

SPL3901  
Avsluttende eksamen  
i Sykepleie

05HBSPLH  
Kandidatnr. 519

*Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og  
bruk av tvang*

---

**Hvordan kan vi som sykepleiere  
forebygge utagerende atferd som ofte  
fører til bruk av tvangsmidler?**

---

Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie  
Mai 2008  
Antall ord: 9624

*Takk til alle som har hjulpet oss i  
arbeidet med vår bacheloroppgave.*

# Innholdsfortegnelse

---

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	4
1.1 Tema og problemstilling .....	4
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	5
<b>2.0 METODE</b> .....	6
2.1 Litteraturstudium som metode .....	6
2.2 Kildekritikk .....	7
2.3 Oppgavens oppbygning .....	9
2.4 Relevante søkeord.....	10
<b>3.0 TEORI OG DRØFTING</b> .....	10
3.1 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse .....	10
3.1.1 Splitting.....	11
3.2 Presentasjon av Anne.....	12
3.3 Jean Watson .....	13
3.3.1 Sykepleiens mål .....	13
3.3.2 Mottakeren av sykepleie .....	13
3.3.3 Sykepleie og sykepleierens rolle.....	14
3.4 Tvang .....	14
3.4.1 Lovverket .....	14
3.4.2 Gjennomføring av tvang .....	16
3.4.3 Statistikk .....	17
3.5 Miljøterapi.....	17
3.5.1 Beskyttelse .....	18
3.5.1.1 Grensesetting.....	18
3.5.1.2 Trygghet.....	19
3.5.2 Støtte .....	20
3.5.2.1 Selvfølelse.....	21
3.5.2.2 Autonomi .....	21
3.5.3 Validering .....	22
3.5.3.1 Kommunikasjon .....	22

3.5.3.2 Empati .....	24
3.5.3.3 Humor .....	25
3.5.4 Struktur .....	25
3.5.4.1 Forutsigbarhet .....	26
3.5.4.2 Aktivitet og avledning.....	26
3.5.4.3 Ledelse .....	27
3.5.5 Involvering .....	28
3.5.5.1 Brukermedvirkning .....	28
<b>4.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>30</b>
<b>5.0 ETTERORD</b> .....	<b>32</b>
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>

# 1.0 INNLEDNING

---

## 1.1 Tema og problemstilling

Årsaken til at vi har ønsket å skrive om temaet tvang og personlighetsforstyrrelse har bakgrunn i våre egne praksiserfaringer fra akuttpsykiatrien. Vi ønsker også å øke vår egen forståelse for atferden til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, fordi møtet med disse pasientene har gjort inntrykk på oss. Videre ønsker vi å øke vår egen kunnskap om hvordan vi bør møte nettopp disse pasientene, da vi har sett at den utvalgte gruppen pasienter blir stadig mer representativ i akuttpsykiatrien. Personlighetsforstyrrede pasienter skal helst ikke inn på institusjon da oppholdet ikke har positiv innvirkning på deres sykdomsforløp, men vi ser at innleggelse av pasienter med utagerende atferdsmønster er økende. Vi ser også at noen ofte får lange opphold på grunn av suicidalfare, og ustabiliteten gjør at mange leger kvier seg for å skrive dem ut på grunn av pasientenes manglende impuls kontroll og svingende følelsesliv. Vi har erfaring med at ustabiliteten i personligheten til denne pasientgruppen ofte skaper mye frustrasjon blant personalet, fordi arbeidshverdagen blir uforutsigbar i og med at man aldri vet hva som venter seg bak døra inn til pasientrommet. Ustabilitet skaper uforutsigbarhet, som igjen skaper utrygghet. Splitting er også er relevant tema.

Atferden til denne pasientgruppen skaper også ofte uro i avdelingen, noe som påvirker de andre pasientene. De dominerer ofte i avdelingen, og mye av avdelingens ressurser brukes på nettopp disse pasientene. Med bakgrunn i våre erfaringer mener vi også at pasientgruppen er overrepresentert når det kommer til bruken av tvangsmidler i akuttposten.

Årsaken til at disse pasientene kommer inn på akuttavdelingen er som regel suicidalitet og alvorlig selvskading, gjerne i form av intox (overdose), kutting eller hengningsforsøk. Vi ønsker å sette fokus på hvordan man skal møte disse pasientene, hvordan vi kan dempe impulsive handlinger i avdelingen som skaper uro for andre pasienter og skape forutsigbarhet og følelse av kontroll for personalet.

Problemstillingen lyder derfor slik:

*Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utagerende atferd som ofte fører til bruk av tvangsmidler?*

## **1.2 Avgrensning av oppgaven**

Vi kunne valgt å gå inn på alternative mestringsstrategier for disse pasientene, men når denne pasientgruppen har kommet til stadiet at de er i stand til å kontrollere impulsene sine i stor nok grad til at de klarer å tenke alternative strategier framfor utagerende atferd, vil de mest sannsynlig ikke være innlagt. Derfor har vi valgt å avgrense oppgaven til å omhandle hvordan vi kan takle atferden til disse pasientene i avdelingen på en måte som er individuell, akseptabel og verdig for pasienten, personalet og medpasienter i avdelingen. Vi har også valgt å ikke gå inn på bruk av beroligende medikamenter, selv om vi er bevisst på at dette er et mye brukt tiltak som bidrar til å dempe uro. Dette har vi gjort for å kunne begrense oppgaven ytterligere.

Tvang er et vidt begrep, men i denne oppgaven mener vi med tvang bruk av mekaniske tvangsmidler i form av belter, og fysiske tvangsmidler i form av holding. Dette er fordi vi erfaringsmessig mener det er mest brukt overfor vår pasientgruppe.

I hospiteringspraksis fikk vi beskjed om at vi burde være forsiktige med å bruke diagnosen personlighetsforstyrrelse. Årsaken til dette er at mange i pasientgruppen med denne typen atferd, ikke nødvendigvis har en personlighetsforstyrrelse, men et atferdsmønster som ligner det som ses ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Vi har allikevel valgt å bruke diagnosen som utgangspunkt for vår oppgave, for å kunne avgrense oppgaven og for å kunne dekke kravet om å ha med sykdomslære i oppgaven. Vi er allikevel fullt klar over at ikke alle pasienter med utagerende, selvskadende atferd har denne diagnosen. Men for å kunne utforme en klar og tydelig oppgave har vi valgt å gjøre det på denne måten.

## 2.0 METODE

---

Villhelm Aubert (1985) definerer metode på denne måten:

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*

(Dalland 2007 s.81).

Med bakgrunn i dette sitatet vil vi presentere vår fremgangsmåte for å finne kunnskap og svar på vår problemstilling.

### 2.1 Litteraturstudium som metode

På grunn av begrensningen vi har hatt i tid og omfang på denne oppgaven, har vi valgt å bruke litteraturstudium som metode. Et litteraturstudium innebærer at vi bruker materiale som allerede er dokumentert og publisert. Vi har benyttet pensumlitteratur fra første og andre studieenhet i forhold til psykiatri, sykepleieteori og etikk. Vi har også funnet en del selvvalgt litteratur på skolens bibliotek, samt fått tips om litteratur i hospiteringspraksis.

Fordelen med et litteraturstudium er at utvalget av litteratur er stort, og vi kunne velge litteratur vi syntes passet best inn i vår oppgave og underbygget vår problemstilling, og forkastet det vi ikke ønsket å bruke.

En ulempe ved å skrive oppgaven som et litteraturstudium var at vi ikke fant noe særlig med litteratur som går direkte på problemstillingen vår. Derfor fant vi teori om forebygging av uro og knyttet dette opp mot teori om emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Videre så vi dette opp mot våre egne erfaringer fra praksis, og gjennomførte noen uformelle samtaler i hospiteringspraksis med sykepleiere som har erfaring med temaet vi skriver om, for å kunne trekke inn relevante konkrete tiltak og høre deres syn omkring temaet.

