



Hvordan kan sykepleier kommunisere med psykotiske pasienter for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmiddel på akutt psykiatrisk sengepost?

Kandidatnummer: 1017

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BASYK17

Antall ord: 9775

Innlevering: 19.03.20

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag/abstract

Problemstilling: “Hvordan kan sykepleier kommunisere med psykotiske pasienter for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmiddel på akutt psykiatrisk sengepost?”

Metode: Systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning og aktuell litteratur.

Funn: Forskningen peker på flere tiltak for hvordan sykepleier kan forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. Gjennomgående er viktigheten av god kommunikasjon, forebygge eskalering og sykepleierens kunnskap og selvtillit i møte med utagerende pasienter.

Drøfting: Drøftingen er basert på funnene fra forskningen og valgt litteratur. Det blir drøftet om temaer knyttet til sykepleierens kommunikasjon, tiltak for å forebygge bruken av tvangsmiddel og brukernes erfaring.

Konklusjon: Valgt teori og forskning viser at det vil være mulig for sykepleier å bruke kommunikasjon for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost. Trening på forebyggende teknikker og kjennskap til ulike tiltak vil ha innvirkning. Brukernes erfaringer og forslag er viktig i arbeidet mot å forebygge bruken av tvangsmidler.

Topic question: “How can nurses communicate with psychotic patients to prevent the use of mechanical restraint in an acute psychiatric ward?”

Method: A systematic literature review that explores existing research and relevant literature.

Findings: The main findings from the research articles are focused around appropriate communication, practicing de-escalation and other techniques, as well as having enough knowledge and confidence to handle agitated patients.

Discussion: The discussion is based on findings from the articles and chosen literature. The focus is on the communication between the nurse and the patient, measures to prevent the use of mechanical restraint and the patients experience.

Conclusion: The included literature and research states that preventing mechanical restraint is possible. The nurse needs the right communication skills, knowledge of non-coercive measures and the skills to implement these measures. The users of mental health services are of great value when working towards preventing mechanical restraint.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag/abstract.....	III
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Oppgavens avgrensninger.....	3
1.5 Disposisjon.....	4
2 Teori.....	5
2.1 Psykose.....	5
2.2 Tvang og selvbestemmelsesrett.....	7
2.2.1 Lover og forskrifter.....	7
2.2.2 Konsekvenser av tvangsbruk.....	9
2.2.3 Etske utfordringer.....	9
2.3 Forebygging.....	10
2.4 Brukerperspektivet.....	11
2.5 Kommunikasjon.....	12
2.6 Menneske til menneske.....	13
3 Metode.....	15
3.1 Valg av metode.....	15
3.2 Søkeprosessen.....	16
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	19
3.3 Kildekritikk.....	19
3.4 Etske overveielser.....	20
4 Resultater og funn.....	21
4.1 Artikkel 1.....	21
4.2 Artikkel 2.....	21
4.3 Artikkel 3.....	22
4.4 Artikkel 4.....	22
4.5 Artikkel 5.....	23
4.6 Artikkel 6.....	23
4.7 Artikkel 7.....	24
4.8 Oppsummering av funn.....	25

5	Drøfting.....	26
5.1	Å kommunisere i relasjoner.....	26
5.2	Deeskalering som forebyggende verktøy.....	28
5.3	Sykepleierens kunnskap.....	31
5.4	Brukernes synspunkt – en ressurs.....	34
6	Konklusjon.....	36
	Litteraturliste.....	37
	Vedlegg.....	41

1 Innledning

Bruken av tvangsmiddel i de norske psykiatriske helsetjenestene og det systematiske arbeidet for en reduksjon av bruken har lenge vært omtalt som en prioritert oppgave i de regionale helseforetakene (Bremnes, 2019, s.10). Tvangsmiddel kan kun tas i bruk om det er høyst nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten og sikkerheten til medpasienter og personal (Strøm-Erichsen, 2015, s.33). I de fleste situasjoner vil tvang verken være et godt eller riktig virkemiddel for å gi hjelp. Det å benytte tvangsmiddel kan i tillegg virke mot sin hensikt ved å forverre en akutt situasjon, ødelegge pasientens tillitt til hjelpeapparatet og forårsake traumer (Strøm-Erichsen, 2015, s.10).

I både regelverk, politikk, det norske helsesystemet og i det daglige arbeidet i helsetjenestene står frivillighetsprinsippet sentralt (Strøm-Erichsen, 2015, s.10). I Norge har vi til nå vært gjennom to handlingsplaner for å redusere bruken av tvang, men det kan knapt sees noen reduksjon på den offentlige helsestatistikken, på tross av disse handlingsplanene (Bjørger, Norvoll, Husum, 2015, s1.; Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik & Bergesen, 2014).

I 2017 viste tallene fra pasientdata at det ble benyttet tvangsmiddel på nærmere 2 200 pasienter det året og omtrent halvparten av disse vedtakene gjaldt kortvarig fastholding. Det er en økning på nesten 50% fra 2015 til 2017 (Bremnes, 2019, s.23). For å lykkes i jobben med å redusere bruken av tvangsmiddel i de norske psykiatriske helsetjenestene er det i følge Bjørger, Norvoll og Husum (2015) viktig at det legges sterkere fokus på de som utøver tvangen (Bjørger et al., 2015, s.3).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Personlig er jeg spesielt interessert i delen av sykepleierfaget som omhandler psykiatri og ønsket derfor å skrive om et tema innenfor dette området. Det å utforske hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan bruke kommunikasjon i møte med psykotiske pasienter for å unngå bruken av mekaniske tvangsmidler er et tema jeg interesserer meg spesielt mye for. Interessen og nysgjerrigheten ble større da jeg hadde praksis på en akutt psykiatrisk

sengepost og opplevde situasjoner hvor utagerende psykotiske pasienter ble underlagt tvangsmidler.

I emneplanen er det beskrevet at vi i denne oppgaven skal velge en sykepleiefaglig problemstilling og drøfte den. Bruken av tvangsmidler er klart en sykepleierfaglig problemstilling som det er generelt mye diskusjon rundt, og det er absolutt relevant for meg som fremtidig yrkesutøver. Hva kan gjøres av sykepleier for å forebygge bruken av tvangsmidler? Jeg ønsker å se nærmere på konkrete tiltak samt brukernes opplevelser, perspektiv og forslag til alternative løsninger.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke og fordype meg i det aktuelle og viktige temaet tvang. Jeg ønsker å se hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan øke egen og andres forståelse og kunnskap rundt bruken av tvangsmiddel, og særlig hvordan det kan forebygges ved hjelp av kommunikasjon. Pasientene som opplever tvang kan få psykiske påkjenninger og traumer som følge av tvangsbruken, og det er viktig at det blir utført så riktig som mulig (Bjørngen et al., 2015, s.2).

Problemstillingen jeg har kommet frem til er: "Hvordan kan sykepleier kommunisere med psykotiske pasienter for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmiddel på akutt psykiatrisk sengepost?".

1.3 Begrepsavklaring

Sykepleier: Sykepleierens særegne funksjon blir beskrevet av Norsk Sykepleierforbund som "Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov." (Norsk Sykepleierforbund, u.å).

Kommunikasjon: Er det å formidle og dele informasjon og ideer verbalt eller nonverbalt (Allott, 2019).

Psykose: En tilstand hvor evnen til å vurdere hva som er virkelig, er svekket (Aarre & Farshbaf, 2018, s.107). Psykose er et samlebegrep og omfatter blant annet schizofreni, akutte og forbigående psykoser. Vrangforestillinger og hallusinasjoner er typiske positive symptomer på en psykoselidelse.

Mekaniske tvangsmiddel: Er tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet som belter, remmer og spesialklær. Det finnes også andre typer tvangsmidler som kortvarig isolasjon, tvangsmedisinering og kortvarig fastholding. Tvangsmiddel skal kun brukes da det er “uomgjengelig nødvendig” for å forhindre betydelig skade på pasienten, andre personer, inventar eller bygning (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2018, s.274).

Akutt psykiatrisk sengepost: På en akutt psykiatrisk sengepost behandles akutt psykiatriske tilstander. Her blir det gjort en vurdering, diagnostisering og henvisning til riktig instans (Ilner, 2012, s.13).

1.4 Oppgavens avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å kun fokusere på mekaniske tvangsmidler, som hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Fokuset vil derfor, i all hovedsak, være på tvang i form av belter. Det ville vært nyttig og interessant å se på forebygging av all tvangsbruk, deriblant tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering, men med tanke på oppgavens omfang blir det ikke inkludert.

Jeg vil heller ikke ta for meg de delene av forebyggingen som skjer, eller kunne skjedd, i kommunen eller hvordan systemet og helsetjenestene er organisert. Faktorer som bemanning, lokaler og tiltak i kommunen vil ikke bli diskutert. Jeg vil dermed ta utgangspunkt i at pasienten allerede er innlagt på en akutt psykiatrisk sengepost med psykoseproblematikk.

Jeg vil i oppgaven konsentrere meg om voksne pasienter i aldersgruppen 18 til 65 år som har en psykoselidelse, uavhengig av pasientens etnisitet og eventuelt rusmisbruk. Jeg vil ta utgangspunkt i at pasienten er utagerende, truende eller i en eskalerende situasjon. Det er

viktig å understreke at tiltakene og situasjonene som beskrives i oppgaven ikke er gjeldene for alle pasienter som opplever en psykose, men de situasjonene og tilfellene ved utagering hvor pasienten oppleves som truende og/eller til fare for seg selv eller andre.

