng med at vi kjente hverandre og vi visste i alle fall en del om de følelsene han slet med. Det ga oss en fordel i forhold til det å kunne ta del i disse

følelsene så langt det lot seg gjøre. Jeg snakker da om følelsene som han selv hadde satt ord på. Det å føle seg forfulgt, jaktet på, redd og mistrodd.

Den fjerde fasen går fra empati til sympati, som er nødvendig for tilstrekkelig god sykepleie. Sympati defineres i forhold til sykepleie som en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniserer til brukeren, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse. Evnen til å kunne sympatisere med brukeren utvikler seg gjennom den empatiske fasen. Sympati innebærer at man har et ønske om å hjelpe brukeren, men ikke fordi det blir forventet av oss. Men heller fordi man opplever brukeren som en person. Når man bruker sympati for å hjelpe og avhjelpe lidelse for brukeren, blir det vanskelig og skal opprettholde en distanse til pasienten (Travelbee, 2003).

Det var ikke vanskelig å føle sympati med Kenneth, vi hadde et genuint ønske om å hjelpe han. Man kan trygt si at det ikke var forventet av oss, i alle fall ikke fra hans side. Tenker da i forhold til det at han utrykte til oss at han ikke ville ha hjelp. Men fordi vi følte med han, altså vi hadde medfølelse forsterket det vår grunnleggende trang til å hjelpe han. Og det er ikke tvil om at vi hadde en personlig omtanke og interesse for han da han var vår bruker, og man på mange måter kommer så nært. Den største utfordringen er kanskje det å opprettholde distansen som Travelbee skriver om. Men jeg mener at vi på mange måter gjorde dette i situasjonen. Vi trakk oss ut av situasjonen når vi følte dette var rett og respekterte de grensene Kenneth hadde satt. Vi trengte oss ikke på han i møte selv om det på en måte kanskje var det jeg følte jeg skulle i forhold til sykepleieinteraksjonen, vi skal jo handle. Vi opprettholdt den fysiske distansen fordi vi sanset at dette var riktig med tanke på vår trygghet. Også i forhold til usikkerheten om hva han kunne gjøre om vi presset han for hardt.

I boken Fra Marx til Løgstrup skriver Martinsen (2003) nettopp noe om sansingen vi gjør. Jeg drar paralleller i forhold til de valgene vi gjorde og sansene vi brukte. Hun deler det opp i to sanser som hun kaller nærhetssansen og avstandssansen. Nærhetssansene beskrives som mer private og her inngår lukt, smak og berøring. Den avstands skapende sansen er består av syn og hørsel. Vi brukte helt klart avstandssansen vår fordi det var det Kenneth tillot oss å bruke og det var til det beste for han.

Empati og omsorg mener jeg går mye over i hverandre, det å ta del i og bekymre seg for noen henger sammen. Omsorg er en grunnleggende del og noe av det fundamentale i sykepleien. Når vi tenker på omsorg trekker vi gjerne fram omtenkksomhet, det å bekymre seg for eller bry seg om noen. I den helsefaglige delen knytter vi det først og fremst til det å ivareta og sørge godt for andre mennesker som har behov for hjelp og støtte. Løgstrup skriver at våre liv er ”forviklet med hverandre”, og i det ligger den etiske fordring om å ta vare på hverandre. Han beskriver det å ta vare og bry seg som en konstitusjon, det er en fundamental forutsetning våre liv er forankret i (Vetlesen og Nortvedt, 1996).

Omsorg er forståelsen for andre, en forståelse man tilegner seg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er fra de situasjoner vi har erfaring fra som vi kan forstå. På denne måten vil man forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon (Martinsen, 2003).

Hvordan ivareta og sørge godt for noen når man må gjøre det med tvang? En sykepleier sa noe til meg som jeg aldri blir å glemme. Noe jeg vil ta med meg videre i arbeidet med psykisk syke og spesielt i forhold til tvangsinnleggelse. Hun sa så enkelt, det er *mye omsorg i tvang*. Jeg forstår det slik at handlingen jeg gjennomfører med tvang ovenfor Kenneth er ment som en omsorgshandling. Det er for meg selvmotsigende å bruke omsorg sammen med tvang, men det ga og gir mening i denne sammenhengen. Man kan lett sett seg inn i å kjenne på følelsene om noen skulle ha kommet inn i ditt hjem, og tatt deg med uten at du ville det. Komme inn hvor det er du som bestemmer og skal føle deg trygg. Kenneth var hjemme men langt i fra å føle seg trygg i sitt eget hjem dessverre. For de aller fleste av oss ville det vært et stort overgrep og et overtramp av vår integritet og rettigheter å bli behandlet slik. Men hvis man ikke er i stand psykisk til å dra omsorg for seg selv som Liv Strand (2011) beskriver det. Ville ikke det best være for oss om noen kom og tok ansvar og omsorg for oss.?