## 2.2 Kildekritikk

Mesteparten av litteraturen vi har brukt har vært primærkilder. Tvangsprotokollen fra hospiteringspraksis er også et eksempel på primærlitteratur. Når det gjelder Jean Watsons sykepleieteori har vi brukt en sekundærkilde. Årsaken til dette er at primærkilden er skrevet på engelsk, og siden sekundærkilden (Kristoffersen 2000) står på vår pensumliste, stoler vi på at disse oversettelsene er mer korrekte enn det ville blitt med våre egne oversettelser av begreper skrevet i primærkilden. Stoffet vi hentet fra Kringlen (2006) i forhold til definisjonen av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse etter diagnosesystemet ICD-10 er også sekundærkilde. Årsaken til at vi valgte Kringlen er at boka står på vår pensumliste, forfatteren er i tillegg godt anerkjent og mye brukt i psykiatrisk arbeid. Bøkene av Norvoll (2002) og Vatne (2006) ble vi tipset om i praksis, spesielt Norvoll er godt anerkjent i akuttpsykiatrien. Berg (2008) fant vi først i praksis, boka var ikke tilgjengelig på biblioteket. Årsaken til at vi valgte Berg er at den nylig er utgitt, og innholdet er rettet direkte mot sykepleiere som jobber i akuttpsykiatrien. Ingeberg m.fl (2006) har vi benyttet for å finne teori om miljøterapi.

Strand (2002) og Hummelvoll (2005) stod på vår pensumliste i psykiatri. Eide og Eide (2002) og Brodtkorp m.fl (2004) er også pensumlitteratur. Litteraturen er primærkilder, og siden vi har brukt bøkene i våre praksisstudier i løpet av utdanningen, falt det naturlig for oss å benytte disse bøkene i vår bacheloroppgave.

På skolens bibliotek benyttet vi søkemotoren Bibsys for å finne fram til tilgjengelig litteratur. Vi har bevisst forsøkt å unngå å bruke internett som kilde. Årsaken til dette er at mye av informasjonen man finner der ofte representerer en persons mening, og er ikke vurdert og godkjent av faglige instanser. Vi har benyttet internett ved tre anledninger, ved den ene anledningen brukte vi en publisert artikkel på Sykepleiens hjemmesider. Denne ser vi på som gyldig da Sykepleien er et faglig tidsskrift. Den andre anledningen var for å finne bakgrunnsdata på John G. Gunderson, vi søkte da på navnet hans og fant en kort biograf om ham fra hjemmesiden til hans arbeidssted McLean Hospital. Vi har også benyttet lovdatas nettsider for å oppdrive de nyeste oppdateringene av det relevante lovverket i forhold til psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Nettsiden er vel anerkjent og er opprettet av Justisdepartementet



og Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Derfor anser vi kilden som gyldig og seriøs. Utover dette har vi ikke benyttet internett som kilde.

Heldigvis var vi tidlig ute så utvalget av teori var stort. Problemet var derfor å begrense seg, og vi endte opp med den litteratur som var av nyest dato. Grunnen til at vi valgte den nyeste litteraturen er at det stadig forskes på psykiatri og ny litteratur kommer derfor på markedet med jevne mellomrom. Derfor så vi den nyeste litteraturen som mest aktuell fordi den representerer de nyeste funnene innenfor psykiatri.

Vi ønsket å la oppgaven bli preget av humanistisk tenkning hvor pasienten som menneske, og ikke diagnose, er i sentrum. Valget av sykepleieteoretikeren Jean Watson var derfor relevant fordi hun gir uttrykk for et humanistisk og helhetlig menneskesyn. Hun har også erfaring fra psykiatri, noe som gjorde det lettere for oss å knytte hennes tenkning opp mot vår problemstilling. Vårt hovedfokus i oppgaven har vært etikk og holdninger, fordi vi mener dette er grunnleggende verdier man skal ha for å kunne utøve god sykepleie.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å skaffe tillatelse til å bruke resultater fra en gjennomført spørreundersøkelse om holdninger til bruk av tvang utført av SINTEF, men da resultatene av denne er under bearbeiding og ikke offentliggjøres før i september, fikk vi dessverre ikke tilgang til denne. Vi ble derimot tipset om en engelsk artikkel skrevet av Rolf Wynn, som tar for seg holdninger til tvang ved ett bestemt psykiatrisk sykehus. Siden omfanget av undersøkelsen i denne artikkelen er begrenset til ett sykehus, er vi klar over at resultatet ikke er representativt for den generelle holdningen innen norsk psykiatri. Men resultatene fra denne undersøkelsen samsvarer med våre egne erfaringer og det som kom fram i de uformelle samtaler vi hadde. Derfor synes vi artikkelen allikevel var vesentlig for vår oppgave.

Vi har lett etter offentlig statistikk som omhandler bruken av tvangsmidler. Men denne statistikken fortalte oss ikke noe om årsakene til gjennomføringen av tvangen, og var derfor irrelevant. Vi ønsket å finne litteratur som bekreftet vår påstand om at pasienter som Anne i caset vi senere presenterer, er overrepresentert i bruken av tvangsmidler. Dette viste seg å være vanskelig, og påstanden blir derfor kun underbygget av statistikk fra en post, egne erfaringer og samtaler med sykepleiere.

Statistikken vi presenterer er kun representativ for posten vi hospiterte ved. Vi valgte å kun hospitere ved en avdeling, for å kunne få et godt innblikk i tvangsbruken ved nettopp denne posten. Det kan hende denne posten har et høyere eller lavere antall innleggelser av pasienter med Annes destruktive atferdsmønster enn andre akuttavdelinger. Dersom vi hadde hospitert ved flere avdelinger, hadde vi kanskje funnet variasjoner. Men å finne data for sammenligning har ikke vært hensikten med vår oppgave.

Siden vi har fått tillatelse til å bruke statistikk fra tvangsprotokollen hvor vi hospiterte, har vi valgt å gjengi dataene som en samlet oversikt i stedet for å presentere dem år for år, for å anonymisere dataene. Vi har også vært oppmerksomme på å informere sykepleierne vi snakket med om at dataene ville bli anonymisert. Videre har vi sørget for å ha skriftlig tillatelse før vi innhentet informasjon fra praksisstedet.

### **2.3 Oppgavens oppbygning**

Sykepleiefokuset i denne oppgaven er på klinisk sykepleie og vi har gjennom oppgaven lagt vekt på problemløsning og samhandling. Ifølge Kristoffersen (2002) består sykepleieprosessen av nettopp disse to begrepene. Problemløsningen skjer ved at man samler inn data om pasienten, finner ut hvilke behov for sykepleie pasienten har, tolker dataene og lager mål for sykepleien før man til slutt evaluerer målene. Denne problemløsningen må ses opp mot hvordan pasienten mestrer sine grunnleggende behov, og pasienten bør delta i problemløsningen. Det som står i sentrum i problemløsningsprosessen er ifølge Kristoffersen (2002) samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten (s.13). Under arbeidet med denne oppgaven har vi hele tiden hatt sykepleieprosessen i bakhodet, selv om vi ikke har brukt den direkte i oppgaven.

Vi har valgt å slå sammen teori- og drøftingsdelen i vår oppgave. Grunnen til dette er at vi har valgt å bygge oppgaven rundt et fiktivt case om en pasient kalt Anne, og for få flyt og sammenheng i oppgaven, anså vi det som mest hensiktsmessig å skrive teori og drøfting som en sammenhengende helhet. Jean Watson vil for øvrig først bli presentert for seg selv, og så bli trukket inn i oppgaven der vi har sett dette som relevant for å underbygge våre påstander. I og med at vi har valgt å drøfte underveis fikk vi

utfordringer i forhold til kildehenvisninger i teksten. Både for å skape mer flyt i oppgaven og for å skille mellom teori og våre egne påstander har vi valgt å skrive en kildehenvisning på slutten av et avsnitt med teori, der disse går inn i hverandre.

## 2.4 Relevante søkeord

Relevante søkeord vi har benyttet i vårt søk etter litteratur i Bibsys Ask er:

Tvang, restraint, emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse borderline-type, borderline personality disorder, Jean Watson, John G. Gunderson, miljøterapi, forebygging, holdninger, attitude, engagement, etikk.

# 3.0 TEORI OG DRØFTING

---

## 3.1 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

*”Når et individs karakter er så avvikende at det skaper store problemer for en selv eller andre, kaller man det personlighetsforstyrrelse”*

(Kringlen 2006, s.155).

Vi kommer her kun til å omtale ustabil emosjonell personlighetsforstyrrelse av borderline type i overensstemmelse med ICD-10, som er et klassifikasjonssystem som brukes for å beskrive sykdom (Kringlen 2006, s.46). Vi deler emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse inn i to; impulsiv type og ustabil type (borderline-type). For å få diagnosen borderline må en person ha tre av kriteriene på impulsiv type og i tillegg ha minst to av karakteristikaene for borderline-type.