1.5 Disposisjon

Oppgaven deles inn i seks deler: innledning, teori, metode, presentasjon av funn, drøfting og konklusjon. Jeg har nå presentert innledningen med begrunnelse for valgt problemstilling, avgrensinger og jeg har definert sentrale begreper. Videre vil jeg presentere relevant litteratur som senere i oppgaven skal bidra til å belyse problemstillingen og sentrale tema tilknyttet den. Teorien inneholder blant annet generell teori om psykoser og tvang, brukerperspektivet, samt de ulike lovene og forskriftene som er sentrale. Deretter vil jeg legge frem metoden for innhenting av litteratur og forskning, søkeord, kildekritikk og etiske overveielser. Videre en presentasjon av funnene fra de valgte forskningsartiklene. Problemstillingen vil bli drøftet ved bruk av valgt teori, forskning og egne erfaringer. Helt til slutt vil jeg samle trådene til en konklusjon.

2 Teori

I dette kapittelet fremlegges relevant teori som vil være med på å utforske og tydeliggjøre problemstillingen i drøftingsdelen, samt gjøre den mer forståelig. Først en presentasjon av psykoselidelser som en helhet og typer tvangsmiddel. Deretter legges lover og forskrifter frem samt brukerperspektivet, kommunikasjon og sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.

2.1 Psykose

“Psykoselidelser er fellesbetegnelsen på en gruppe psykiske lidelser kjennetegnet med nedsatt eller manglende evne til realitetstesting.” (Homèn, u.å). Lidelsene kan utvikle seg langsomt eller oppstå akutt som ved en akutt psykose. De kan utvikles i det stille, men ved en tydelig sykdom vil hjelpeapparatet som oftest kontaktes (Ilnér, 2012, s.37).

Begrepet psykose er en samlebetegnelse på lidelser hvor virkelighetsoppfatningen brister. Betegnelsen omfatter flere sykdomsgrupper som akutte og forbigående psykoser, stemningslidelser (bipolar), schizofreni og paranoide tilstander (Hummelvoll, 2012, s.338). Psykoselidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene og de karakteriseres av vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og desorientering. Den psykotiske vil ikke oppfatte verden rundt seg, andre mennesker eller sin egen rolle på samme måte som andre (Skårderud et al., 2018, s.507, 320). Den psykotiske personens mentale kapasitet og virkelighetsoppfatning, evnen til å kommunisere og forholde seg til andre mennesker vil også være svekket (Hummelvoll, 2012, s.337). Stemmehearing, andre sanseopplevelser, følelsen av forfølgelse, tankekaos eller uforklarlige forestillinger opptrer ofte. Personen som opplever symptomene ved en psykose vil ofte oppleve uro og angst (Helsedirektoratet, 2018).

Opplevelsen av sykdommen vil variere fra person til person. To stykker kan ha en psykoselidelse uten noen felles symptomer, det er derfor en svært individuell opplevelse (Holmèn, u.å).

Årsaken til at noen blir psykotiske er usikker, men man har sett at arv har en betydning. Miljø-faktorer kan også være risikofaktorer, da for eksempel cannabismisbruk, migrasjon og sosialt stress (Holmèn, u.å).

Symptomene på en psykose kan deles inn i positive og negative symptomer. De positive sees som et tillegg hos personen, noe som normalt ikke ville vært tilstede. På motsatt side finner vi de negative symptomene som tar bort eller reduserer normale funksjoner (Holmèn, u.å).

Positive symptomer:

- Hallusinasjoner
- Vrangforestillinger
- Kaotisk atferd
- Tankeforstyrrelser

Negative symptomer:

- Følelsesmessig avflatning
- Passiv tilbaketrekning
- Viljeshemming
- Kontaktsvakhet
- Gledeløshet

(Aarre & Farshbaf, 2018, s.109).

2.2 Tvang og selvbestemmelsesrett

I utgangspunktet har alle mennesker selvbestemmelsesrett over eget liv og helse, dermed er hovedregelen at helsehjelp skal være basert på samtykke og frivillighet. Denne selvbestemmelsesretten kan imidlertid settes til side, ved spesielle unntak, for å ivareta og med hensyn til liv og/eller helse. Unntakene er regulert ved lov og her gjelder da psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 (Bremnes, 2019, s.2).

Tvangsmidler skal kun benyttes overfor pasienter når det er “omgjengelig nødvendig” for å sikre liv og helse, forhindre vedkommende i å skade seg selv eller andre eller for å unngå betydelig skade på for eksempel bygning og inventar (Skårderud et al., 2018, s.273). Bruken av tvang er kun aktuelt i institusjoner for døgnopphold, som en akutt psykiatrisk sengepost. Tvang kan gis til både de som er innlagt frivillig og til de som er der på tvang (Skårderud et al., 2018, s.282).

Ved all tvangsbruk skal et vedtak om bruken av middelet fattes av den som er faglig ansvarlig. I akutte nødsituasjoner kan imidlertid tvangsmidler brukes uten et slikt vedtak. Dette kan være hensiktsmessig i de situasjonene hvor det er vanskeligere å komme i rask kontakt med de rette personene, som i helger og om nettene. Faglig ansvarlig skal da fatte vedtak, ofte etterfølgende, om tvangsmiddelbruken der vilkårene skal vurderes oppfylt (Skårderud et al., 2018, s.274).

2.2.1 Lover og forskrifter

I Norge blir det psykiske helsevesenet regulert av psykisk helsevernloven (Skårderud et al., 2018, s.282). Intensjonen bak loven er å sikre at nødvendig omsorg og behandling gis pasientene, slik at selv i perioder hvor vedkommende ikke er i stand til å ta vare på seg selv eller adekvat vurdere sin egen situasjon, vil liv og helse bli ivaretatt (Ilner, 2012, s.186,187). Unntak fra selvbestemmelsesretten over egen helse er regulert ved psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 (Bremnes, 2019, s.2).

I psykisk helsevernloven kan tvangsbruken deles inn i 3 hovedgrupper; tvunget psykisk helsevern, behandling uten samtykke og tvangsmiddelbruk (Bremnes, 2019, s.8). (Psykisk helsevernloven, 1999).

Tvangsmidler og vilkår for bruken av dem er angitt i psykisk helsevernlovens §4-8, som skiller mellom fire ulike typer tvang:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet som belter, remmer og spesialklær.
- Kortvarig isolasjon bak avlåst dør uten personal tilstede.
- Enkeltstående bruk av medikamenter i berolgende eller bedøvende hensikt.
- Kortvarig fastholding.

(Psykisk helsevernloven 1999, §4-8).

Som nevnt i avgrensingen av oppgaven ses det kun på de mekaniske tvangsmidlene, mer spesifikt bruken av belter.

Lovverket i pasient og brukerrettighetsloven gir ikke noe tydelig svar på når tvang kan brukes. Lovverkets hensikt er å kunne benytte tvang for å sikre nødvendig helsehjelp, samt å hindre helseskade. Den skal også begrense og forebygge bruken av tvang (Eide & Eide, 2017, s.97).

I tillegg til psykisk helsevernloven skal sykepleier forholde seg til og følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som beskrevet i §1.6 (Yrkesetiske retningslinjer, 2019). Retningslinjene omtaler sykepleierens ansvar i møte med pasienter. Sykepleier skal blant annet ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (§2.3). Det blir også beskrevet at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom hos pasienten (§2.2) (Yrkesetiske retningslinjer, 2019). Flere av disse retningslinjene gir grunnlag for diskusjon og etiske overveielser i praksis.

2.2.2 Konsekvenser av tvangsbruk

I ressursheftet *Alternativer til tvang: sett fra et bruker- og fagperspektiv* (2014) forteller mange at det å bli lagt i belter kunne oppleves som straff og det ble beskrevet traumatiske opplevelser knyttet til tvang (Bjørge, Storvold, Norvoll & Husum, 2014, s.52). Det ble også, i noen tilfeller, beskrevet som re-traumatiserende da det vekket minner fra tidligere erfaringer og hendelser (Bjørge et al., 2015, s.2). Det samme belyses i Norvoll og Pedersens ressurshefte *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester – Pasienter og pårørendes syn og erfaringer* (2017). Her nevnes traumer samt re-traumatisering og post traumatisk stress lidelse som psykiske konsekvenser av bruken av mekanisk tvang. Andre psykiske konsekvenser som blir nevnt er psykisk ubehag i form av angst, depresjon og sinne. Det beskrives også fysiske konsekvenser som brudd eller blodpropp i forbindelse med beltelegging (Norvoll & Pedersen, 2017, s.15).

Relasjonen mellom pasient og sykepleier kan også skades og pasienten kan miste tillitten til psykiske helsetjenester og personalet (Norvoll & Pedersen, 2017, s.15).