Dette er ingen lett avgjørelse som sykepleier og skal bestemme dette for noen. Men vi skal handler ut ifra det vi mener er etisk riktig i hver enkelt situasjon. Det skal ikke være enkelt og det er en grunn til at man har det regelverket man har i forhold til psykisk helsevern lov og pasientrettighetsloven. Ingen skal kunne komme og ta deg ut i fra ditt hjem uten at det er hjemmel for det.

Jeg ønsker videre å ta for meg brukervedvirkning i forhold til møtet med Kenneth. I pasientrettighetsloven er brukervedvirkning nedfelt i lov. Den tar også for seg at pasienter som er helt ute av stand til å gi noe gyldig medvirke, for eksempel fordi vedkommende er psykotisk og av den grunn ikke har en adekvat forståelse av hva helsehjelpen vil medføre. Man trenger heller ikke bygge på medvirkning, i denne sammenheng det vil si forsøke frivillighet, dersom dette tidligere forgjeves har vært forsøkt eller det fremstår som «åpenbart formålsløst» (Lovdata, 2012).

I punkt 2.7 i våre yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang. Hvordan kunne vi beskytte Kenneth mot dette når det beste for han var å få behandling og hjelp? Kunne vi på noen måte prøve å gjennomføre dette med tanke på følelsen av brukervedvirkning? (Sykepleieforbundet, 2011).

Brukervedvirkning handler om å fremheve betydningen av å møte mennesker med respekt. Ta pasientens perspektiv på alvor og la pasienten beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig. Det består i å la pasienten beholde så mye makt og kontroll han kan i situasjonen. Vi skal bestyrke og stimulere han til å delta i beslutningsprosesser og få utøve myndighet der dette er mulig og naturlig. Jeg har tatt meg i å tenke at det ikke henger helt på greip å snakke om en tvangsinnleggelse og brukervedvirkning. Kenneth hadde vel egentlig ikke så mange valg å velge i. Mer når vi gjennomfører innleggelsen med tvang mener jeg det er rettferdig å la pasient oppleve at han er involvert i beslutningen. Måten jeg mener vi gjennomførte dette på var at han fikk valget om frivillig innleggelse og valget om han ville bli eskortert av politiet eller oss. I den store sammenheng er dette kanskje ikke mye, men det skaper følelsen av å ha medbestemmelse (Eide og Eide 2011).

Det var vanskeligere for meg å komme hjem til Kenneth og ta avgjørelser for han. Jeg beskrev i historien at jeg følte meg ”pysete” i situasjonen selv om jeg følte at vi hadde kontroll. Grunnen til at jeg følte det slik var fordi vi var hjemme hos han, på hans arena. Jeg er vant til å arbeide inne på en avdeling som kan beskrives som personalets arena. På en avdeling er det personalet som har ansvar og myndighet, og brukeren er på besøk.

Dette betyr at rammen på en avdeling føles tryggere, også i forhold til at man har flere kollegaer rundt seg som bidrar til dette. Når vi kommer hjem til en bruker er rammene annerledes. Da blir det brukeren som er herre i eget hjem og vi kommer på besøk. Et hjem er svært privat for oss mennesker og den som bor i hjemmet setter standarden for hva som skal skje innfor veggene. Å gå over dørstokken til andre sitt hjem er det samme som å bevege seg inn i andres territorium eller revir, fordi hjemmet representerer det private området. Det ble vanskeligere for meg å utøve bemyndigelse og tolke situasjonen når jeg var på en ”ukjent” arena (Aanderaa, 1996).

5.0 Den psykotiske og hjelperen

I vårt møte med Kenneth i fortellingen fra praksis ble han beskrevet som psykotisk og mistenksom av personalet som leverte medisin til han. For at vi skulle kunne hjelpe han var det viktig at vi brukte vår faglige forståelse. Jeg mener da i forhold til å ha kunnskap om hans medisinske tilstand, men også fagkunnskap for å kunne prøve å leve oss inn i hvordan han hadde det. I denne sammenhengen ble det avgjørende og ikke mistolke symptomene. Vi skulle kunne være i stand til å se at det var en psykose i oppblomstring. Når man er faglig skolert på et område vil man kunne se hva som er viktig for pasienten og hvordan man skal tolke situasjonen man står i (Eide og Eide, 2011).