I ICD-10 angis det forskjellige kriterier for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Under impulsiv typer er karakteristika:

1. *Markert tendens til å handle overilt og impulsivt uten å ta konsekvenser i betraktning*
2. *Markert tendens til kranglevorenhet og konflikter med andre når impulsive handlinger blir hindret eller kritisert*

3. *Tilbøyelighet til sinneutbrudd eller vold, med manglende evne til kontroll*
4. *Vansker med å holde fast på en handlingssekvens så sant ikke umiddelbar belønning foreligger*
5. *Ustabil og lunefullt følelsesliv*

Under ustabil type (borderline-type) angis følgende karakteristika:

1. *Forstyrrelse i selvbilde, mål og indre verdier*
2. *Intense og ustabile forhold*
3. *Store anstrengelser for ikke å bli forlatt*
4. *Gjentatte trusler og tendens til selvdestruktiv atferd*
5. *Kronisk tomhetsfølelse*

(Kringlen 2006 s.139)

Som nevnt kan borderlinepasienter utvise et utagerende atferdsmønster. Solfrid Vatne (2006) skriver at utagerende atferd fremtrer i spesielle situasjoner hvor pasienten har vane for å opptre utagerende på grunn av sårbarhet. Hun definerer utagerende atferd som ”en atferd med sterke verbale eller fysiske uttrykk, inklusive fysiske angrep” (s.27).

### **3.1.1 Splitting**

Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse borderline type vil heretter kun bli kalt borderline. Det eneste stabile hos borderlinepasienter er ustabiliteten, og pasienten er preget av en sterk identitetsforstyrrelse. Splitting anses her som den viktigste forsvarsmekanismen, og innebærer at pasientens relasjoner med andre preges av en sort-hvitt tenkning. Det vil si at Anne, som er en borderlinepasient vi presenterer nedenfor, ser på sykepleieren og de andre pasientene som enten helt gode eller helt onde. . En sykepleier som må gi pasienten beskjed om at hun har fått avslag på helgepermisjon kan for eksempel bli sett på som ond, mens sykepleieren ville blitt sett på som helt god dersom hun ga beskjed om at hun fikk permisjon. Dette synet på sykepleierne kan imidlertid endre seg i løpet av kort tid (Berg 2008, s.144). På grunn av sin forstyrrede personlighet evner hun ikke å se at mennesker har både positive og negative egenskaper. Borderlinepasienten kan lett klare å splitte personalet dersom de ikke er bevisste på fenomenet. Det er derfor viktig at sykepleierne har kunnskap om denne forsvarsmekanismen og at de klarer å holde ut med pasientens skiftende atferd.

Vi vil nå presentere en fiktiv pasient ved navn Anne. Beskrivelsen av Anne er formet ut fra de overnevnte kriterier for diagnosen borderline, og blir derfor vår drøfting av borderline.

### **3.2 Presentasjon av Anne**

Anne er innlagt på psykiatrisk avdeling på frivillig grunnlag. Årsaken til innleggelsen er at hun har tatt intoxic (overdose) med sovetabletter. Anne er godt kjent blant personalet da hun har flere tidligere innleggelse bak seg på den akuttpsykiatriske posten, og har en historie preget av ustabil humør og et dårlig selvilde. Videre har hun lett for å havne i konflikter med andre mennesker, ofte på grunn av sin impulsivitet og manglende kontroll over følelsene sine, hun har lett for å eksplodere og bli svært aggressiv dersom noe går henne imot. Anne tenker heller ikke på at hennes handlinger vil få konsekvenser. Impulsiviteten gjør at hun har en selvdestruktiv atferd, og hun utviser ofte utagerende atferd rettet mot seg selv eller personalet dersom hennes behov og ønsker ikke blir dekket umiddelbart.

Denne atferden kommer ofte til uttrykk dersom Anne føler seg oversett og nedprioritert av personalet, og dersom personalet må sette grenser for Anne eller gi avslag på hennes ønsker om aktiviteter og lignende. På grunn av sin atferd har hennes handlinger flere ganger resultert i bruk av tvangsmidler fra personalets side, da i form av holding og beltelegging, for å hindre skade på Anne og personalet.

Det er helg, og travelt på avdelingen, og Annes kontaktperson har en annen pasient i tillegg til Anne. Anne blir på grunn av dette urolig og uttrykker irritasjon over kontaktpersonen som tilsynelatende ikke har tid når Anne ønsker å snakke med henne. Personalets tidligere erfaringer er at slike situasjoner er med på å utløse utagerende handlinger fra Annes side.

### 3.3 Jean Watson

Jean Watson er en amerikansk sykepleier som har erfaring innenfor psykiatri. Hennes sykepleietenkning tar utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn. Denne tenkningen har senere blitt sett på som en modell, og Watson har skrevet flere bøker som omhandler hennes sykepleieteori. Et humanistisk menneskesyn vil si et menneskesyn hvor mennesket er i sentrum. Hun mener at sykepleie knytter vitenskapelig metode og vitenskap sammen med humanistiske verdier, og at sykepleie er et sosialt, vitenskapelig og moralsk bidrag til både samfunnet og enkeltmennesket (Kristoffersen 2000, s.375).

#### 3.3.1 Sykepleiens mål

I Jean Watsons sykepleietenkning er sykepleiens mål å hjelpe pasienten, som her vil bli omtalt som Anne, til å finne en indre ro og best mulig grad av helse. Hun mener videre at Anne blir bedre rustet til å takle situasjoner i livet som er vanskelig, gjennom å hjelpe pasienten til å forstå seg selv og til økt selvinnsett. At hun mestrer sin egen livssituasjon, ser Watson på som et kjennetegn ved helse (Kristoffersen 2000, s.375). Watson definerer helse på denne måten:

*”Helse refererer til en enhet og harmoni i sinn, kropp og sjel. Helse dreier seg også om graden av samsvar mellom det oppfattede selv og det erfarte selv”*

( Kristoffersen 2000, s.432).

#### 3.3.2 Mottakeren av sykepleie

Jean Watson mener (Kristoffersen 2000) at pasienten er i en situasjon der hun opplever stress utløst av ting som har skjedd i livet, som for eksempel forandringer i miljøet rundt henne eller utviklingskriser. Videre sier hun at Anne trenger kunnskap for å forstå sin situasjon bedre og på bakgrunn av dette kunne vurdere forskjellige handlingsalternativer og velge mellom disse. Watson mener at Anne skal ansvarliggjøres og ha en aktiv rolle i sin egen behandling (s.375).

### 3.3.3 Sykepleie og sykepleierens rolle

Jean Watson (Kristoffersen 2000) deler sykepleie inn i ”trim” og ”core”, hvor begrepet ”trim” omtaler metoder og teknisk utstyr som sykepleieren bruker i kontakt med pasienten. En type teknisk utstyr kan her være belter. Hun beskriver ”core” som sykepleieren kjerne. Dette begrepet henger sammen med omsorg. Omsorgens kjerne, og de virksomme sidene ved sykepleien, beskriver hun som ti faktorer i sin sykepleiemodell. Vi vil ta med de faktorene vi synes er relevante senere i oppgaven. Hun sier videre at sykepleierens rolle er å hjelpe Anne i situasjoner hun finner stressfylt og truende (s.434).

## 3.4 Tvang

Rolf Wynn er professor i psykiatri i Tromsø og har skrevet en artikkel om holdninger til bruk av tvang ved Åsgård universitetssykehus i Nord-Norge. I denne artikkelen belyses det at utagerende atferd mot pasienten selv eller andre er hovedårsaken til bruk av tvangsmidler. Personellet som ble spurt i forbindelse med undersøkelsen i denne artikkelen mente at tvang kun skulle benyttes i situasjoner hvor andre tilnærminger hadde feilet, og at det juridiske, etiske og kliniske skulle være på plass før tvang kunne gjennomføres. Videre foreslås det økt kvalifisert bemanning og mer oppmerksomhet fra personalet som de mest sentrale forebyggende tiltakene (Wynn 2003). Vår erfaring er at det som kommer fram i undersøkelsen til Wynn også er representativt for posten vi hospiterte ved. I samtaler med sykepleiere kom det fram at kunnskap, tid, oppmerksomhet og fleksibilitet er viktige faktorer når det gjelder forebygging av urosituasjoner. Personalet ønsker å unngå bruk av tvangsmidler så langt det er mulig, og er kreative for å finne andre tiltak før tvang i ytterste konsekvens må anvendes. Dette krever en holdning til tvang basert på kunnskap, etiske og juridiske vurderinger og erfaring.