2.2.3 Ethiske utfordringer

Etikk omhandler hva man bør gjøre og hva som ansees som rett i ulike situasjoner (Dahl & Løvlie, 2018, s.204). I de psykiske helsetjenestene vil helsepersonellet stå ovenfor flere etiske utfordringer. Disse utfordringene oppstår ved tvil, uenighet eller usikkerhet om hva som blir det beste og riktige, i situasjonen (Hem, Molewijk & Pedersen, 2017, s.3). Sykepleiere, og andre som arbeider i akutt psykiatrien, møter etiske utfordringer i forhold til bruken av tvang da det er en utfordrende balanse mellom å ta hensyn til pasientens autonomi og ønsket og plikten om å gjøre vel (Hem et al., 2017, s.22).

Det etiske spørsmålet om tvang løses ikke av lovgivingen, men handler i stor grad om kommunikasjon. Enhver situasjon er unik og krever individuell vurdering (Eide & Eide, 2017, s.98). Helsepersonell har primært to hovedgrunner for å utøve tvang: for pasientens beste eller av hensyn til andre. Det vil ofte gi opphav til etiske dilemmaer da det er utfordrende å skulle utøve tvang samtidig som man skal yte helsetjenester som er gode og omsorgsfulle

(Hem et al., 2017, s.14; Landeweer, Abma og Widdershoven 2011; Lillemoen og Pedersen 2013). Det vil derfor også være etisk utfordrende å bruke tvang selv om man har juridisk dekning for det, med tanke på om tvangsbruken klart er den beste løsningen for pasienten (Hem et al., 2017, s.17).

Det å oppleve bruken av tvangsmiddel oppleves ofte som et alvorlig angrep på personens integritet, noe som er viktig å være klar over i de tilfellene man benytter tvang (Hummelvoll, 2012, s.270).

2.3 Forebygging

For å forebygge bruken av mekanisk tvangsmidler viser funnene i prosjektet til Bjørgen, Husum og Norvoll (2015) at det må være større fokus på de som utøver tvangen og ikke kun de som erfarer den (Bjørgen et al., 2015, s.3). I følge Ilner (2012) vil man i truende situasjoner handle best om man har trent på forhånd. Treningen vil da gå ut på å lære seg hvordan man kan unngå uheldige konfrontasjoner, kjenne igjen faresignaler og bedre lære seg å håndtere konflikter (Ilner, 2012, s.168, 169). Det presiseres videre at det i faresituasjoner gjelder å være rolig og å snakke rolig med pasienten. Det vil også være viktig at pasienten føler seg sett og hørt. Føler han/hun seg oversett kan situasjonen eskalere og forverres (Ilner, 2012, s.169).

Brukere som deltok i et brukerledet prosjekt ved nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse foreslo at det å styrke kunnskapen om traumeforebygging blant personalet, samt å gi et økt tilbud om ettersamtaler kunne bidra til en reduksjon i tvangsbruken (Bjørgen et al., 2014, s.60). Bruken av ettersamtaler, eller debriefing, understreker også Hummelvoll viktigheten av. Han mener at for å kunne forebygge bruk av mekanisk tvang er det nødvendig å drøfte episoden i ettertid. Det er viktig å få undersøkt hva som skjedde og hvorfor. Målet med dette er å ta lærdom fra den aktuelle hendelsen hvor man i ettertid kan undersøke og drøfte alternative måter å møte lignende hendelser i fremtiden (Hummelvoll, 2012, s.270). Ved refleksjon over de utfordringene som man møter i arbeidet blir man mer bevisst på egne holdninger og handlinger (Hem et al., 2017, s.3).

I ressursheftet *Alternativer til tvang: Sett fra et bruker- og fagperspektiv* (2014) viser Bjørgen, Storvold, Norvoll & Husum til Huckshorns (2004) tre nivåer av tvangsforebygging:

Primærforebygging som fokuserer på å forhindre at de psykiske problemene forverres. Man vil også forhindre at pasienten føler på utrygghet, krenkelse og sinne på grunn av måten sykehusposten er organisert på. Man vil skape et trygt miljø og det er da viktig at personalet er ute i miljøet for å blant annet fange opp de pasientene som får det vanskelig.

Sekundærforebygging går ut på å forhindre videreutvikling av kriser og konflikten når først en vanskelig situasjon har oppstått. Vurderings og kommunikasjonsferdighetene til personalet spiller en viktig rolle her, for å roe ned situasjonen.

Tertiærforebygging kommer etter bruken av tvangsmiddel. Man vil her forebygge ytterligere psykiske problemer som følge av tvang. Det legges vekt på viktigheten av ettersamtaler.

2.4 Brukerperspektivet

“Personer med førestehåndserfaringer med tvang er en viktig kilde til kunnskap om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon” (Bjørgen et al., 2015, s.1).

Det er gjennomgående fra brukernes opplevelser med tvangsmidler at alle situasjonene som ledet til tvangen handlet om frykt, angst og fortvilelse (Bjørgen et al., 2014, s.13). Det blir fremhevet at tvangssituasjoner kunne ha blitt løst med mer tid og samtaler. De nevner også viktigheten av personalets holdninger og trygghet på seg selv som en viktig del av arbeidet for å unngå tvangssituasjoner (Bjørgen et al., 2014, s.53). Pasienter som har opplevd bruken av tvangsmidler presiserer viktigheten av å kommunisere en klar hensikt med tvangen; å hindre pasienten fra å skade seg selv, fordi de bryr seg. Slik vil man gjøre sitt for at pasienten ikke skal oppleve bruken av tvangsmiddel som straff (Bjørgen et al., 2014, s.13). Pasientene formidlet også et behov for å bearbeide den traumatiske opplevelsen tvang ofte kan oppleves som. De forteller at om man får snakket med personalet i etterkant og reflekterer rundt situasjonen vil man kunne komme frem til nye, konstruktive løsninger for å unngå bruken av tvangsmiddel (Bjørgen et al., 2014, s.60).

Pasienter med psykoseerfaring nevner flere mestringstiltak som de mente ville hjelpe under en psykose. Det å holde noen i hånden kunne hjelpe for å få noe konkret å støtte seg i for å forankre seg i virkeligheten. Sykepleierens forståelse om at psykosen er et uttrykk for indre konflikt ble nevnt av flere som viktig under en psykose. Det å føle seg trygg, avledning og det at noen var til stede ble av flere nevnt som sentralt (Bjørngen et al., 2014, s.20, 52).

2.5 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som vil si å ha forbindelse med, gjøre noe felles. I det daglige brukes kommunikasjonsbegrepet om at fra samtaler ansikt til ansikt, massekommunikasjon på nett og om samtaler i grupper (Eide & Eide, 2017, s.17).

God kommunikasjon vil ha et helsefremmende formål og bidra til mestring, bedring og forståelse. Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. For at kommunikasjonen skal være helsefremmende, i et helseperspektiv, forutsetter det at man ikke ser på vedkommende som en pasient med en sykdom eller diagnose, men som et helt menneske med iboende kvaliteter og ressurser. Det vil også være individuelle ønsker og mål med tanke på helse og livssituasjon. Sykepleieren må derfor se og lytte til vedkommende som et medmenneske (Eide & Eide, 2017, s.16,17,18).

Ved en psykose kan pasientens språk være vanskelig for sykepleieren å forstå. Språket til den psykotiske kan inneholde egenlaga ord, talen kan være usammenhengende og uforståelig for sykepleieren, noe som vil vanskeliggjøre kommunikasjonen ytterligere (Ververda, Kornkåsa, Bjørntvedt & Egrem, 2019, s.3). Det vil da være nyttig å ikke bare fokusere på det verbale pasienten uttrykker, men også det nonverbale.

Kommunikasjon består både av verbale og nonverbale signaler. Ofte kommer det ikke frem hva personen egentlig har på hjertet med ord, men at det heller kan bli uttrykt nonverbalt. En må derfor være tilstede i samtalen og være på utkikk etter nonverbale tegn som kan si noe om hvordan personen har det eller hva de har på hjertet, men ikke får sagt med ord. Det kan være å se på kroppsspråket, tonefall, ansiktsuttrykk eller ordbruken. Man må lytte, men

også se det som ikke sies med ord og tolke disse nonverbale signalene (Eide & Eide, 2017, s.17). Dette er en av utfordringene ved kommunikasjonen.

Symboler brukes for å formidle tanker, opplysninger og erfaringer til andre. Symboler vil ha en vesentligere betydning enn det som umiddelbart oppfattes og man må derfor som sykepleier ha innlevelse og kunnskap om den andres situasjon for kunne tolke det nonverbale på en riktig måte (Hummelvoll, 2012, s.421). I samtaler med en psykotisk pasient kan dette med nonverbale tegn, i noen tilfeller, by på utfordringer. Våre formuleringer eller ansiktsuttrykk kan bli tillagt en annen betydning enn det vi selv mente. Pasienten kan feiltolke og gi annen mening til ord, noe som fører til at pasienten kan føle seg truet eller krenket (Skårderud et al., 2018, s.125).

Om man ikke kjenner til bakgrunnen for problemene til pasienten er det en stor risiko for feiltolkning av signaler. Det er derfor viktig å kommunisere med vedkommende. Det vil videre være viktig at man som sykepleier og hjelper ikke tar utgangspunkt i at man selv vet best men husker på at den man hjelper selv er eksperten på sitt eget liv (Bjørngen et al., 2014, s.22, 24). Det vil være en utfordring å bli kjent med en psykotisk persons virkelighetsoppfatning og man må derfor være tålmodig og interessert. Man arbeider seg på den måten mot en kontakt hvor sykepleier kan få en innsikt og forståelse i pasientens virkelighet (Hummelvoll, 2012, s.337).