Når man beskriver en psykose betegnes det som et sammenbrudd av pasientens rasjonelle og emosjonelle mestring av sin situasjon. Kenneth sitt liv var for tiden vanskelig på det private plan, vi hadde sett forandringene på han men vi hadde ikke oppfattet han som psykotisk før nå. Typisk for den psykotiske er at han har en alvorlig sinnslidelse med bestemte symptomer som tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og liten kontaktevne. Ofte har man mistet taket på virkeligheten og oppfører seg uvanlig. Mangel på sykdomsinnsikt er fremtredende og oppfatningen om at symptomene er virkelige og forårsaket av påvirkning utenfra (Kringlen, 2011).

Strand (2011) beskriver en psykose som et psykisk jordskjelv. Denne fremstillingen av en psykose sier mye om hva den gjør med et menneske som er rammet syns jeg. Den psykotiske vil oppleve at det er "virkeligheten" som er blitt slik og ikke at psykosen er en privat indre fantasiverden. Et av de viktigste kjennetegnene ved psykose er nettopp denne realitetstesting. For oss utenforstående vil denne oppførselen virke uforståelig og skape usikkerhet som den gjorde hos personalet i kommunehelsetjenesten. Forandringene som hadde skjedd med Kenneth ble uforståelig for dem og dette skapte usikkerhet slik at de ikke var komfortable med å besøke han alene lenger. Som menneske og helsepersonell vil vi automatisk trygge oss i situasjoner hvor vi føler oss usikker og det er selvfølgelig en rett vi har og fornuftig. Men jeg ser også at det kan ha en uheldig konsekvens i forhold til det at man plutselig gikk to til Kenneth. Man viste han på en måte vår usikkerhet, som igjen kan forsterke den usikkerheten og angsten han bærer på. Det blir som om vi bekrefter hans indre fantasiverden. Det er ikke noe fasit på hva som er rett og galt angående dette, men det handler mer om å ta forhåndsregler i forhold til trygghet både for oss som hjelpere og for å kunne ta best mulig hånd om Kenneth.

Min kontaktsykepleier og jeg var aldri i tvil om at Kenneth var psykotisk når vi møtte han. Ikke bare på grunn av informasjonen som var gitt oss i forkant, men også hans oppførsel og symptomene vi tolket. Vi hadde en god relasjon til han, vi visste mye om hva som forgikk i livet hans nå, hva han sleit med og hvordan livet hadde vært for han. Eide og Eide (2011) beskriver begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelser mellom mennesker. Kommunehelsetjenesten hadde den daglige kontakten med han og vi som var hans nærmeste støttespillere hadde regelmessige møter og samtaler. For at vi skulle være i stand til å tolke og handle ut fra hva som var best for Kenneth der og da. Det at vi hadde en relasjon fra før ble svært avgjørende for valgene vi tok videre. Vi tok valgene ut ifra vår erfaring fra tidligere hendelser og hva vi mente var best for han nå.

Vi hadde hatt mistanke om at han hadde sluttet å ta medisinene sine og startet å ruse seg mye igjen. Han sov lite, slurvet med hygien og hadde et annet drag over ansiktet enn tidligere. Disse endringene skjedde spesielt etter at han kom i kontakt med naboen som det nå hadde utviklet seg en konflikt med. Hva som egentlig lå bak om krangelen var litt uklart for oss. Men det hadde endt i at Kenneth hadde kastet en murstein gjennom ruta til naboen, og

kommet med alvorlige trusler fordi han mente naboen var ute etter han. Tidlig intervensjon vil alltid være viktig, men for å beholde den kontakten vi hadde bygget opp med Kenneth følte det riktig og ikke presse han. Han var ikke i posisjon for noe innleggelse og mente selv at han hadde det greit. Man kan klart si at han hadde lite og muligens ingen sykdomsinnsikt i den fasen han var i nå. Det var vondt for oss utenforstående å se hvordan han sleit med tankene og hvordan han konstant var på alert for eventuelle motangrep fra naboen. Det var ingenting som tilsa at naboen kom til å ta hevn, vi hadde også han i tjenesten og hadde pratet med han. Men det hjalp ikke si dette til Kenneth, det var som om han var ”blokkert” i de tankene.

Det å ha syns eller hørselshallusinasjoner eller føle seg overvåket eller forfulgt er belastende og skremmende for pasienten skriver Jordahl og Repål (2010). Ofte når man har slik opplevelse er det med på å styre handlingene man gjør. Handlingene til Kenneth i det siste var tydelig preget av å føle seg jaktet på. Vrangforestillinger kan fungere på den måten at de gjensker en logikk i det pasienten opplever. Men på sikt blir prisen for å opprettholde denne logikken høy. Dette stemmer godt med mine erfaringer pasientene har beskrevet til meg om hvordan det oppleves å være psykotisk. Jeg tenker det må være fryktelig fortvilende at andre ikke ser ting så klart som man gjør selv i den tilstanden. Jeg så på Kenneth hvor preget han var av dette, det sugde energien ut av han.