### 3.4.1 Lovverket

Erfaring viser at vår pasientgruppe oftest er frivillig innlagt, etter § 2-1 i psykisk helsevernloven, som lyder:

**§ 2-1. Hovedregelen om samtykke**

*Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.*

(<http://www.lovdata.no>)

Pasientrettighetslovens kapittel 4 omhandler samtykke til helsehjelp. I psykiatrien er det som nevnt § 2-1 som innebærer at pasienten samtykker til å motta den helsehjelpen avdelingen kan gi. Men det betyr ikke at pasienten må inn under tvungent psykisk helsevern for at det skal være tillatt å bruke tvangsmidler. Det er ikke lov å bruke tvang uten at det er klart hjemmel for dette i lovverket. Vi gjengir her relevante deler av § 4-8 i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern:

**§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold**

*Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Som tvangsmiddel kan anvendes:*

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.*
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.*
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.*
- d. kortvarig fastholding.*

(<http://www.lovdata.no>)

Videre velger vi også å trekke inn Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.

**§ 1. Formål**

*Forskriften skal sikre at tvangsmidler bare anvendes når det er uomgjengelig nødvendig for å avverge skade. Videre skal forskriften sikre at tvangsmidler brukes på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, og slik at pasientens personlige verdighet og integritet blir respektert.*

(<http://www.lovdata.no>)



Det står i § 2 i forskriften om bruk av tvangsmidler at tvangsmidler kun kan brukes i institusjon som er godkjent for å ha pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det står ingenting om at det kun kan anvendes overfor pasienter som er innunder tvungent psykisk helsevern. I en artikkel i Sykepleien (nr 12/2002) står det følgende: ”Tvangsmidler kan anvendes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern” (Christoffersen 2002). Artikkelen viser til psykisk helsevernslovens paragraf 4.

Ut ifra dette mener vi å ha funnet god bakgrunn for at det er fullt lovlig å anvende tvangsmidler overfor pasienter som er innlagt på frivillig grunnlag. Erfaring viser også at dette er tilfelle, og vi tok opp temaet til diskusjon i hospiteringspraksis. Svaret ble at bruken av tvangsmidler er situasjonsavhengig uavhengig av hvilke paragraf pasienten er innlagt etter. I § 4-8 står det som nevnt at tvang kun skal brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre skade.

### **3.4.2 Gjennomføring av tvang**

Vatne (2006) viser til tre viktige elementer ved gjennomføring av tvang. For det første skal man begrunne at det i den gitte situasjonen ikke er mulig med samhandling og likeverdighet. Dette skal man begrunne overfor seg selv så vel som overfor pasienten. Videre skal man begrunne årsaken til ansvarsovertakelsen og gjennomføringen av tvangsmiddelbruken overfor pasienten. Til slutt skal man også angi tidsrammen for tvangsbruken (s.164).

Følgende situasjon er hentet fra et eksempel i Vatne (2006, s.164) men omskrevet for å relatere det til Anne.

”Sykepleier: Anne, jeg oppfatter det som om du ikke har kontroll over det du gjør i denne situasjonen. Jeg er redd for at du kan komme til å skade deg selv eller andre. For alles trygghet må jeg overta ansvaret. Inntil du viser bedre kontroll over handlingene dine har vi bestemt at du skal holdes...”

Med disse ordene har sykepleieren begrunnet at årsaken til at det ikke er mulig å samarbeide med Anne er på grunn av hennes manglende kontroll over egen atferd. Sykepleieren har også begrunnet årsaken til at hun tar over ansvaret for Anne ved å

bestemme at hun skal holdes for å hindre skade på seg selv eller andre, og hun har også angitt tidsrammen for tvangsbruken ved å informere henne om at hun vil slippes når hun har fått tilbake kontrollen.

### 3.4.3 Statistikk

Vi har fått tillatelse til å bruke statistikk fra tvangsprotokollen hvor vi hospiterte, for å underbygge vår teori om at vår pasientgruppe er overrepresentert i bruken av mekaniske tvangsmidler. Denne statistikken er å regne som en årsmelding fra en institusjon. Fra 2001-2007 ble mekaniske tvangsmidler i form av belter brukt 323 ganger, fordelt på 95 pasienter. Ca 15 pasienter stod for 188 av disse tilfellene. Disse pasientene var kvinner med et utagerende atferdsmønster likt det vi ser hos Anne. I snitt har disse 15 pasientene 12,5 beltelegginger hver. Hvis vi ser dette opp mot de resterende pasientene i tvangsstatistikken, ser vi at de i snitt hadde ca 1,5 beltelegginger hver (Årsmelding fra en institusjon).

## 3.5 Miljøterapi

Miljøterapi kan defineres som:

*En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i en institusjon*

(Hummelvoll 2005, s.430).

Jean Watsons åttende virksomme faktor går ut på ”å tilrettelegge et støttende, beskyttende og/eller korrigerende mentalt, fysisk, sosiokulturelt og åndelig miljø”. Watson er altså opptatt av hvordan miljøet påvirker pasienten, og at det tilrettelegges for ivaretagelse av sikkerhet og trygghet. Hun mener også at pasienter påvirkes positivt av trivelige omgivelser slik at selvfølelsen og egenverdet styrkes (Kristoffersen 2000, s.437).

John G. Gunderson er en amerikansk psykiater, og jobber som professor i psykiatri ved Harvard Medical School. Han har utarbeidet fem variabler som brukes mye i praksis. Sammen utgjør disse variablene et terapeutisk miljø. Vi ønsker nå å presentere disse

variablene, og trekke inn hvordan dette fungerer ved posten vi har hospitert i, samt knytte det opp mot Anne. Disse variablene skal være faste i miljøet og vil i følge Hummelvoll (2005) fremme endring gjennom utvikling av et trygt miljø som bidrar til vekst hos pasientene når de brukes helhetlig (s.457). Det er for øvrig viktig at hver pasient får en individuelt tilrettelagt tilpasning ved at den enkelte pasient alltid er i fokus.

### **3.5.1 Beskyttelse**

Med beskyttelse mener John G. Gunderson at pasientene må få hjelp til å ivareta sine personlige behov samt beskyttes mot handlinger som kan være skadelige grunnet manglende selvkontroll (Ingeberg m.fl. 2006, s.203). Her menes det at pasienten skal få hjelp til å uttrykke sine følelser på en akseptabel måte. Med akseptabel atferd mener vi her atferd som ikke framstår som støtende eller skremmende på andre, eller som Anne i etterkant skjemmes over.

Erfaring viser at enkelte pasienter som får lov til å utagere verbalt og fysisk ofte i etterkant angrer på sin atferd, er flau og redde for hvordan andre kan ha oppfattet dem og frykter å bli nedvurdert på grunn av atferden. Selvfølelsen, som vi senere kommer nærmere inn på, kan bli sterkt svekket av slike tanker. Motsatt erfaring viser at enkelte pasienter utviser takknemlighet for at sykepleierne ikke tillot dem å opptre så ukritisk, men at de satte grenser og dermed beskyttet dem. Dette er, når brukt riktig, med på å forsterke pasientens selvfølelse og skape tillit.

Med bakgrunn i dette kan det være nødvendig at personalet setter grenser for Anne, disse grensene kan være fysiske og verbale.

#### **3.5.1.1 Grensesetting**

*”Grensesetting er alt personalet gjør for å stoppe pasienters uhensiktsmessige eller skadelige atferd, og omfatter også forebygging av slik atferd” (Strand 2002, s. 88).*

Erfaring viser at pasienter som Anne kan ha behov for klare grenser på hva som er akseptabel atferd, men samtidig kan grensesetting i seg selv være en utløsende årsak til utagering, fordi hun har problemer med å tåle korrigerende fra andre mennesker. Spesielt utfordrende er dette når det kommer ukjent personale som skal håndheve de grensene

som er satt av det faste personalet. Ukjent personale kan også kvie seg for å håndheve disse grensene, noe som fører til at Anne opplever forskjellig gjennomføring av grensesetting. Vi opplever også at pasienter ofte bruker dette som et middel for å splitte personalet. Hun kan påstå at annet personale utfører grensesetting annerledes, i et forsøk på å gjøre kontakten usikker og dermed få lavere grenser.