2.6 Menneske til menneske

Joyce Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og tar opp temaer som er høyst aktuelle for problemstillingen. Hun snakker om menneske – til – menneske forholdet, samt kommunikasjon. På bakgrunn av dette har denne sykepleieteoretikeren blitt inkludert i oppgaven, selv om hun er en av de litt eldre teoretikerne.

Travelbee fokuserer på det mellommenneskelige i sykepleierfaget. Hun mener at man skal se bort fra merkelappene “pasient” og “sykepleier” da disse vil føre til stereotypisering og ta overhånd over menneskets individuelle kvaliteter og egenskaper (Kirkevold, 2009, s.114). Sykepleieren bør etterstrebe et menneske- til- menneske forhold og ikke et sykepleier-

pasient forhold (Travelbee, 1999, s.17). Forholdet er en prosess hvor sykepleieren står ansvarlig for etableringen og opprettholdelsen, men det er et gjensidig forhold og sykepleieren kan ikke gjøre det alene. Menneske til menneske forhold forutsetter at individet reagerer på den andres menneskelighet og at forholdet er mellom konkrete mennesker og ikke roller som sykepleier og pasient (Kirkevold, 2009, s.116). Travelbee var opptatt av at lidelse, enten i fysisk, emosjonell eller åndelig form er et personlig fenomen og at opplevelsen og reaksjonen er individuell (Kirkevold, 2009, s.114, 115).

Travelbee mener at det viktigste redskapet en sykepleier har er kommunikasjon (Kirkevold, 2009, s.118). Redskapet er en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å mestre det han eller hun står ovenfor (Travelbee, 1999, s.135). Kommunikasjon er prosessen hvor sykepleieren kan etablere et menneske til menneske forhold. I et hvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for vil det være kommunikasjon mellom dem, både når de samtaler og når de er stille. Kommunikasjon foregår uansett om man er klar over det eller ikke (Travelbee, 1999, s.135).

Kommunikasjonen i relasjoner foregår på ulike nivåer og virkelighetsoppfatningen vil være individuell. Forholdene mellom mennesker, situasjonene de er i, erfaringer og forståelsen av erfaringene er en sentral del av hva kommunikasjonsperspektivet omhandler (Jensen & Ulleberg, 2019, s.35,36).

3 Metode

I dette kapittelet presenteres valg av metode samt søkeprosessen, kildekritikk og etiske overveielser.

Metode defineres av Dalland (2017) som redskapet man bruker når man vil undersøke noe. Det vises til sosiologen Vilhelm Aubert som forklarer metode som fremgangsmåten for å løse problemer og innhente ny kunnskap. I valget av metode velger man den som passer best til å belyse temaet eller problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s.51).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven har litteraturstudie som metode. En litteraturstudie baserer seg på å beskrive kunnskap og analysere allerede eksisterende litteratur og forskning som finnes innenfor det valgte område (Thidemann, 2019, s.79). Det er mye aktuell forskning og litteratur på valgt område som belyser og bidrar til å besvare problemstillingen. I tillegg til allerede eksisterende litteratur inkluderes forskning som i all hovedsak bruker kvalitative metoder til innhenting av data. En av forskningsartiklene har kombinert både kvalitativ og kvantitativ metode som vil si at den bruker metodetriangulering. Fordelen med en kombinasjon av metodene er at man får en bred forståelse og oversikt over temaet.

Kvalitative metoder fokuserer på hermeneutikk, som er fortolkningslære, og fenomenologi. Fenomenologi er læren om fenomenene og er det som oppfattes av sansene. Man vil med denne metoden forsøke å finne en mening eller forklare noe. Metoden går i dybden og vil få frem en helhet og forståelse. Kvalitative metoder bruker ofte intervju som utgangspunkt for innhenting av data. Det vil derfor ofte være direkte kontakt med feltet under innsamlingen av data og forskeren vil ha påvirkning og delaktighet (Dalland, 2017, s.45, 52, 53).

Kvantitative metoder går i bredden for å innhente data og er ofte basert på tall. Det blir ofte brukt spørreskjema med svaralternativer og observasjoner. Denne metoden har ikke direkte kontakt med feltet og skal tilstrebe nøytralitet, samt å se fenomenet utenfra (Dalland, 2017, s.52, 53).

3.2 Søkeprosessen

Ved å foreta systematiske søk i ulike databaser var målet å finne forskning som kunne bidra til å besvare problemstillingen. Det ble anvendt anerkjente databaser som Cinahl, Medline og Svemed, som vi hadde tilgang til gjennom skolens bibliotek. Søkeprosessen startet med å anvende PICO for å finne hovedmomentene i problemstillingen for å videre finne hensiktsmessige søkeord. Dette viste seg derimot å være vanskeligere enn forutsett. Søkene gav flere hundre treff og i forsøk på å begrense søkene endte det med null treff.

Ved å lese flere artikler og gjennom tilfeldige søk på diverse databaser, med ulike søkeord, ble det dannet et bilde av eksisterende forskning. De tilfeldige søkene viste gjennomgående temaer og nøkkelord som ble inkludert videre i de systematiske søkene.

I de systematiske søkene mot slutten av søkeprosessen ble det tatt i bruk nøkkelordene; de escalating, communication or communicating or communicate or conversation, physical restraint, prevent*, psychiatric*, psycho* or mental disorder. Det ble anvendt trunkering (*) for å utvide søkene og få større treff som inkluderte ulike endinger på ordene. Eksempelvis ville et søk med psycho* få treff med ord som psychotic og psychosis. Ved å kombinere søkeordene med OR ville det gi flere treff og hvis ordene ble kombinert med AND ville resultatet bli mer spesifikt.

Tabell 1: Cinahl 04.02.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	De - escalating	746	
S2	Communication or communicating or communicate or conversation	189 206	
S3	S1 AND S2	52	
S4	Med inklusjonskriterier	34	1

Resultat: *Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.*
 Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L.
 (2016)

Tabell 2: Medline 04.02.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	Physical restraint	11 740	
S2	Prevent*	2 289 785	
S3	Psycho* or mental disorder	1 780 732	
S4	S1 AND S2 AND S3	1032	
S5	M/ inklusjonskriterier	408	1

Resultat: *Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department.*
 Krull, W., Gusenius, M.T., Germain, D. & Schnepfer, L. (2019)

Tabell 3: PubMed 04.02.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	Psychiatric*	311 635	
S2	De escalation	9 327	
S3	S1 AND S2	202	
S4	M/inklusionskriterier	122	2

Resultat: *The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.* Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, B. (2018)

Effects of a Staff Training Intervention on Seclusion Rates on an Adult Inpatient Psychiatric Unit. Newman, J., Paun, O. & Fogg, L. (2018)

Tabell 4: PubPsych 29.01.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	Physical restraint	1 777	
S2	Communication	81 607	
S3	S1 AND S2	56	
S4	M/inklusionskriterier	23	1
Resultat: <i>Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study.</i> Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2018)			

Tabell 5: Svemed+ 29.01.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	Kommunikasjon	6005	
S2	Tvang	270	
S3	S1 AND S2	19	
S4	M/inklusionskriterier	8	1
Resultat: <i>Omsorg under tvang.</i> Loren, G.F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014)			

Tabell 6: Svemed+ 06.02.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Antall valgte artikler
S1	Deeskalering	1	
S2	M/inklusionskriterier	1	1
Resultat: <i>Deeskaleringsprosesser.</i> Berring, L.L. & Buus, N. (2018)			

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å strukturere og tilspisse søkene ble det satt inklusjonskriterier for artiklene:

- De skulle være på et av de skandinaviske språkene eller på engelsk.
- Ha gjennomgått en fagfelleevaluering.
- Publisert i 2010 eller senere.
- Omhandle voksne.

Det ble underveis i prosessen funnet artikler som forsket på aktuelt tema men som ble ekskludert da det var rettet mot rettspsykiatrien, eldre på institusjon eller barn under 18 år. Det ble heller ikke inkludert forskning som kun omhandlet de typene tvang som det ikke legges vekt på i denne oppgaven, deriblant tvangsinnleggelse og isolering.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er å være kritisk til funnene og vurdere i hvilken grad valgt litteraturen er relevant for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s.158).

Gjennom søkene har det blitt anvendt inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å sikre litteraturens relevans og aktualitet. Ingen av forskningsartiklene som er inkludert er eldre enn 10 år. Det ble satt som et krav for å være sikker på at forskningen er oppdatert og relevant. I teorikapittelet er det likevel tatt i bruk en eldre kilde, Joyce Travelbee, da hennes teorier blir regnet som relevant for sykepleieryrket i dag, samt underbygget av nyere forskning og teori.

Det har også vært viktig at forskningsartiklene som har blitt inkludert i oppgaven er fra et vestlig land som England, USA, Australia eller et av de nordiske landene. Grunnen til dette er på med tanke på eventuelle kulturelle forskjeller som kunne hatt en betydelig innvirkning med tanke på overføringsverdien de ville hatt.

Forskningsartiklene som er tatt i bruk har en tydelig IMRaD struktur og er alle fagfellevurdert, noe som er viktig i vurderingen av kildens troverdighet.