Psykotiske pasienter har ofte stor svikt i funksjonsevnen slik at man blir nødt til å kompensere for denne svikten og ta over kontroll. Vi ønsket egentlig at vi skulle slippe å ta kontroll, vi ønsket egentlig å tilby hjelp til Kenneth. Det vil i mange tilfeller være uetisk og ikke gripe inn, i forhold til at vi overtar styringen og fritar pasienten fra å velge. Dette bringer oss over på et av den psykiatriske sykepleiens spesielle forhold som ofte gjør seg gjeldene. Nemlig det at pasienten kan bli undersøkt, innlagt og også behandlet mot sin vilje dersom hans psykiske helse tilsier at han ikke kan dra omsorg for seg selv.

En frivillig innleggelse vil alltid være å foretrekke, noe som vi håpet lenge på kunne skje. Ved psykoser kan tvang være nødvendig for å hindre at pasienten kan utføre handlinger som kan være til skade for han selv eller andre, eller for at psykosen ikke skal utvikle seg videre. Det er en realitet at det er de psykotiske pasientene som oftest legges inn mot sin vilje.

En tvangsinnleggelse kan bare gjennomføres når pasienten har en alvorlig sinnslidelse og når et av tilleggskriteriene i helsevern loven oppfylles. Det betyr at behandling meget sannsynligvis vil hjelpe, og at personen uten innleggelse vil lide overlast eller som nevnt at han kan være til skade for seg selv og andre (Strand, 2011).

Når jeg og kontaktsykepleieren min kjørte fra leiligheten til Kenneth pratet vi sammen om hva vi nå skulle gjøre videre. Første steg mot innleggelse som vi tolket var det beste, ble nå å få vurdering fra lege i henhold til loven som lyder slik:

§ 3-1. Legeundersøkelse

”Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse” (Lovdata, 2012).

Nå var vi i den situasjonen at det allerede var avtalt at fastlegen til Kenneth skulle komme innom den kvelden og ta en vurdering. Dette er ikke vanlig prosedyre i forbindelse med innleggelser i kommunehelsetjenesten eller generelt, som regel må man via legevakta. At fastlegen stiller opp på denne måten gjorde helt klart til at innleggelsen ble mindre traumatisk og påkjennende for Kenneth det er jeg ikke i tvil om. Det vet jeg ut i fra erfaringer hvor pasienter ofte må vente lenge før en lege har tilsyn til de på legevakta.

Samme paragraf i psykisk helsevern lyder videre slik:

”Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang” (Lovdata, 2012).

Vi visste at Kenneth ikke var interessert eller i posisjon til å bli med oss frivillig på verken å bli undersøkt eller innlegges. Ut i fra hvor syk vi tolket Kenneth nå og det faktum at han hadde kommet med alvorlige trusler som vi var nødt til å ta alvorlig. Anså vi at det ville bli nødvendig med bistand fra offentlig myndighet, altså politiet. I artikkelen *Bistand fra politiet i*

forbindelse med psykisk helsevern (2003) skriver Smith at politiet har etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 3-1, 3-5, jfr. § 1-3, jfr. Politilovens bestemmelser, plikt til å bistå det offentlige helsevesen under gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Om det ikke skulle bli nødvendig at politiet grep inn så ville det være en trygghet i forhold til vår sikkerhet, og ikke minst Kenneth sin at de var tilstedet. Politiet sin rolle i forbindelse med avhenting av psykisk syke er et mye omdiskutert tema, spesielt i forhold til hvordan pasienten opplever dette og om det er politiet sin arbeidsoppgave.

Den sterkeste graden av tvang oppleves av dem som fysisk tvangsinnlegges, og spesielt ved fysisk maktanvendelse, bistand fra politi og lignende. Kenneth opplevde å bli overrasket når politiet kom. Han lurte på hva galt han hadde gjort. Jeg har stor forståelse at Kenneth tolket det slik at han hadde gjort noe galt, han er ikke den eneste jeg har opplevd har sagt dette. Men han sa også i ettertid at han følte seg tryggere når han så politiet. Jeg har reflektert mye i etterkant om det hadde vært bedre, og gitt mindre følelse av tvang for Kenneth om politiet ikke hadde vært involvert i innleggelsen. Jeg har også kjent på de etiske og juridiske utfordringene i forbindelse med slik tvangsinnleggelsen ble gjennomført. Jeg er i den tro at fra det etiske perspektiv kunne det vært gjort mer "skånsomt" for Kenneth hvis de ikke hadde vært der. Med skånsomt mener jeg at det kan oppleves mer dramatisk når politiet kommer. Men på den andre siden så trygget det han som han selv sa (Aasen, 2009).