Watson (Kristoffersen 2000) mener det er sykepleierens oppgave å sørge for at Anne får den nødvendige undervisningen hun trenger for å få kunnskap om sin egen lidelse og videre bli i stand til å mestre egne følelser (s.436). For Anne vil dette innebære at hun må ha tillit til personalet, og at hun føler trygghet slik at hun er i stand til å være mottakelig for undervisning i hvordan hun kan uttrykke følelsene sine på en akseptabel måte. Watson vektlegger (Kristoffersen 2000) at sykepleieren må vise varm og ekte interesse for pasienten som person for å kunne etablere en relasjon mellom pasient og sykepleier som preges av tillit (s.434). Vi mener at for at sykepleieren skal være i stand til å vise ekte interesse for pasienten, må hun være engasjert i sitt arbeid og ha en holdning preget av respekt og empati. Eide og Eide (2002) sier at empati er en forutsetning for sykepleie og et kjennetegn ved profesjonell kommunikasjon (s.23).

### **3.5.1.2 Trygghet**

Det er ofte på grunn av utrygghet Anne opptrer utagerende. Dette kan forebygges gjennom at Anne får faste kontaktpersoner hun kjenner og har et tillitsforhold til, i stedet for å stadig ha nye kontaktpersoner. Dette vet vi av erfaring at kan være en utfordring, og da spesielt på helg. Mange av personalet på helg er vikarer som kun jobber en gang iblant, og har da følgelig ikke mulighet til å bli kjent med pasientene på samme måte som det faste personellet.

Et vanlig etisk dilemma er at det faktisk er flere pasienter enn Anne på avdelingen som må tas hensyn til. Det kan være lett å si hva som er optimalt for å forebygge uro hos Anne, men de andre pasientene har like mye krav på å bli sett, hørt og respektert som Anne har. For øvrig når det gjelder pasienter med Annes atferdsmønster bør det tas hensyn til problemene med samspill med andre mennesker og tilstrebe at hun derfor får færrest mulig kontakter å forholde seg til.

Erfaringsmessig er ansvarlig sykepleier flink til å sørge for at pasienter med Annes atferdsmønster får fast og kjent personale som et forebyggende tiltak, nettopp fordi de har erfaring med og kjennskap til at ukjent personale kan være med på å skape utrygghet og utagerende atferd. Dette medfører at nyankomne pasienter ofte vil få vikarer som kontakter i stedet for det faste personalet. Nyankomne pasienter er i en sårbar posisjon, og det å få en kontakt som de vil se igjen når helgen er over, vil bidra til å skape trygghet for dem. Optimalt ville vært at alle pasienter fikk faste primærkontakter som fulgte dem gjennom oppholdet.

Hvis vi derimot hadde latt Anne få et ukjent personale som kontaktperson fordi det faste personalet måtte prioritere andre pasienter, fjerner vi en forebyggende faktor. Dersom hun på grunn av dette utagerer, kan man spørre seg hvorvidt dette skaper trygghet for de andre pasientene. Norvoll (2002) mener at pasienter som har vært vitne til utagerende atferd (vold) kan forsøke å rømme på grunn av frykt (s.246). Vi er også kjent med ”domino-effekten”, som kjennetegnes ved at når en pasient begynner å utagere, skaper dette uro i miljøet og påvirker andre pasienter negativt slik at disse også iblant begynner med selvdestruktive handlinger. Denne effekten ses oftest blant pasienter med et lignende atferdsmønster.

Erfaringsmessig bygger dette under vår påstand om at pasienter med Annes atferdsmønster dominerer i postmiljøet og krever mye av postens ressurser, og at borderlinepasienter ikke bør være innlagt i institusjon. Denne påstanden kan underbygges også av Berg (2008), som påstår at personlighetsforstyrrede ikke bør være innlagt i situasjon på grunn av dårlig effekt av oppholdet og negativ innvirkning på miljøet (s.142).

### **3.5.2 Støtte**

Dette er en miljøfaktor som må tilpasses individuelt, og som sikter til å tilrettelegge for økt selvfølelse hos pasienten gjennom tilgjengelighet og oppmuntring fra sykepleierens side (Ingeberg m.fl. 2006, s.202). Watson mener at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å velge en helsefremmende atferd gjennom at hun opptrer støttende (Kristoffersen 2000, s.435).

### 3.5.2.1 Selvfølelse

Selvfølelse defineres i Kristoffersen (2000) som at man har selvsikkerhet, aksepterer seg selv, sine evner og begrensninger, opplever mestringsfølelse og en følelse av å være til nytte (s.59). Hos Anne er selvfølelsen svært svingende. Hennes opplevelse av mestring og å være til nytte er i perioder svært lav, og vi ser det her som viktig at sykepleieren tar sikte på å øke Annes selvfølelse. Jean Watson sier at man kan fremme Annes selvfølelse ved å sørge for at hun har trivelige omgivelser (Kristoffersen 2000, s.437). Sykepleieren kan også fremme Annes selvfølelse ved å bekrefte henne som menneske, ved å invitere og oppmuntre henne til å delta i aktiviteter, og tilpasser krav til henne etter de forutsetninger hun har for å klare det. Ved at sykepleieren stiller tilpassede krav som Anne kan mestre, vil Anne føle seg nyttig og opplever mestring, noe som føler til at selvfølelsen øker.

### 3.5.2.2 Autonomi

Ingeberg m.fl. (2006) mener at vi som sykepleiere bør prøve å få til svak paternalisme når det gjelder støtte, for å unngå at pasienten kommer i et avhengighetsforhold til personalet, samtidig som vi er tilgjengelige og legger til rette for at pasienten kan oppleve mestring (s.202). Autonomi er pasientens selvbestemmelse. Det er det motsatte av paternalisme, hvor sykepleieren og legen bestemmer hva som er det beste for pasienten (Slettebø 2005, s.78 og s.93). Slettebø (2005) mener at *”den eneste legitime grunn til å bruke makt for å fremme en bestemt atferd, er for å forebygge at det skader andre”* (s.94). Videre skriver Slettebø (2005) at man må bruke svak paternalisme når det pasienten har en påvist kompetansesvikt, og at sterk paternalisme brukes når det er fare for skade. Sterk paternalisme kan altså settes i sammenheng med tvang, da målet for begge er å hindre en bestemt atferd (s.94).

Målet med Anne er at hun skal bli autonom og kunne ta egne fornuftige avgjørelser. Inntil hun viser atferd som tilsier at hun er i stand til dette, vil det være nødvendig at sykepleierne utøver svak paternalisme, og sterk paternalisme i form av tvang der dette er nødvendig. Men, for at det skal være mulighet for framgang hos Anne, synes vi det er viktig at sykepleieren er bevisst når hun er paternalistisk, og at hun er i stand til å la Anne være autonom der det er faglig forsvarlig. Hensikten med dette er å utvikle økt

mestring og fremgang hos Anne. I forhold til dette mener Watson (Kristoffersen 2000) at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å finne det beste handlingsalternativet, og styrke de mestringsressurser som må ligge til grunn for at pasienten skal oppleve autonomi, valg og frihet (s.433-434).

### **3.5.3 Validering**

Validering innebærer bekreftelse av den enkelte pasients individualitet (Ingeberg m.fl. 2006, s.203). Det er for alle pasienter viktig å få bekreftelse på hvem de er, og at deres følelser og opplevelser også deles av andre. Spesielt borderlinepasienter som Anne vil ha behov for å få bekreftet sin egenverdi, fordi de ofte har et veldig svingende selvbilde.

#### **3.5.3.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en viktig framgangsmåte når det gjelder validering, og kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Eide og Eide (2002) snakker om kommunikasjon i relasjoner, og bruker dette begrepet først og fremst om forholdet mellom to personer (s.18). I vår setting vil dette være mellom Anne og sykepleieren. Videre sier Jean Watson (Kristoffersen 2000) at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Hun sier så at ”sykepleie kun kan påvises og utøves i en mellommenneskelig sammenheng og legger vekt på at kjernen i sykepleien dreier seg om forholdet mellom sykepleier og pasient” (s.433).