3.4 Ethiske overveielser

I oppgaven har egne meninger bevisst blitt forsøkt lagt til side. Et nøytralt og åpent sinn ble tilstrebet under søkeprosessen og innhenting av litteratur. Forfatterne av de ulike litteraturkildene blir respektert og henvist til på riktig måte.

4 Resultater og funn

Med bakgrunn i søkene gjort i de valgte databasene ble det valgt ut 7 forskningsartikler som på ulike måter bidrar til å gi en forståelse og mulighet for drøfting av problemstillingen.

4.1 Artikkel 1

Forfatter, år: Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016)

Tittel: Predictions of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings

Hensikt: Å utforske faktorer som påvirker bruken av deeskalering og suksessraten av deeskalering i akutt psykiatrien.

Metode: Casestudie. Prosjektet rekrutterte til sammen 522 voksne pasienter som var innlagt på en akutt psykiatrisk sengepost. Pasientene kom fra til sammen 84 ulike avdelinger fordelt på 31 tilfeldig valgte sykehus i London og omegn.

Resultat: Over halvparten av pasientene opplevde deeskalering i løpet av de første 2 ukene på posten og de fleste opplevde det flere ganger. Deeskaleringen ble regnes som vellykket i omtrent 60% av tilfellene. De som opplevde tiltaket som suksessfull var ikke fullt så aggressive enn de som opplevde at forsøket på deeskalering ikke fungerte. Pasienter som hadde en kjent voldshistorikk hadde høyere sannsynlighet for å oppleve deeskalering og ofte uten suksess.

4.2 Artikkel 2

Forfatter, år: Krull, W., Gusenius, M.T., Germain, D. & Schnepper, L. (2019)

Tittel: Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department

Hensikt: Å forbedre og forebygge vold på avdelingene ved å innføre simulering for å gi ansatte trening i ferdighetene som trengs.

Metode: Spørreskjema. Deltakerne fikk individuell nettbasert trening og simulering om teknikker ved deeskalering. Deltakernes meninger ble samlet inn før og etter øvelsene.

Resultat: Resultatet viste en betydelig forbedring i kunnskap, selvsikkerhet, evner og hvor godt rustet de følte seg. De med mindre erfaring var mer fornøyd enn de som hadde hatt jobben i 16 år eller lenger.

4.3 Artikkel 3

Forfatter, år: Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, B. (2018)

Tittel: The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings

Hensikt: Å få en oversikt over ansattes beskrivelse av teknikker ved deeskalering og utforske faktorer som avgjør implementeringen og effektiviteten av deeskalering.

Metode: Semi-strukturert intervju av ansatte på til sammen 20 avdelinger.

Resultat: Deltakerne beskrev til sammen 14 teknikker som ble tatt i bruk ved eskalering av aggresjon som kan deles inn i tre kategorier: støtte, ikke fysiske tiltak og fysiske tiltak.

4.4 Artikkel 4

Forfatter, år: Newman, J., Paun, O. & Fogg, L. (2018)

Tittel: Effects of a Staff Training Intervention on Seclusion Rates on an Adult Inpatient Psychiatric Unit

Hensikt: Å se på effekten av et 90 minutters treningskurs for de ansatte med mål om å redusere skjerming av pasienter og øke ferdighetene på deeskalering hos ansatte. De ønsket også å se på hva de ansatte mente kunne bidra til vellykket deeskalering og hva som kunne hindre.

Metode: Kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode ved å se på tallene på skjerming og bruke anonyme spørreskjema.

Resultat: Antall timer pasientene var på skjermet avdeling var etter 6 måneder redusert men over 90%. De ansatte viste betydelig økt kunnskap om deeskalering og en ikke betydelig endring i selvsikkerhet. Artikkelen presenterte 4 temaer som ansatte identifiserte som essensielt for vellykket deeskalering: ansattes holdninger/følelser, ansattes ferdigheter, ansattes handlinger og avdelingens miljø.

4.5 Artikkel 5

Forfatter, år: Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2018)

Tittel: Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study

Hensikt: Utforske pasienters og ansattes forslag for å redusere bruken av tvangsmidler.

Metode: Intervju. 13 pasienter og 22 ansatte som hadde erfaring med tvang i en voksen psykiatrisk avdeling i Storbritannia ble intervjuet.

Resultat: Funnene fra intervjuene viste 4 gjennomgående temaer for forbedring: kommunikasjon og relasjon mellom ansatt og pasient, endringer med tanke på de ansatte, forbedre avdelingen og dens miljø og et økt tilbud om aktiviteter.

4.6 Artikkel 6

Forfatter, år: Loren, G.F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014)

Tittel: Omsorg under tvang

Hensikt: En økt forståelse og kunnskap om hvordan pasienter med psykoselidelser ivaretas under innleggelse. Man vil også utforske hvilke situasjoner pasienter opplever tvangen som akseptabel og forslag til hva helsepersonell kan gjøre for å forebygge negative opplevelser.

Metode: Intervju. 9 pasienter som har vært innlagt med psykoseproblematikk deltok på intervjuet som var basert på åpne spørsmål.

Resultat: Negative erfaringene fra deltakerne var preget av manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter og unødvendig tvang. De positive erfaringene omhandlet opplevelsen av at egne behov og interesser ble ivaretatt.

4.7 Artikkel 7

Forfatter, år: Berring, L.L. & Buus, N. (2018)

Tittel: Deeskaleringsprosesser

Hensikt: Å utforske hvordan eksisterende litteratur definerer og beskriver deeskaleringsprosessen. Hvilke faktorer som påvirker prosessen og å øke oppmerksomheten rundt deeskalering i Norden.

Metode: Litteraturgjennomgang.

Resultat: Resultatet fra litteraturgjennomgangen deles inn i 4 temaer som påvirker deeskaleringsprosessen: definisjon og forståelse, handlinger og strategier, kompetanse og ferdigheter og utdanning og læring.

4.8 Oppsummering av funn

Litteratursøket resulterte i 7 artikler med relevans for oppgaven. Hver av artiklene belyser faktorer som er av betydning ved sykepleierens kommunikasjon og forebygging av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost. Gjennom grundig gjennomlesning av artiklene og funn derifra, samt presentert litteratur, blir det delt inn i ulike temaer som bidrar til å drøfte problemstillingen. Se vedlegg. Disse temaene ble valgt for å belyse problemstillingen da de gikk igjen i flere av artiklene og til sammen utgjør et solid grunnlag for diskusjonen. Drøftingen blir derfor delt inn i temaene; kommunikasjon i relasjoner, deeskalering som forebyggende verktøy, sykepleierens kompetanse og brukernes erfaring.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil tidligere gjennomgått teori, presenterte forskningsartikler og funn bli drøftet, for å belyse og utforske problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier kommunisere med psykotiske pasienter for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost?* Ut i fra funnene fra forskningsartiklene og litteratur blir drøftingen delt inn i 4 underkapitler hvor de gjennomgående og sentrale temaene danner grunnlaget for kapitlene.

5.1 Å kommunisere i relasjoner

I jobben med å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost viser forskning, brukererfaringer og teori at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er et avgjørende og sentralt element. I første omgang er det essensielt at kommunikasjonen er respektfull, pasientsentrert og har som mål å være helsefremmende. Forskningsartikkelen til Newman, Paun og Fogg viser til viktigheten av å vise empati og det å opptre rolig og avslappet. Væremåten til sykepleieren vil kunne smitte over på pasienten og i beste fall ha en beroligende effekt. Sykepleieren må lære seg hvilke kommunikasjonsteknikker som fungerer på den enkelte og arbeide ut i fra en forståelse av hvordan væremåte og kommunikasjon påvirker pasienten. I motsetning til det å opptre rolig og å vise empati og forståelse vil det at personalet viser redsel, autoritære, truende og avvisende holdninger potensielt føre til videre eskalering av en allerede tilspisset eller eskalerende situasjon (Newman, Paun & Fogg, 2018, s.5). For å sikre god innflytelse på pasienten, gjennom væremåten, er det viktig å bli oppmerksom på og klar over eget kroppsspråk, uttrykk og ikke minst hvordan dette kan oppfattes og tolkes av pasienten.

Ønsker man å oppnå en god kommunikasjon er det viktig å være tålmodig og interessert i pasienten, for å videre kunne få en innsikt og forståelse av virkelighetsforståelsen, over tid (Hummelvoll, 2012, s.337). Det å etablere og oppnå en relasjon med den psykotiske pasienten kan derimot tenkes å være lettere i teori enn i praksis. I samtale og samhandling kan kommunikasjonen bli en utfordring da språket til den psykotiske kan være

usammenhengende, inneholde egenlaga ord og være uforståelig for sykepleieren (Ververda et al., 2019, s.3). Konsekvensen for sykepleieren vil i de tilfellene være en økt sannsynlighet for misforståelser og frustrasjon, som kan ødelegge eller forverre en god terapeutisk relasjon. Virkelighetsoppfatningen og evnen til å kommunisere og forholde seg til andre mennesker vil være svekket under en psykose og kommunikasjonen blir derfor utfordrende (Hummelvoll, 2012, s.337). Resultatet av det er at man risikerer, på grunn av svekket eller endret virkelighetsforståelse, at det enkelt kan oppstå misforståelser og forvirring. Det kan tenkes at misforståelser skjer lettere om man som sykepleier ikke selv er bevisst på dette. Videre er det derfor viktig å være klar over at den psykotiske pasienten kan tolke formuleringer og ansiktsuttrykk til å få en annen betydning enn det sykepleieren selv mente. Man kan bli feiltolket eller pasienten kan gi en annen mening til ord, som kan føre til at pasienten blir usikker og føler seg truet eller krenket (Skårderud et al., 2018, s.125). Befinner pasienten seg i en situasjon hvor han eller hun føler seg truet kan det oppstå en eskalerende og uønsket situasjon.