Et annet spørsmål jeg har stilt meg selv som jeg mener er relevant i forhold til det etiske med politibistand, er at politiet er fult uniformert og det vakte mye oppsikt i nabolaget. Dette blir også beskrevet av Pedersen (2008), han skriver slik: *"Daglig blir psykisk syke mennesker pågrepet i hjemmet av uniformert politi og fraktet i uniformert kjøretøy til legevakt for vurdering om innleggelse i psykiatrisk institusjon. Situasjonen utspiller seg fremfor øynene til naboer og forbipasserende"*.

Flere naboer sto i vinduet og fulgte med på hva som foregikk og at dette var en belastning for Kenneth er jeg ikke i tvil om. Han var ikke i stand til å ta det inn over seg der og da, men han registrerte det så jeg. Jeg følte nok dette som mer ukomfortabelt enn Kenneth akkurat da, men jeg tenker dette kan plage han i ettertid.

Ut i fra det juridiske perspektivet handlet vi i følge lov og hadde hjemmel for beslutningene vi tok noe som i seg selv er svært viktig. Faglig og personlig integritet med en høy etisk bevissthet er en forutsetning for å forvalte den juridiske rett på en slik måte at tvangstiltak blir minst mulig traumatisk for den enkelte pasient (Strand, 2011).

Jeg sitter igjen med følelsen at vi hadde en høy etisk bevissthet i det vi gjorde tolket ut fra den situasjonen vi stod i, og vi ønsket å gjøre det minst mulig traumatisk for Kenneth. Lyktes vi med dette? Skulle ønske det var en fasit, men er det noe jeg har lært i psykiatrien er at ingen situasjoner er helt like og man kan derfor vanskelig si hva som er rett og galt. Men opplevelsen pasienten har i etterkant blir det fundamentale, og at man som sykepleier kan stå for de avgjørelsene man tok. Er man usikker viser man mye større faglig dyktighet og kompetanse om man søker en håndsrekning for å kunne gjøre det som er beste for pasienten. En dyktig sykepleier kjenner sine begrensninger og erkjenner når man ikke streker til. Dette står også i Helsepersonelloven som sier i § 1 at ” *Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjeneste samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste*”. Det står videre i § 3 i samme lov under forsvarlighet, at helsepersonell skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra egne kvalifikasjoner, og det skal innhentes bistand eller henvises videre til annet kvalifisert personell (Lovdata, 2012).

Innledningsvis i oppgaven skrev jeg at tvang er et alvorlig inngrep med til dels ukjente virkninger. Det vil i fremtiden bli viktig å finne ut mer om positive og negative virkningen av tvang. Hvis det ikke legges fokus på dette hvordan kan man som sykepleier da øke sin kompetanse på feltet? Med kompetanse vil man forstå og gjennomføre tvang i forhold til lov, pasientrettigheter og etiske utfordringer for pasienten.

“Coercion in psychiatry is an important area for future clinical and research initiatives. Because of the linkages with legal, human rights and ethical issues, a huge number of individual questions needs to be addressed. In the future the field of psychiatry needs too respond more intensely to open discussions in the field, and to define better standards and procedures to deal with the challenges of this subject”(Kallert, T. W, 2008).

6.0 Hvordan å forstå hverandre

For å kunne gjennomføre tvangsinnleggelsen til det beste for Kenneth ble det av betydning å forstå han og tolke hvordan han møtte oss. Travelbee (2003) beskriver at samhandlingen som skjer mellom pasienten og sykepleieren, skjer i stor grad ved hjelp av kommunikasjon. Hun påpeker at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er essensielt for å sikre at tiltakene sykepleieren iverksetter samsvarer med pasientens behov.

Ser vi det fra den hermenautiske siden vektlegger den at vi mennesker er et språklig individ. Den framhever betydningen av å forstå språket som en beskrivelse av et menneskes livsløp og som et meningsbærende uttrykk for hvordan livet er her og nå. Menneskelige handlinger har en hensikt, og vil gi oss en forståelse av handlingenes subjektive meningsinnhold. Vi mennesker betraktes som et handlende "subjekt" der våre handlinger er tillagt en mening. Det betyr ikke at alle handlinger til mennesker er intensjonale og bevisste. Handlingene kan være ubeviste og følelsesmessige reaksjoner på ytre påvirkninger (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2010).