Under validering vektlegger Ingeberg m.fl (2006) at individuelle samtaler skal finne sted for å skape rom for innlevelse og fortrolighet. I disse samtalene er måten det kommuniseres på viktig, og aktiv lytting er her relevant (s.203). Dette innebærer at man at man er henvendt og lyttende i forhold til Anne på hennes egne premisser. I denne sammenhengen vil det å være lyttende og henvendt si at man er til stede og tar ansvar i forhold til henne. Gjennom dette kan vi vise omsorg, interesse og oppmerksomhet på en måte som fører til at hun åpner seg for personalet (Eide og Eide 2002, s.137). Vi ser at Anne i den beskrevne situasjonen ofte utagerer fordi hun ønsker mer oppmerksomhet fra sin kontaktperson. Dersom kontakten tar seg tid til å sette seg ned med Anne i noen minutter selv om det er travelt i avdelingen, kan dette være nok til å bidra til at hun føler seg sett og ivaretatt til tross for press i avdelingen. Dette innebærer riktignok at kontakten i løpet av disse minuttene viser ekte interesse for og engasjerer seg i Anne.

Dersom det er veldig travelt og Annes kontakt er nødt til å prioritere andre oppgaver, kan et forebyggende tiltak være å avtale med henne et tidspunkt de skal sette seg ned sammen. Et motsatt eksempel vil være at Annes kontaktperson tydelig opptrer stresset, står oppreist i stedet for å sette seg ned, ser på klokka og generelt viser liten interesse for å samtale med Anne. Dette vil kunne forsterke Annes uro ved at hun kan få en følelse av at hun bare er til bry. Dette viser hvor viktig måten man kommuniserer på er for å skape tillit og trygghet. Sykepleieren bør altså være bevisst på sin verbale og nonverbale kommunikasjon, som vi kommer inn på senere i oppgaven.

God kommunikasjon kan også bidra til økt trygghet i vanskelige samtalsituasjoner (Eide og Eide 2002, s.21). I og med at feiltolkninger, misforståelser og følelsesmessige reaksjoner er uunngåelige deler av kommunikasjonen (s.19), kan det være viktig at sykepleieren setter ord på ting som ellers kunne blitt misoppfattet og hjelper Anne med å sette ord på det hun syns er vanskelig. Jean Watson vektlegger uttrykkelse og bevisstgjøring av følelser som en viktig faktor for at sykepleieren så vel som pasienten selv skal forstå pasientens atferd (Kristoffersen 2000, s.436). Det kan være frustrerende for Anne å føle seg misforstått, noe som kan forsterke hennes uro. Derfor kan det virke forebyggende å hjelpe Anne med å sette ord på det hun føler og på den måten lette litt på frustrasjonen.

Eide og Eide (2002) beskriver at man kommuniserer både gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Ved verbal kommunikasjon er innholdet språklig formidlet gjennom enten skrift eller tale. Den nonverbale kommunikasjonen kommer til uttrykk gjennom kroppsholdning, stemmebruk, bevegelser, ansiktsuttrykk, bevegelser og berøring. Nonverbal kommunikasjon må tolkes, men det må også den verbale. Ord er sjelden entydige og de må forstås ut fra sin sammenheng, ikke minst på den måten de uttales, de kan være ironiske, spydige, vennlige, sårende eller fiendtlige (s.19). Videre mener vi at det vil være inkongruens (uoverensstemmelse) mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon dersom hun utviser en annen holdning enn den hun egentlig har. Ifølge Jean Watson formidles mellommenneskelig varme gjennom ”*et behersket tonefall, en åpen og fortrolig kroppsholdning og et kroppsspråk som samsvarer med den verbale kommunikasjonen*” (Kristoffersen 2000, s.436). Erfaringsmessig er pasienter ofte veldig vare på sykepleierens kroppsspråk. Dersom dette ikke stemmer overens med



det verbale, vil Anne kunne bli usikker på sykepleieren, noe som skaper problemer i etableringen av et tillitsforhold. Annes tillit til sykepleieren er en forutsetning for vekst og utvikling.

I situasjonen med Anne er det viktig at personalet føler seg trygge. Det vi har sett i praksis og fått vite gjennom samtaler er at pasienter med denne typen atferd ofte utagerer mer dersom de har en ukjent kontakt. Både fordi pasienten blir utrygg på sin kontakt og fordi kontakten ikke føler seg trygg på hvordan han skal håndtere en eventuell urosituasjon. Er man utrygg på pasienten vises ofte dette gjennom kroppsspråket, selv om man ikke er bevisst dette. Derfor kan det å la Anne få en kontakt hun kjenner og som kommuniserer godt med Anne, være med på å forebygge uro og utagering.

Eide og Eide (2002) sier at man kan kommunisere rasjonelt og emosjonelt, bevisst og ubevisst og kontrollert og spontant (s.19). Vi ser at Anne kan reagere spontant og emosjonelt, for eksempel ved avslag. Hun kan virke aggressiv og truende på personalet med sin atferd. Men hvorvidt Anne er bevisst på at atferden hennes kan virke skremmende for andre, er ikke sikkert. Gjennom det vi har sett i praksis, og gjennom den innsikten vi har fått gjennom samtaler med sykepleiere, ser vi at det ofte er tilfellet. Flere vi har pratet med omtaler ærlighet som sentralt når man skal kommunisere med pasienten. Dersom Anne skulle begynne å opptre utagerende, bør det være rom for å si direkte til henne at hennes atferd skremmer en og at man føler seg utrygg i situasjonen. På den måten gjør sykepleieren Anne bevisst på at hennes atferd går ut over andre enn seg selv, samtidig som hun kommuniserer direkte og ærlig med Anne. Dette kan også i seg selv virke forebyggende i en urosituasjon.

### **3.5.3.2 Empati**

En forutsetning for sykepleie generelt er empati. Empati innebærer at man har evnen til sette seg inn i en annens situasjon, lytte og til å forstå den andres reaksjoner og følelser. Eide og Eide (2002) sier at empati kanskje er det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon (s.23). I Watson beskrivelse av sykepleierens væremåte overfor pasienten står begreper som kongruens (samspill mellom verbal og kroppslig kommunikasjon), empati og varme sentralt. Et viktig første skritt for å etablere et

mellommenneskelig forhold som er preget av tillit er å vise varm og ekte interesse for pasienten som person (Kristoffersen 2000, s.434).

I situasjonen med Anne kan det være lett å fokusere på selve atferden og kanskje glemme å spørre seg selv hvorfor Anne reagerer på denne måten og hva hun reagerer på. Vi mener og har sett i praksis at dersom man viser interesse for hvorfor pasienten reagerer slik og har en åpen dialog med henne om dette, kan man lære å forstå bakgrunnen for den utagerende atferden. Dette kan igjen være med å forebygge en slik atferd ved at man gjennom kommunikasjon har tilegnet seg mer kunnskap og bruker denne kunnskapen til å iverksette forebyggende tiltak.

### **3.5.3.3 Humor**

Humor kan fungere som en avledningsmanøver i en ellers fastlåst situasjon. Humor kan gjøre det lettere å forholde seg til vanskelige situasjoner og kan bidra til at man ser ting fra et annet perspektiv. Dersom personalet skal bruke humor bør de kjenne Anne og vite hva hun tåler. Det kan være en mestringsstrategi og kan også bedre forholdet mellom sykepleieren og Anne. Det å bruke humor kan ha flere positive egenskaper. På den ene siden letter man litt på trykket i en situasjon, på den andre siden får pasienten, over en kort periode, vært nær det som er vanskelig. Humor tillater oss for eksempel også å komme inn på tabubelagte følelser som vi ellers ikke ville gått inn på, som aggresjon (Eide og Eide 2002, s.214). Det er viktig at sykepleieren til Anne kjenner hennes grenser før hun bruker humor i kommunikasjonen. Dersom hun ser at en urosituasjon oppstår kan hun forsøke å bruke humor som et forebyggende tiltak som letter litt på spenningen Anne ellers ville gått og følt på.

### **3.5.4 Struktur**

I praksis innebærer struktur at posten har faste rutiner som gjør omgivelsene og personene forutsigbare for pasienten. Ifølge Ingeberg m.fl. (2006) blir dette tydeliggjort gjennom klar ansvarsfordeling, hensiktsmessig regulering av aktiviteter og tydelige rutiner (s.202). Dette bidrar til at pasientene får bedre oversikt og opplever forutsigbarhet, som vi erfarer er en viktig faktor for trygghet. Dersom Anne føler seg trygg vil hun ha større forutsetninger for samhandling enn hvis hun føler seg utrygg i posten.