For å unngå situasjoner som kan føre til eskalering er det viktig at sykepleier har kjennskap til pasienten. Det å bli kjent med pasienten er et sentralt og gjennomgående tema når det kommer til faktorer som vil kunne forebygge bruken av mekaniske tvangsmiddel. Har man en relasjon til og kjennskap til pasienten vil man lettere vite hva som gjør pasienten sint, lei seg, hva som roer dem ned og man vil lettere se og kjenne til tidlige faresignaler. Med en kjennskap til og en forståelse av pasienten vil man kunne minske sannsynligheten for bruken av mekanisk tvang og lettere forebygge eskalerende atferd (Wilson, Rouse, Rae, & Kar Ray, 2018, s.6). Etter jobbing over tid sammen med den psykotiske pasienten er det tenkelig at den enkeltes handlingsmønstre og faresignaler blir lettere å fange opp. På grunn av det kan man derfor anta at det vil være utfordrende på en akutt psykiatrisk sengepost hvor man kanskje ikke har hatt tid til å bli kjent med pasienten, og derfor ikke kjenner til faresignaler og triggere. Uansett hvilken setting man befinner seg i kreves det jobbing og samarbeid fra begge parter for å kunne forstå hverandre. Wilson et al (2018) hevder også at det å bli kjent med personen, informere og forklare, kommunisere med medfølelse og at de ansatte bruker mer tid med pasientene for å bygge en relasjon vil kunne føre til en reduksjon i bruken av tvangsmidler (Wilson et al., 2018, s.9). For å kunne etablere denne helsefremmende og forutsigbare relasjonen er det avgjørende å bruke tid sammen med pasienten.

Det å bruke tid med pasienten og at pasienten føler seg sett blir også underbygget av Ilner (2012). Det presiseres at det er viktig at pasienten selv føler seg sett og hørt. Skulle pasienten føle seg oversett kan en faresituasjon eskalere og forverres (Ilner, 2012, s.169). Det sykepleieren kan gjøre for å sikre at pasienten føler seg sett og hørt er å bruke tid sammen med pasienten, som blant annet Lorem et al (2014), Wilson et al (2018) og brukerne presiserer. Har man et lyttende øre og sitter ned med en avslappet kroppsholdning er det tenkelig at pasienten tolker sykepleieren som genuint interessert i hva som blir sagt og at en ikke lytter i forbifarten. Dette argumenterer også Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang (2014) for. Det presiseres videre at kommunikasjonen skal begrunnes og at det skal være rom for ulike oppfatninger og at de respekteres og kommuniseres (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014, s.1). Ved å jobbe målrettet og personsentrert med gjensidig dialog, informasjon og åpenhet vil det styrke og gi forutsigbare relasjoner (Lorem et al., 2014, s.10). Stabile relasjoner over tid er svært viktige for pasienten, spesielt i tilspissede situasjoner. Det forsterker viktigheten av at sykepleieren bruker tid sammen med pasienten og blir kjent med tanker, følelser og handlingsmønstre. Man kan da anta at sykepleieren over tid vil bli bedre rustet til å gjenkjenne faresignal ved en eventuell eskalering. Det betyr at det er essensielt at sykepleieren kommuniserer og bruker tid på samtale med pasienten for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. Det viser seg at beroligende samtale, gjensidig tillit, ikke konfronterende holdninger og det å ta seg tid er sentrale og avgjørende elementer av kommunikasjon og relasjonsbygging (Lorem et al., 2014, s.10).

5.2 Deeskalering som forebyggende verktøy

Deeskalering er et verktøy og en prosess som beskrives som bruken av verbal og nonverbal kommunikasjon for å minimere eller eliminere vold og aggresjon i en eskalerende fase, og for å roe ned pasienten (Lavelle, Stewart, James, Richardsom, Renwick, Brennan & Bowers, 2016, s.2,3). Deeskalering er et kommunikasjonsverktøy brukt av sykepleiere og derfor sentralt i drøftingen av problemstillingen. Det er anbefalt at verktøyet er første tiltak i håndtering av eskalering da det er et trygt og mindre tvangspregget alternativ til for eksempel mekaniske tvangsmiddel (Lavelle et al., s.2, 3).

Ved bruken av verktøyet skal man løse problemet på en ikke konfronterende måte (Berring & Buus, 2018, s.3). Målet er å klarere og løse problemet som utløste pasientens aggresjon uten videre eskalering. Gjennom hele prosessen må man være empatisk og respektfull, man må også unngå unødvendige følelsesladde besvarelser som sinne, fornærmelse og redsel (Price, Baker, Bee & Lovell, 2017, s.2). Prosessen og intervensjonen skal gjennomføres med verbale og nonverbale handlinger, som ikke er konfronterende, hvor personalet opptrer rolig og aksepterer pasientens aggresjon. En forutsetning er at man forstår pasientens perspektiv og årsaken til aggresjonen (Berring & Buus, 2018, s.14). Årsaken til aggresjonen og de psykiske problemene har påvirkning på virkningen av tiltakene. Var pasienten eskalerende på grunn av et problem som har en logisk løsning blir dette enklere å løse og gir mer sannsynlig ønsket resultat enn om det er en psykotisk pasient med urimelige krav og forestillinger (Price et al., 2017, s.4).

En rekke forskningsartikler belyste hvilke faktorer som bidrog til suksessfull deeskalering, og hva som kunne hindre et vellykket utfall. I artikkelen til Lavelle et.al viste resultatet at bruken av deeskalering var vellykket i omtrent 60% av tilfellene hvor det ble forsøkt anvendt (Lavelle et al., 2018, s.1). Pasientsituasjonene som hadde ønsket utfall bestod i all hovedsak av pasienter som var mindre aggressive og utagerende, og de med voldshistorikk hadde større sannsynlighet for å ikke respondere ønskelig på deeskaleringen (Lavelle et al., 2018, s.1). I de tilfellene hvor deeskaleringen ikke var suksessfull er det tenkelig at aggresjonen og eskalering ble oppdaget for sent i forløpet og at det da ville være enda mer krevende å anvende teknikkene med vellykket resultat. At pasientene i de vellykkede forsøkene var mindre aggressive og utagerende er det tenkelig at pasientene ikke hadde bygget opp så mye aggresjon og frustrasjon og derfor var det enklere å stoppe eskaleringen.

Faktorer som fører til eskalering i psykiatrien er komplekse, varierende og inkluderer systemet, miljøet på sengepostene og ansattes ferdigheter. Disse faktorene har sannsynligvis påvirkning på bruken og effektiviteten av deeskalering i praksis (Lavelle et al., 2018, s.2). Dette belyser også artikkelen til Price, Baker, Bee og Lovell (2017) som viser tre sentrale kategorier som vil ha innvirkning på deeskaleringen; ansatte, pasient og miljø (Price et al., 2017, s.2). Ved å anerkjenne disse faktorene kan sykepleiere og ansatte på sengepostene jobbe mot å bedre de aktuelle forholdene for å øke sannsynligheten for at deeskaleringen blir vellykket i fremtiden.

I flere forskningsartikler blir det lagt frem teknikker på deeskalering og tiltak som kan bidra til et vellykket resultat. Teknikker som blir anbefalt er å skape trygge vilkår for kommunikasjonen ved å fjerne objekter som kan brukes som våpen, passe på at det finnes en lett tilgjengelig utgang og at unødvendig personal og pasienter blir fjernet fra situasjonen (Price et al., 2017, s.2). Dette gjøres for å sikre både pasienten og de ansatte. Det er tenkelig at om pasienten er i sterkt undertall, sammenlignet med antall ansatte, kan han eller hun føle seg angrepet, innesperret og truet, noe som kan føre til videre eskalering og utagering. Derfor er det viktig at det er en utgang lett tilgjengelig slik at pasienten selv føler at det er en mulighet for å unnslipe situasjonen, på en kontrollert måte. Skulle utgangen bli dekket og pasienten føler seg truet kan det tenkes at pasienten velger fysisk utagerende tiltak for å slippe unna. Et eksempel på dette opplevde jeg selv i praksis da en eskalerende psykotisk pasient ble omringet og deretter gjorde det klart at han ville gjøre fysisk motstand. Det er ikke urimelig å tenke at situasjonen eskalerte på måten det gjorde nettopp fordi han ble omringet av personalet og ikke hadde noe sted å flykte. Han var også i sterkt undertall og han kan derfor ha kjent seg truet og redd.