Når to mennesker møtes, skjer kommunikasjon stadig, både verbalt og nonverbalt. Vi har to hovedtyper kommunikasjon, verbal og non verbal. Den non verbale kommunikasjonen innebærer berøring, kroppsholdning og bevegelser med flere. Verbal kommunikasjon formidles gjennom tale og skrift. Ofte har sykepleieren ovenfor pasienter og brukere kort tid på å etablere kontakt og skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen man står oppi. Det å lytte aktivt og kommuniserer klart blir en forutsetning for å klarlegge hva situasjonen krever for å forebygge uheldige valg, og dårlige løsninger. Blir kommunikasjonen mangelfull eller dårlig vil det oppstå fare for at man gjør profesjonelle feil og mangler

Jeg har tidligere beskrevet nærhetssansen og avstandssansen som Martinsen (2003) gjør rede for. I kommunikasjon med Kenneth brukte vi hovedsaklig den avstands skapende sansen som består av syn og hørsel. Det ble viktig å tolke han gjennom hva vi så og hørte. Vi så ansiktsuttrykket hans sammen med øynene og blikket samtidig som vi registrert og så hele hans kroppsspråk. Vi hørte hans toneleie og kunne tolke stemningsleiet hans gjennom stemmen.

Observasjon av ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel til å få informasjon om den andres følelser og reaksjoner. Sammen med ansiktsuttrykket ser man blikket som er en av de viktigste nonverbale kanalene. Pasienter som er i en usikker situasjon føler seg sårbare, og har behov for å beskytte seg. For intens øyekontakt kan forsterke slike følelser. Øynene er sjelens speil sier et gammelt ordtak. Blikket og øynene til Kenneth sa alt og mye da han åpnet døren til oss. Det første blikket som møtet oss var det store og oppspilte som var preget av redsel og mistenksomhet. Det overrasket meg hvor mye et blikk kan si om hvordan en pasient har det. Det ga oss også mye informasjon om hvordan vi måtte håndtere vårt blikk i forhold til han. Vi hadde lite å gå på og det ble viktig at vi formidlet ro og vennlighet gjennom et mildt blikk og kroppsholdningen vår (Eide og Eide, 2011).

Kroppsspråk er på lik linje som ansiktsuttrykket uttrykk for følelser og holdninger og en viktig del av vår kommunikasjon med andre. Kroppsspråket viser oss kroppsholdning, bevegelser og gester. Kroppens signaler er ofte små, men sammen med ansiktsuttrykk, øyekontakt og verbale signaler kan de prege kontaktsituasjonen (Eide og Eide, 2011).

Vi ønsker å tro at kroppsspråket kan "leses" på en slik måte at vi alle bruker det likt. Vi bruker alle kroppsspråket forskjellig, og det avhenger av hvilket forhold vi har til hverandre, situasjonen og ikke minst personligheten til den som uttrykker seg. Det blir derfor svært viktig at man avklarer hva man tolker og hva pasienten "sier" med sitt kroppsspråk. Kenneth viste oss klart og tydelig med sitt kroppsspråk hva han følte om at vi kom på døra hans den kvelden. Først var det så vidt han åpnet døra, vi så bare øynene hans gjennom en sprekk. Når han åpnet innbydde han ikke til noe besøk med at han sperret hele døren med kroppen sin og virket på en slags måte oppblåst. Man kunne tolke det som om han ville gjøre seg stor for å sperre alt han kunne av inngang til leiligheten. Når vi etter hvert slapp inn i gangen så vi hvor urolig han var i hele kroppen sin, med at han trippet og hadde problemer med å stå i ro. Han opptrådte slik måte at vi tolket det som om han var i paranoid beredskap. Han uttrykte det med at han tittet konstant over skuldra som om han så etter fluktveier. Ro og kroppslig henvendthet viser at man er åpen for og opptatt av den andre. Dette ser jeg av stor betydning i situasjonen vi stod i. Hvis Kenneth ikke tror at vi er der for han og at vi vil hans beste, må vi vise med kroppen vår at vi kommer for han og ikke mot han. Vi stod strategisk til i et trappetrinn lavere enn han slik at han stod over oss og ikke skulle føle seg svakere og under

oss. Vi hadde en avslappet holdning i forhold til at vi stod ned med armene og ikke i kryss. For å vise at vi stoler på han og ikke er i forsvars posisjon. Men det skal sies at det vi viste med kroppsspråket vårt ikke helt stemte med hva vi følte der og da. Det handler om å være sterk for brukeren i situasjoner det krever det av oss, for å berolige han og komme i posisjon (Morrison, 1992).

Stemmens klang kan mye om personen den formidler også ro eller uro. Klangen kan beskrives som hard, varm, metallisk, skingrende, urolig, nervøs, skjelvende, lattermild og så videre. Følelser vil påvirke klangen i stemmen vår. Angst eller en ubehagelig følelse vil føre til at man trekker sammen nese og munn slik at lyden blir mer nasal og lukket. Det var lett for oss å høre at Kenneth var angstpreget og urolig i forhold til hvordan han snakket til oss. Det er rart hvordan man kan høre på stemmen til en person hvordan de har det inni seg. Den enkleste måten jeg kan beskrive hvordan vi tolket at han var redd, angstfull og aggressiv, var hans høye, harde stemmenivå. Han hadde et helt annet stemmeleie enn hva vi var vant til, dette var et stemmeleie som ikke inviterte til den rolige og samlende praten (Eide og Eide, 2011).