*En klar struktur kan medvirke til å redusere sosialt uheldige symptomer og handlingsmønstre og til at pasienten føler en trygg tilknytning til omgivelsene og derigjennom trygghet for verken å bli invadert eller overlatt til seg selv*

(Ingeberg m.fl 2006 s.202).

#### **3.5.4.1 Forutsigbarhet**

Vi anser uforutsigbarhet som en av de viktigste årsakene til uro. Dette understreker viktigheten av et forutsigbart miljø for vekst og utvikling i positiv retning for Anne. For eksempel i en urosituasjon vil et samlet personale som hele tiden forklarer hva de kommer til å gjøre, informerer Anne om hennes alternativer og konsekvenser av atferden, skape forutsigbarhet for Anne, som igjen kan hjelpe henne til å roe seg og unngå bruk av tvangsmidler. Vi har erfaring fra praksis med at sykepleieren går gjennom urosituasjonen med Anne, og sammen kommer fram til en tiltaksplan sykepleierne kan følge ved utagerende atferd. Dette kommer vi nærmere inn på under brukermedvirkning.

#### **3.5.4.2 Aktivitet og avledning**

Ifølge Vatne (2006) er avledning en manøver vi benytter for å skaffe struktur og for å unngå konflikt. Avledning ses ved at man skifter samtaleemne, distraherer pasienten eller foreslår andre aktiviteter. Avledning brukes for å fremme ro eller dempe kaos, eller unngå konflikter og uenigheter (s.53). Sett i sammenheng med Anne vil en avledningsmanøver, som for eksempel å få Anne til å delta i kortspill sammen med andre pasienter, kunne avlede Annes destruktive tanker og fremme positiv atferd gjennom samspill med andre. Erfaringsmessig nytter det sjelden å gå inn i en diskusjon med pasienter med Annes atferdsmønster som er i ferd med å utagere verbalt eller fysisk. Dersom personalet forstår at det vil være nytteløst å prøve ”å snakke henne til fornuft”, kan en avledningsmanøver sette en stopper for en kommende konflikt eller utagerende atferd. I samtale med sykepleiere ved posten hvor vi hospiterte ble aktivitet nevnt som et mye brukt tiltak. Dersom en pasient er i ferd med å vise utagerende atferd, pleier pasientens kontaktperson å få med seg flere personale, som sammen tar pasienten med på en tur. Dette krever at personalet er fleksibelt og har en holdning som viser at de er villig til å prøve forskjellige tiltak for å unngå bruk av tvang. På denne måten vil pasienten få mulighet til å få utløp for sin frustrasjon/aggresjon i et fritt miljø. Hun vil

da også være borte fra andre pasienter, slik at personalet kan ha høyere toleransegrense når det gjelder atferden. Sykepleierne vi samtalt med uttrykte at pasientene responderer godt på denne aktiviteten, og de returnerer ikke til avdelingen før pasienten har roet seg. Ved at personalet på denne måten tar seg tid til og gir oppmerksomhet til pasienten, forhindrer de i mange tilfeller bruk av tvangstiltak.

### **3.5.4.3 Ledelse**

Akuttposten har til enhver tid et visst antall personale med hver sine oppgaver i posten. Dersom en urosituasjon oppstår, er det ofte nødvendig å omdisponere personalet. Dette krever at personalet er fleksibelt og har et godt samarbeidsforhold. Strukturen i posten er oppbygd med en ansvarlig sykepleier per vakt. Det er ved urosituasjoner viktig at ansvarsvakt informeres slik at han kan gjøre de nødvendige tiltak for å håndtere situasjonen på en mest mulig faglig og etisk forsvarlig måte. I situasjonen hvor Anne begynte å bli urolig og uttrykte irritasjon over kontaktpersonen, kunne et tiltak for å hindre videre uro og eventuell utagering være at ansvarlig sykepleier omdisponerte personalet. Hvis for eksempel et annet personale tok over tilsynet av den andre pasienten en kort periode, kunne Annes kontaktperson få tid til å sette seg ned og snakke med henne.

Ifølge Berg (2008) kan splittingen som pasienter med personlighetsforstyrrelser bruker forårsake at personalet blir følelsemessig slitne. Han sier videre at dette kan motvirkes ved at posten er godt organisert. Det vil si at posten ledes på en klar måte, at personalet får kontinuerlig veiledning og mulighet til å lufte sine følelser. Han vektlegger også at det er viktig med kurs og videreutdanning for at posten ikke skal gå i oppløsning på grunn av stresset fra denne pasientgruppen (s.145). Vi har erfart viktigheten av at personalet kommuniserer med hverandre for å unngå usikkerhet og forskjellig håndhevelse av grenser. Som nevnt skaper ofte borderlinepasienter mye frustrasjon blant personalet. Ved posten vi hospiterte i, er det daglig satt av tid til en debriefing hvor personalet kan få utløp for denne frustrasjonen, komme med forslag og støtte hverandre. Norvoll (2002), mener at den utagerende atferden er et arbeidsmiljøproblem og skader relasjonen mellom personalet og pasientene og det terapeutiske miljøet (s.246). Ved at personalet tar seg tid til å høre hverandres tanker og meninger og at de ikke er den eneste som opplever pasienten som utfordrende, kan dette bidra til å opprettholde en

god og profesjonell holdning. Dette er vesentlig for at personalet skal holde ut i arbeidet med Anne, og for å kunne beholde et godt arbeidsmiljø. Det er også viktig for at personalet skal kunne bli bevisst på splittingen, og for at Anne skal oppleve et samkjørt personale som ivaretar henne likt slik at hun opplever forutsigbarhet og trygghet. Flere vi har snakket med påpekte også at det er viktig at de som jobber med disse pasientene har kunnskaper om hvordan de skal takle disse situasjonene. Derfor er internundervisning en måte å sørge for at alle har kunnskap innenfor emnet.

### **3.5.5 Involvering**

Samhandling med andre mennesker er viktig for alle mennesker ego og selvfølelse. Det å kunne fungere sosialt er ønskelig for de fleste selv om det for mange oppleves som et høyt krav når de er syke. Derfor er det viktig at pasientenes involvering tilrettelegges etter individuelle evner og forutsetninger (Ingeberg m.fl. 2006,s.203). For Anne vil det å involvere seg i aktiviteter med personalet og andre pasienter bidra til å øke hennes mellommenneskelige ferdigheter, som ofte er et problem hos pasienter med borderline.

#### **3.5.5.1 Brukermedvirkning**

Ifølge Norvoll (2002) er hensikten med brukermedvirkning å bedre samspillet mellom pasienter og personalet og å styrke pasientenes stilling. Dette innebærer at pasienten skal delta i utformingen av egen behandling, og forutsetter at pasienten selv er deltakende (s.145-146). Vi viser til pasientrettighetslovens § 3.1 om pasientens rett til medvirkning:

*Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*

( <http://www.lovdatab.no>)

Vi har sett i praksis at det stadig blir mer vanlig at pasientene er med og utarbeider sin egen plan for sykepleie samt en individuell tiltaksplan ved urosituasjoner der det er aktuelt. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet, pasientens rett til medbestemmelse og retten til

ikke å bli krenket (Slettebø 2005, s.16). Ved at Anne får delta i utformingen av sin egen plan for sykepleie, og sammen med personalet kan komme fram til en tiltaksplan ved urosituasjoner, vil Anne kunne oppleve at hun blir respektert og tatt på alvor av personalet, det vil si at hun får ivaretatt sin integritet og rett til medbestemmelse. Det at Anne deler sine erfaringer med personalet i forhold til hva hun har oppfattet som mest positivt og virkningsmessig når hun mister kontroll og opptrer utagerende, kan hjelpe personalet med å tilrettelegge for at Anne blir best mulig ivaretatt i sine urosituasjoner.

Dersom Anne ikke får bidra i avgjørelser som gjelder henne kan hun få en følelse av avmakt. Med avmakt mener vi at pasienten er i en situasjon hvor hun ikke har ”muligheter til å motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv” (Brodtkorp m.fl. 2004, s.103). En slik avmaktsfølelse kan i noen situasjoner føre til at pasienten reagerer med aggresjon. Ved at vi tar vare på Annes autonomi og rett til medvirkning, vil hun kanskje føle at hun har mer makt over sin egen situasjon og dermed også mer kontroll. Med makt mener vi muligheten til å innvirke og bestemme over egen situasjon. Dette kan også være med på å forebygge en eventuell urosituasjon, eller begrense den når den allerede har oppstått.