Det blir videre lagt frem flere konkrete tiltak for vellykket deeskalering, deriblant støtte hvor målet var å få pasienten til å bruke seg selv og sine ressurser til å regulere egen aggresjon. Passiv intervensjon blir også nevnt og man skal da ikke gripe inn men sørge for at pasienten får utløp for aggresjon på et kontrollert vis (Price et al., 2017, s.2). Dette kan gjøres for eksempel ved å gi pasienten rom for å uttrykke det han eller hun føler uten at ansatte skal gripe inn eller tolke det som direkte trusler som kan føre til skade på noen. Ved dette tiltaket er det viktig at personalet kjenner til pasienten og er trygge på at han eller hun klarer å håndtere aggresjonen på egenhånd, uten at det er til fare for seg selv eller andre.

Et annet tiltak som kan tas i bruk er å betrygge pasienten ved å benytte ord og handlinger som kan få pasienten til å føle seg trygg. Personalet kan her forsikre pasienten om at det er trygt og at de er der for å hjelpe og vil pasienten det beste. Brukere og forskningsartiklene til Price et al (2017) og Newman et al (2018) nevner videre bruken av distraksjon. Ved å få pasientens fokus over på noe helt annet enn det som gjør han eller henne sint eller urolig vil, i noen tilfeller, kunne avverge en videre eskalering (Price et al., 2017, s.4). Det kan da tas i bruk aktiviteter som tur eller spill, om pasienten er i stand til det.

Ved å identifisere problemet og årsaken til eskaleringen kan man komme med forslag og løsninger på problemet og på den måten forhåpentligvis hindre videre eskalering. Som nevnt tidligere kan dette tiltaket være nyttig om pasienten har rimelige problemer eller ønsker som lar seg løse, i motsetning til psykotiske pasienter som kan ha urimelige krav og forestillinger som ikke lar seg løse (Baker, Bee & Lovell, 2017, s.4).

Resultatet fra forskningen til Lavelle et al (2016) viste at av de registrerte 784 hendelsene med deeskalering var 61% regnet som suksessfulle og situasjonen endte etter deeskaleringen. 35% var ikke vellykket og eskaleringen fortsatte og resulterte i konflikt etter forsøkt deeskalering. De siste 4% endte med deeskaleringen men er utelukket fra analyseringen av funnene fordi de brukte en annen metode for deeskalering, noe som kunne endre/forvirre funnene (Lavelle et al., 2016, s.4). Forskningen viste at vellykkede deeskaleringer gjennomgående omhandlet hendelser som var preget av færre og mindre aggressivitet og utfordrende atferd, før deeskaleringen ble satt i gang. Man kan tolke det som at tiltaket er mest effektivt når man implementerer det tidlig i eskaleringsforløpet. Det vil derfor være avgjørende at sykepleier er oppmerksom på tegn til endring i atferden hos pasientene, noe som kan føre til en raskere iverksetting av tiltak og suksessfull deeskalering, som videre vil forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler (Lavelle et al., 2016, s.7).

5.3 Sykepleierens kunnskap

Det å utvikle ferdighetene til de ansatte blir sett på som svært viktig i jobben mot å forebygge bruken av tvangsmiddel (Wilson et al., 2018, s.5). Ved kommunikasjon med psykotiske pasienter for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmiddel er det viktig å øve på kommunikasjonsverktøy og få erfaring, trening og selvsikkerhet i kommunikasjonen. Sentralt i forskningen til Wilson et al (2018) og Krull et al(2019) presiseres viktigheten av at de ansatte er sikre på seg selv, har trent på ulike scenarier og situasjoner. Samtidig er det viktig å ha tilstrekkelig med kunnskap for å best mulig kunne forebygge bruken av tvangsmiddel. Bjørgen, Husum og Norvoll trekker frem viktigheten av å fokusere på de som utøver tvangen (Bjørgen et al., 2015, s.3). Dette gjøres blant annet ved å implementere simulering for de ansatte. Simulering og kunnskap er viktige redskap i jobben mot å

forebygge bruken og vil også kunne styrke kommunikasjonen med pasientene, ettersom man lærer seg de ulike ferdighetene og teknikkene. På bakgrunn av dette, samt at flere av forskningsartiklene presiserte dette som tiltak for en tvangsreduksjon, blir sykepleiernes kunnskap og trening inkludert i oppgaven.

Treningen vil gå ut på at sykepleierne lærer seg hvordan man kan unngå uheldige konfrontasjoner, kjenne igjen faresignaler og bedre lære seg konflikthåndtering (Illner, 2012, s.168,169). Det legges vekt på personalets evne til å styre egne følelser og det anbefales å trene personalet i dette (Berring & Buus, 2018, s.3). Det er viktig at sykepleieren er i stand til å styre sine egne følelser da negative svar eller følelsesutbrudd vil kunne påvirke pasienten i negativ retning og arbeidet mot forebygging av tvangsmidler vanskeliggjøres (Berring & Buus, 2018, s.3). Videre innebærer det at man som ansatt er forberedt på å holde tilbake eventuelle følelsesutbrudd og at kommunikasjon med psykotiske pasienter kan vekke følelser hos den ansatte. Det er tenkelig at å øve på kommunikasjonsferdigheter kan øke sannsynligheten for at de ansatte har bedre kontroll over egne følelser og hvordan man på best mulig måte uttrykker eller holder tilbake disse.

Det å bygge selvtilliten, øve på alternativer til tvangsmiddel og deeskaleringsteknikker er sentralt i arbeidet med å redusere tvangsbruken, og krever trening (Wilson et al., 2018, s.8). Simulering skaper et trygt miljø for læring og muligheten for tilbakemeldinger, refleksjon, repetisjon og muligheten for å jobbe gjennom realistiske situasjoner (Krull, Gusenius, Germain & Schenepper, 2019, s.2). Det er tenkelig at man lærer best av å oppleve situasjoner i praksis, men skjer læringen under kontrollerte forhold vil det være rom for spørsmål og tilbakemeldinger underveis, samtidig som det ikke vil ha noen negativ konsekvens for eventuelle pasienter.

Det kommer frem at sykepleieren mangler selvsikkerhet og trygghet i teknikker, særlig når det er høyere risiko for utagering og vold. Ved å tilby simulering og trening i ferdighetene vil selvsikkerheten til sykepleieren øke og suksessraten forbedres. Deeskalering kan ikke brukes som en fast oppskrift men er en ferdighet som det trengs trening i (Lavelle et al., 2016, s.7). Usikkerheten blant ansatte kommer også frem hos Krull et al (2019) hvor tilbakemelding fra ansatte viste at de ikke følte seg forberedt til å håndtere voldelig atferd (Krull et al., 2019, s.2). Etter utført simulering viste spørreundersøkelsen positive endringer i kunnskap,

ferdigheter, selvsikkerhet og hvor rustet de kjente seg. Prosjektet validerer derfor viktigheten av simuleringsbasert trening av ansatte for å forberede de på utfordrende pasientatferd (Krull et al., 2019, s.1,5). Ansatte satte pris på simuleringen da den representerte faktiske situasjoner og responsen som ville vært aktuell i situasjoner med voldelig pasient atferd (Krull et al., 2019, s.6).

For å sikre at hjelpen som blir gitt er lovlig er det viktig at sykepleieren har god kjennskap til lovverket. Ved etiske dilemmaer, som bruken av tvangsmiddel er, vil det være nyttig å kjenne til lovverket. Selv om den ikke løser situasjonen eller minsker dilemmaet, vil det bidra til å sikre god og rett behandling av pasientene, selv når de ikke er i stand til å ta de beslutningene selv. Som sykepleier skal man videre alltid forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene. Man skal blant annet ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (§2.3) og fremme helse og forebygge sykdom hos pasienten (§2.2) (Yrkesetiske retningslinjer, 2019).

Deltakerne i prosjektet til Krull et al (2019) fremhevet også viktigheten av debriefing av simuleringen, da dette gav verdifull tilbakemelding fra de andre deltakerne (Krull et al., 2019, s.6). Dette uttaler også Hummelvoll (2012) og Huckshorns (2004) seg om. Hummelvoll legger vekt på viktigheten av å drøfte en tvangsepisode i ettertid for å ta lærdom og undersøke alternative måter å møte lignende hendelser på i fremtiden (Hummelvoll, 2012, s.270). Samtidig som man kan drøfte andre løsninger blir man også mer bevisst på egne holdninger og handlinger (Hem et al., 2017, s.3). Ettersamtaler er en del av tertiærforebyggingen til Huckshorns (2004) som beskriver debriefing som et viktig verktøy som kan forebygge psykiske traumer etter en tvangshendelse. Ved å ta i bruk debriefing i etterkant vil alle involverte parter få muligheten til å lære av hendelsen og hvordan man kan løse situasjonen på en annen måte i fremtiden. Videre vil man også få muligheten til å høre hva pasienten selv mener kunne ha bidratt til å forebygge tvangsmiddelbruken (Lorem et al., 2014, s.7, 10).

5.4 Brukernes synspunkt – en ressurs

Brukerne som har førstehåndserfaring med tvangsbruk er en viktig ressurs i arbeidet mot å forebygge bruken av tvangsmidler (Bjørngen et al., 2015, s.1).

I ressursheftet *Alternativer til tvang: Sett fra et bruker- og fagperspektiv* (2014) forteller brukere at alle situasjoner som leder til tvangsmiddeltiltak omhandlet frykt, angst og fortvilelse (Bjørngen et al., 2014, s.13). Det at sykepleier så på psykosen og utageringen som et uttrykk for indre konflikt ble nevnt som viktig (Bjørngen et al., 2014, s.20).