Sykepleieren bør ha et vesen og fremtreden som overordnet ikke generelt sett virker truende. Men det ofte slik at det er en subjektiv opplevelse hvordan pasienten oppfatter atferden til sykepleieren. Det varierer også fra situasjon til situasjon for samme person. Psykotiske pasienter som projiserer, det vil si de legger egne fiendtlige og vonde følelser ut på personer i omgivelsene. Når man blir utsatt for dette kan det oppleves som om man er fulle av vonde hensikter. Vi opplevde som sagt at Kenneth trodde vi hadde uærlige hensikter når vi kom til han, det føltes som at han ikke stolte på oss lenger. Dette har jeg forståelse for i forhold til at de "snille" nå kommer og overkjører meg. Han hadde alltid vært relativt åpen mot oss, men ga oss nå et inntrykk av at det forholdet vi hadde var glemt. Vi visste at det ikke var rettet direkte mot oss men at han ubevisst gjorde dette på grunn av sitt indre kaos. Men vi var ikke trygg på om han plutselig kunne rette det mot oss nå som situasjonen var tilspisset. Jeg stod ovenfor følelsen av hjelpløshet fordi vi skjønnte at vi måtte starte fra begynnelsen igjen med å vise Kenneth at vi hadde ærlige hensikter ovenfor han.

Hummelvold (2003) skriver at det å stå alene med psykotiske opplevelser ofte medfører en stor ensomhet for pasienten. Fordi ensomheten ofte er fremtredende hos mange psykotiske pasienter, vil det medføre at tilliten til andre mennesker ofte er skjør. Kontaktsykepleieren min fortalte meg hvor viktig det er at man står for det man sier og at det er hold i det. Dette er lett å forstå og spesielt i forhold til å bygge opp et tillitsforhold til brukeren. I situasjonen som oppstod hos Kenneth når vi valgte å trekke oss ut, sa ikke kontaktsykepleieren min at vi kom tilbake med lege og politi. Jeg funderte over dette ettersom han alltid la vekt på at vi skulle være ærlige og åpne. Han utelot dette fordi det tillitsforholdet vi hadde bygget opp med Kenneth kunne bli ødelagt hvis vi på stod bak det. Også i forhold til farlighetsgraden, hvordan ville han reagere hvis han tolket at vi stod bak det. Han forklarte at det mange ganger var bedre og ikke å fortelle. Med dette mente han ikke at vi skulle være uærlige ovenfor han. Men heller å fortelle at loven og legen mener at det beste for deg nå er at du får hjelp til det du sliter med. Hva med tilliten til legen, er det rett å legge "skylden" over på dem? Det er jo faktisk slik at det ikke er vi sykepleiere som bestemmer om pasienten skal innlegges. Det er kun legen som har myndighet til dette. Kontaktsykepleieren min sa også at mange av legene syns dette er greit.

Ærlighet er en svært positiv egenskap, spesielt som sykepleier når vi står i situasjoner som gjør oss usikker. Ærlighet handler ikke bare om å være ærlig eller om å bedra andre mennesker, men det innebærer at vi klarer å være åpen og dele hva vi føler med pasienten. I sammenheng med å kommunisere med pasienten verbalt og nonverbalt, er det en nødvendig forutsetning at vi er ærlig ovenfor pasienten. Vi må ha selvinnsikt og evne til å verdsette egne følelser, tanker, verdier og oppfatninger. Kontaktsykepleieren min sa til meg i forhold til kommunikasjon, tolkning og ærlighet i forbindelse med situasjonen vi var i. At pasienten ser og saner mere enn vi tro. Det er mye bedre å si ærlig og rett ut når man føler seg utrygg. Hvis man setter ord på hva man føler vil det bevisstgjøre brukeren på hans måte å framstå i situasjonen (Morrison, 1992).

7.0 Avslutning på historien om Kenneth

Det gikk tre uker så ble Kenneth skrevet ut fra akuttposten vi fikk han innlagt på. Oppholdet på avdelingen hadde gått bra og han hadde nå startet å ta medisinerne sine igjen. Han ble skrevet ut på tvunget psykisk helsevern som beskrives slik i psykisk helsevern loven § 3-5.

”Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om fram møte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang” (Lovdata, 2012).