## 4.0 KONKLUSJON

---

Vår påstand om at pasienter med Annes atferdsmønster er overrepresentert når det kommer til bruk av tvangstiltak, som beltelegging, underbygges av den statistikk vi har presentert. Siden ca 15 pasienter med Annes atferdsmønster stod for 188 av totalt 323 tilfeller av beltelegging over en periode på sju år ser vi at pasienter med Annes atferdsmønster faktisk utgjør en stor andel av antall registrerte beltelegginger, og at de gjennomsnittlig har en mye høyere forekomst når det kommer til bruk av tvangsmidler enn andre pasientgrupper. Disse tallene er for øvrig kun representative for avdelingen vi hospiterte ved.

Det viktigste tiltaket vi har kommet fram til for å forebygge utagerende atferd, er god kommunikasjon mellom Anne og sykepleieren. Det er viktig at Anne føler seg sett, hørt og respektert, og har et tillitsforhold til sin kontaktperson. Dette kan oppnås gjennom at Anne får medvirke i sin behandling. Personalets holdninger og evne til etisk refleksjon er også viktig, vår konklusjon er at personalets generelle holdning er å forsøke alle mulige tiltak for å unngå bruk av tvang, noe som ofte krever engasjement, fleksibilitet, kreativitet og tålmodighet. Aktivitet er et effektivt og mye brukt tiltak som i mange situasjoner forhindrer at bruk av tvang blir nødvendig, gjennom at pasienten får ut frustrasjonen på andre måter, for eksempel ved å gå en tur ut.

Forutsigbarhet er en viktig faktor for trygghet. Vi ønsker å konkludere med at et forutsigbart miljø vil bidra til å forebygge utagering. De miljøterapeutiske variablene til John G. Gunderson bør derfor være et utgangspunkt i den akuttpsykiatriske posten. Gjennom beskyttelse, støtte, validering, struktur og involvering kan utformingen av miljøet i seg selv virke forebyggende.

Vi anser grensesetting som et forebyggende tiltak fordi borderlinepasienter ofte har problemer med å regulere sin egen atferd, og det er derfor sykepleierens oppgave å beskytte pasienten.

Siden borderlinepasienter skaper mye frustrasjon hos personalet, ønsker vi å framheve viktigheten av at personalet tas vare på, gjennom veiledning og god kommunikasjon.

Dette er viktig for at personalet skal beholde motivasjonen til å jobbe med denne pasientgruppen, og fortsatt trives på arbeidsplassen.

Kunnskap om årsaken til den utagerende atferden er nødvendig for å kunne jobbe med borderlinepasienter. Det at personalet forstår atferden som en del av pasientens lidelse, og evner å se pasienten som en likeverdig person, er grunnleggende for at de skal kunne utvise gode holdninger og kunne hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom og ivareta sin selvfølelse.

Selv om man setter i gang forebyggende tiltak, forsøker å avlede pasienten gjennom god kommunikasjon og aktiviteter, er dette av og til ikke tilstrekkelig. Vår konklusjon er derfor at bruk av tvangsmidler i enkelte situasjoner er nødvendig som et siste alternativ, etter at alt annet er forsøkt.



## 5.0 ETTERORD

---

Prosesen med å skrive denne oppgaven har vært utfordrende, men spennende og lærerik. I begynnelsen hadde vi en klar ide om hva vi ville skrive om, nemlig borderline og tvang, men det var vanskelig å finne fram til en bra problemstilling. Derfor har mange problemstillinger blitt forkastet underveis. Vi var også innom flere teoretikere før valget falt på Watson. Vi hadde kanskje kommet til en annen konklusjon dersom vi hadde brukt en annen teoretiker.

Vår største utfordring har vært begrensning av oppgaven. Temaet vi valgte kan være ufattelig stort dersom man ikke er streng når det gjelder valg av litteratur og emner man skal ha med. Det var så mye vi syntes var viktig og som vi ønsket å ha med i oppgaven. Vi endte derfor opp med en ufattelig stor mengde teori, og vi mistet litt fokus i skogen av interessant stoff. Vi klarte etter hvert å begrense stoffet ved å være kritiske og hele veien spørre oss selv hvorvidt den valgte teorien var relevant nok for vår problemstilling.

Vi valgte å hospitere i starten av perioden vi har hatt på å skrive denne oppgaven. Vi ble tatt godt imot, og planen var å få et inntrykk av hvordan personalet forholder seg til utagerende atferd og situasjoner som ofte fører til bruk av tvangsmidler. Selv om selve formuleringen av problemstillingen ikke var helt klar, har vi hele tiden vært bestemte på hva vi ville finne ut av, og holdt derfor et klart fokus hele veien i hospiteringspraksis. Kunnskap vi tilegnet oss gjennom praksis og samtaler, har bidratt til å bevisstgjøre oss selv på våre holdninger til forebygging og gjennomføring av tvang.

Gjennom prosessen med å skrive denne oppgaven samt gjennom hospiteringspraksis, har vi fått økt forståelse for årsaken til atferden til borderlinepasientene. Denne økte innsikten har gjort noe med våre holdninger til behandlingen og sykepleien rettet mot pasientgruppen. Som følge av dette tror vi at vi vil oppleve oss selv som mer tålmodige og forståelsesfulle i arbeidet med borderlinepasienter.

Vi har også lært mye om hvordan vi som sykepleiere kan påvirke atferden negativt eller positivt gjennom vår egen atferd og måten vi kommuniserer med pasientene på. Vi vil nok derfor være mer bevisst på hvordan vi fremtrer i møtet med pasienter. Måten vi

kommuniserer på har mye å si for pasientens opplevelse av trygghet, og vår økte innsikt rundt dette viktige emnet er noe vi kan dra nytte av i møtet med alle pasienter, ikke bare i psykiatrien.

I hospiteringspraksis og på veiledningstimene vi har hatt under arbeidet med denne oppgaven har vi hatt diskusjoner rundt temaet frivillig beltelegging. Enkelte pasienter ønsker å legges i belter som et forebyggende tiltak. Hvorvidt dette er riktig fremgangsmåte når man i utgangspunktet ønsker å forebygge og unngå bruk av mekaniske tvangsmidler, hadde vært interessant å diskutere videre. Pasientens autonomi versus faglig forsvarlighet er her relevante temaer. Det ville for øvrig også vært interessant å kartlegge hvorvidt tvangsbruken blant pasienter med Annes atferdsmønster er overrepresentert på landsbasis, og hvordan holdningen til arbeidet med borderlinepasienter og forebygging av bruk av tvang er i resten av Norge.

## 6.0 LITTERATURLISTE

---

- \*Berg, John E. (2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Brodtkorp Elisabeth, R. Norvoll og M. Rugkåsa (red.) (2004). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Christoffersen, Rudolf M. (2002). *Pasientens rettssikkerhet i det frivillige psykiske helsevernet* [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=734&categoryID=27> (10.04.2008)
- Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, Hilde og T. Eide (2002). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet (2000), paragraf 1. [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20001124-1173-0.html> (11.04.2008)
- Hummelvoll, Jan Kåre (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- \*Ingeberg, Mette Holme, D. W. Tallaksen og B. Eide (2006). *Mentale knagger - en innføring i psykisk helsearbeid*. 1. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Kringlen, Einar 2006. *Psykiatri*. 8. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren (2000). *Generell Sykepleie 1*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren (2002). *Generell sykepleie 2*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*McLean Hospital (2004). *John G. Gunderson, MD*. [online]. McLean Hospital, a Harvard Medical School affiliate. URL: . <http://www.mclean.harvard.edu/about/bios/detail.php?username=jgunderson> (25.04.2008)
- \*Norvoll, Reidun (2002). *Samfunn og psykiske lidelser*. 1. utgave. Redigert av Reidun Norvoll. Gyldendal Norsk Forlag.
- \*Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 3.1. [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1> (12.04.2008)

\*Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, paragraf 2. [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-002.html#2-1> (08.04.2008)

\*Psykisk helsevernloven (1999): *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, paragraf 4. [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-8> (08.04.2008)

Slettebø, Åshild (2005). *Sykepleie og etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Strand, Liv (2002). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne - Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Wynn, Rolf. «Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital.» *Nordic Journal of Psychiatry*, 1 October 2003.