Ut i fra spørreundersøkelsen i forskningsartikkelen til Wilson, Rouse, Rae & Kar Ray (2018) ble det laget en liste over de mest populære svarene på hvordan man kunne redusere tvangsbruken. Det brukerne la vekt på var viktigheten av kommunikasjon og relasjoner, noe som underbygger forskningen og teorien som ble drøftet tidligere i oppgaven. Sykepleieren må bruke tid med pasienten og bli kjent. Man må informere og forklare underveis i oppholdet for å unngå misforståelser og irritasjon. Sykepleieren må vise medfølelse og empati samt å tilby aktiviteter og distraksjon (Wilson et al., 2018, s.5). Flere pasienter mente at om sykepleieren brukte mer tid med den enkelte, klarte å bygge en relasjon og viste at de brydde seg om pasienten, ville det være med å forebygge bruken av tvangsmidler. Dette underbygges også av Huckshorns (2004) som i sin teori nevner at det er viktig at personalet er til stede i miljøet for å kunne fange opp de pasientene som får det vanskelig. Dette tiltaket regner han som første nivå av tvangsforebygging. Wilson et al (2018) begrunner tiltaket om tid og tilstedeværelse med at pasientene visste at personalet var tilgjengelige og derfor var rolige og ikke ble utålmodige og irriterte (Wilson et al., 2018, s.6). Det er også tenkelig at pasientene som erfarte at ansatte tok seg tid til dem følte på en lavere terskel for å ta kontakt, om de skulle bli urolige, redde eller ha behov for å prate med noen. I likhet med Price et al (2017) og Newman et al (2018) mente pasientene at aktiviteter og distraksjon ville være til nytte for å redusere bruken av tvang. Aktiviteter en til en eller i gruppe som var avledende, meningsfulle, engasjerende og simulerende ble nevnt (Wilson et al., 2018, s.8, 9).

Negative erfaringer på akutt psykiatrisk sengepost var preget av manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter og unødvendig tvang. Positive erfaringer var opplevelse av at egne behov og interesser ble ivaretatt (Lorem et al., 2014, s.1). Opplevelsene til pasientene

underbygger påstanden til Wilson et al (2018) om at samarbeid og respekt har potensialet til å gi en bedre opplevelse og behandling for pasientene (Wilson et al., 2018, s.9). Det ble klart uttrykket at å vise empati og anerkjenne pasientens følelser, oppfatninger og erfaringer ville påvirke bruken av tvangsmidler i en positiv retning. En pasient forteller om hvordan hun, av roen og den empatiske væremåten til en ansatt, ble roet ned slik at de unngikk mekanisk tvang (Lorem et al. 2014, s.6).

Pasienter kan oppleve tvangssituasjonene som vanskelige og til dels traumatiserende (Lorem et al., 2014, s.3). Flere tiltak for å forebygge dette ble nevnt i artikkelen til Lorem et al (2014), deriblant samtaler. Pasientene ønsket samtaler om årsakene til utagering og urolighet. De ønsket å drøfte hvordan man kunne ha handlet annerledes for å unngå utagering og bruk av mekanisk tvang i fremtiden (Lorem et al., 2014, s.7). Dette ble også understreket av Hummelvoll (2012) og Hem et al (2013) som viktig i arbeidet mot å forebygge bruken av tvangsmidler. Det at personalet skulle opptre rolig, ta seg god til og være empatiske og forståelsesfulle var også et ønske fra pasientene. Det ble lagt vekt på at personalet må kjenne pasienten for å kunne forstå hva som egentlig foregikk. Ved å se pasienten bak følelsene og atferden vil man trolig ha forståelse i de situasjonene hvor truende atferd kan være et uttrykk for redsel (Lorem et al., 2014, s.7). Pasientene ønsket også mer evaluering underveis i oppholdet og presiserer viktigheten av å bli sett på som et menneske og ikke bare atferd eller patologi (Lorem et al., 2014, s.9). Ønsket til pasientene om å bli sett på som et menneske blir også betraktet som verdifullt av sykepleier teoretiker Joyce Travelbee. I hennes teori fokuseres det på forholdet mellom mennesker og det presiseres at forholdet skal være mellom konkrete mennesker og ikke roller som sykepleier og pasient. Man må se mennesket bak. (Kirkevold, 2009, s.116). Dette vil, i følge brukerne, bedre relasjonen og minske sannsynligheten for bruken av mekaniske tvangsmidler.

6 Konklusjon

I de situasjonene hvor mekanisk tvang tas i bruk gjenspeiles komplekse situasjoner (Lorem et al., 2014 s.2). I oppgaven blir flere kommunikasjonsverktøy og støttende tiltak lagt frem og drøftet, i håp om å få en forståelse av hvordan man som sykepleier kan kommunisere med psykotiske pasienter, for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost.

Det var tydelig at pasientene og forskningsartiklene pekte på flere av de samme tiltakene for å unngå og forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. Tiltak som god kommunikasjon bygget på respekt, forståelse og empati var tydelig fra brukere, ansatte og forskning. Det å bruke tid sammen med pasienten og å bli kjent mente flere ville ha en stor innvirkning i omfanget av mekanisk tvang. Ved å bruke tid sammen med pasientene ville man kjenne til faresignaler for eskalerende atferd, fange opp og snu atferden tidlig i forløpet. Får sykepleierne øvd på realistiske situasjoner vil de føle seg mer rustet til å møte virkelige pasienter på sengepostene og ha selvtillit nok til å utforske alternative løsninger til mekaniske tvangsmidler. Deeskaleringsteknikker vises å være suksessfulle i noen situasjoner. Det er ikke en oppskrift som følges, men teknikker man må vurdere som hensiktsmessige i de ulike situasjonene som dukker opp, noe som krever trening og kunnskap. Arbeidet med å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost er komplekst og krever jobbing og kunnskap hos sykepleieren.

Oppgaven viser at det er mulig å forebygge, i flere tilfeller, om man har kunnskapen og ferdighetene som trengs. Systematisk jobbing mot økt kunnskap om kommunikasjon, relasjonsbygging og trening på ferdigheter som deeskalering er viktige skritt i riktig retning, samtidig som brukernes erfaring er avgjørende og må tas med i arbeidet. Brukerne er en viktig kilde og sitter på erfaringer og kunnskaper som sykepleierne kan ta lærdom av og jobbe med for å sammen forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på akutt psykiatrisk sengepost.

Litteraturliste

Allott, N. (2019, 30. mai). Kommunikasjon. I Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/kommunikasjon>

Berring, L.L. & Buus, N. (2018). Deeskaleringsprosesser. *Klinisk Sygepleje*, 32(1), 16-33. doi:10.18261/issn.1903-2285-2018-01-03

Bjørngen, D., Husum, L.T. & Norvoll, R. (2015, 4. desember). Hvordan forebygge tvang? Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2015/12/hvordan-forebygge-tvang>

Bjørngen, D., Husum, L.T., Norvoll, R. & Storvold, A. (2014). *Alternativer til tvang: Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Nasjonlast senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (ISSN 1891-6503). Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>

Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern*. Helsedirektoratet (IS-2812). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf/_attachment/inline/4a97f77b-4be9-4b69-ba02-27761cf1baed:5cf5e3f022b9b2ca6548092b70f4ff062579b2c8/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf

Dahl, A.A. & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser: Forståelse, diagnostikk og juss*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (2012-2015). *Bedre kvalitet – økt frivillighet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2018, 16.02). Psykose. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser>

Hem, M.H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell*. Universitetet i Oslo – Senter for medisinsk etikk (ISBN 978-82-93544-04-3). Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/systematisk-etikkrefleksjon/ressurshefte-systematisk-etikkrefleksjon120517.pdf>

Holmèn, A. (u.å). Hva er psykose? Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-psykose>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ilner, O. S. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, P. & Ulleberg, J. (2019) *Mellom ordene: Kommunikasjon I profesjonell praksis*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (7. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krull, W., Gusenius, M.T., Germain, D. & Schnepfer, L. (2019). Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001>

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2180-2188. doi:10.1111/jocn.13239

Lorem, G.F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C.E.A. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 115-124. Hentet fra

[http://www.idunn.no/tph/2014/02/omsorg_under_tvang -
en narrativ studie av pasienters forte](http://www.idunn.no/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_-_en_narrativ_studie_av_pasienters_forte)

Malt, U. & Aslaksen, P. (2019, 10. oktober). Psykiske lidelser. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 15. januar 2020 fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser

Newman, J., Paun, O. & Fogg, L. (2018). Effects of a Staff Training Intervention on Seclusion Rates on an Adult Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 56(6), 23-30. [doi:http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20180212-02](http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20180212-02)

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, B. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Psykisk Helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2018). *Psykiatriboken* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, J.H. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. Utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (8. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ververda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E. K. & Egrem, L. M. (2019). Pasienter med schizofreni på sykehus. DOI: [10.4220/sykepleiens.2013.0055](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0055)

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. 25(3), 188–200.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12453>

Aarre, T. F. (Red.). (2018). *Psykiatri for helsefag* (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Analysetabell

Artikkel	Kommunikasjon	Deeskalering	Kompetanse	Brukererfaringer
1	X	X	X	
2			X	
3		X		
4	X	X		
5	X	X	X	X
6	X			X
7	X	X	X	