Det gikk altså ut på at Kenneth måtte til avdelingen hver 4 uke å få injeksjon, hvis han ikke ble med frivillig ble det gjennomført med tvang og bistand fra politiet. Kenneth var ikke spesielt fornøyd med dette fortalte han oss når vi møtte han igjen. Vi hadde i bakhodet at det var vi som skulle følge han og motivere han før neste injeksjon. Dette var jeg spent på hvordan ville bli. Oppfølgingen med Kenneth gikk fint i noen uker så endret noe seg. Det ble på samme måte som sist meldt inn at han lurte unna den daglige medisinen. Han hadde også fått ” det blikket” igjen og oppførte seg merkelig. Han hadde plutselig forsvunnet en dag og blitt observert gående med telt langs en vei. Politiet og vi hadde vært på utkikk etter han men neste morgen var han til svars hjemme igjen.

Den ettermiddagen hadde de fleste gått av dagvakt og seinvaktene satt i rapport. Kontaktsykepleieren min ble oppringt når han var på tur hjem og det ble fortalt at Kenneth hadde kommet inn på kontoret, og oppført seg truende ovenfor sjefen som jobbet overtid. Han hadde kommet med direkte trusler på om han var nødt til å begå drap for å få ordentlig hjelp. Hun ringte politiet for bistand og forklart situasjonen, men da var Kenneth gått fra kontoret. Når politiet kom så de at 13 ruter på bygget var smadret og det lå glassbiter over alt på bakken. Kenneth ble hentet hjemme og veien til akuttavdelingen ble kort.

8.0 Avslutning av oppgaven

Jeg valgte å skrive om tvangsinnleggelse fordi jeg ønsket meg større kompetanse og forståelse på området. Det var som sagt hendelsen med Kenneth i praksis som fikk meg til å ønske dette. Det er viktig for meg å belyse hvordan sykepleieren kan gjennomføre en tvangsinnleggelse til det beste for pasienten. Selv om ingen situasjoner er like blir det ofte våre grunnleggende fagkunnskaper og erfaringer som spiller inn.

Det er mange variabler som avgjør om tvangsinnleggelsen er gjennomført suksessfullt. Det er svært vanskelig å definere suksess i forbindelse med en tvangsinnleggelse. Det er ingen vinnere i situasjonen selv om man har gjennomført det til det beste for pasienten. Man gjør allikevel noe bra i en situasjon som kan oppfattes som bare galt. Det er derfor svært viktig å sette fokus på tema for å øke forståelsen.

Det kan tolkes slik at historien om Kenneth ikke var et suksesseksempel, uti fra avslutningen på historien. Men dette er en hendelse fra virkeligheten, og det er dessverre ofte slik det kan foregå. Det ender ikke alltid som man ønsker, men dette er slik verden er.

9.0 Litteraturliste

Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999. nr. 64*. Hentet 15. april fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#1>

Kringlen, E. (2011) *Psykometri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

Psykisk helsevernlov. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 7. februar 1999. nr. 62*. Hentet 11. mars fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html>

Strand, L. (2011). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

Aanderaa, I. (1996) *Å arbeide i andres hjem. Hjelpere i møte med mennesker med psykiske lidelser.*(s. 56-59). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Aasen, S.H. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Ethiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(12)1175-1181. Hentet 22. mars fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=99220&a=2

Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster. Essayskriving for nybegynnere.*(s. 15-60, 63-96,103-147). Oslo: Universitetsforlaget.

Jordahl, H. & Repål, A. (2010). *Mestring av psykoser.*(s. 17-25). Bergen: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd. S. Jensen P. Karlsson B & Løkke J.A. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle.* (s.239-279). Oslo: Gyldendal Akademiske. 2 opplag.

Kallert, T, W. (2008) Coercion in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry.* 21(5):485-489. doi: 10.1097/YCO.0b013e328305e49f. Hentet 22. mars 2012 fra http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2008/09000/Coercion_in_psychiatry.12.aspx

Martinsen, K.(2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* (s. 113-118). Oslo: Universitetsforlaget.

Morrison, P. & Burnard, Philip. (1992). Brukermedvirkning. I: A.R, Bråten (red.) *Omsorg og kommunikasjon, mellommenneskelige relasjoner i sykepleien.*(s. 9-36, 47-85). Oslo: Ad Notam Gyldendal

Rådet for psykisk helse. (2010). *Frivillighet før tvang.* Hentet 12. mars 2012 fra http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/FFT_tiltaksforslag_rapport.pdf

Smith, A. (2003). Bistand fra politiet i forbindelse med psykisk helsevern. Helsebiblioteket 3(03). Hentet 22. mars fra <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2003/Nr.+3-03/Bistand+fra+politiet+i+forbindelse+med+psykisk+helsevern.7832.cms>

Sykepleierforbundet. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet 15. april 2012 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Travelbee, J. (2003). *Mellom menneskelige forhold i sykepleie.*(s. 27-47, 133-193). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vetlesen, A.J. & Nortvedt, P. (1997). *Følelser og moral.*(s. 131-133). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Antall selvvalgt Litteratur: 305 sider