

Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern.

Unn Elisabeth Hammervold

Juni 2009

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2009

FORFATTER: Umm Elisabeth Hamme rvold

VEILEDER: dr. polit. Kari Vevatne

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern

EMNEORD/STIKKORD:

restraint*, psychiatric*, staff*, userinvolvement*, trauma*
psykisk* tvangsmidler* brukervedvirkning*

SIDETALL:

STAVANGER ...29. juni, 2009.....
DATO/ÅR

(Dette skjemaet brukes som side 2 i masteroppgaven)

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på to års studier i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv.

Det har vært et spennende studium der jeg har fått ny kunnskap om mitt fagområde som er psykiatrisk sykepleie. Litteratur av Aristoteles, Gadamer, Foucault, Skjervheim og Martinsen har gitt meg nye perspektiv på egen praksis.

Den viktigste kunnskapen har imidlertid mine fem informanter gitt meg. Dette handler både om innholdet i deres fortellinger, men også om egen erkjennelse av hvor betydningsfull brukerkunnskapen er.

Jeg vil takke min veileder ved Universitetet i Stavanger, Kari Vevatne, både for hennes konstruktive veiledning, men også for hennes begeistring og optimisme undervegs i prosessen.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver; Rogaland A-senter, som har tilrettelagt for at jeg kan arbeide deltid siste året for å arbeide med studiet.

Den største takken vil jeg imidlertid rette til informantene som har tatt seg tid til å dele sine erfaringer med meg!

Til slutt vil jeg takk Svein Inge, mannen min, for hans tålmodighet og gode støtte under utdanningen.

Stavanger, 29.06.09

Unn Elisabeth Hammervold

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKSJON	s.	1
1.1	Egen faglig forforståelse	s.	2
1.2	Studiens hensikt og formål	s.	3
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	s.	3
1.4	Definisjoner	s.	4
1.5	Aktuell forskning som har relevans for min studie	s.	4
2.	TVANG I PSYKISK HELSEVERN	s.	7
2.1	Typer tvang	s.	7
2.2	Begrunnelse for mekaniske tvangsmidler	s.	7
2.3	Omfang av tvang	s.	8
2.4	Lovgrunnlag	s.	8
2.4.1	Lov om psykisk helsevern	s.	8
2.4.2	Pasientrettighetsloven	s.	9
2.4.3	Menneskerettigheter relevante for pasienter	s.	9
2.4.4	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	s.	10
2.4.5	Lover knyttet opp til arbeidsvilkår for ansatte	s.	10
2.5	Helsepolitiske føringer	s.	11
3.	TEORETISK FORANKRING	s.	12
3.1	Brukermedvirkning	s.	13
3.2	Teori om makt	s.	14
3.2.1	Michael Foucault	s.	14
3.2.2	Skjervheim	s.	17
3.4	Omsorgsteori	s.	19
4.	METODOLOGI OG METODE	s.	21
4.1	Valg av intervjupersoner og innsamling av data	s.	21
4.2	Det kvalitative forskningsintervju	s.	22
4.3	Hermeneutikk som vitenskapsteoretisk forankring	s.	23
4.4	Fra samtale til tekst	s.	23
4.4.1	Samtalen	s.	27
4.4.2	Analyseprosessen	s.	29
4.4.2.1	Transkribering av samtalen til skriftlig tekst	s.	29
4.4.2.2	Kategorisering	s.	29
4.4.2.3	Bearbeiding og tolkning av data	s.	30
4.5	Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet	s.	31
4.6	Forskningsetiske vurderinger	s.	32
4.6.1	Informert samtykke	s.	32

4.6.2	Anonymitet og konfidensialitet	s.	33
4.6.3	Konsekvenser for informantene	s.	33
5.	FUNN	s.	35
5.1	Før tvangsmiddelbruk	s.	35
5.2	Under tvangsmiddelbruk	s.	37
5.3	Etter tvangsmiddelbruk	s.	40
6.	ANALYSE	s.	42
6.1	Makt	s.	43
6.1.1	Tingliggjøring eller objektivisering	s.	43
6.1.2	Oppdragelse	s.	46
6.2	Nakenhet	s.	48
6.2.1	Avmakt	s.	48
6.2.2	Ensomhet	s.	49
6.2.3	Redsel og retraumatisering	s.	53
6.3	Lengsel etter anerkjennelse	s.	55
7.	DISKUSJON		
7.1	Avhandlingens funn	s.	56
7.2	Avhandlingens metode	s.	60
7.2.1	Diskusjon av metode og vitenskapelig forankring	s.	60
7.2.2	Diskusjon om generaliserbarhet, reliabilitet og validitet	s.	60
7.2.2.1	Generaliserbarhet	s.	60
7.2.2.2	Reliabilitet	s.	61
7.2.2.3	Validitet	s.	61
7.3	Konsekvenser for praksis og forskning	s.	62
7.3.1	Konsekvenser for praksis	s.	62
7.3.2	Konsekvenser for forskning	s.	62
8.	Referanser	s.	63

Vedlegg:

1. Forespørsel til Mental Helse
2. Intervjuguide
3. Samtykke erklæring
4. Godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig Forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)
5. Godkjenning fra samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Sammendrag

Sintef Helse 2007 rapporterer en kraftig økning i bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler i Norge. Dette skjer på tross av sterke statlige føringer om økt brukermedvirkning og pålegg om å forsøke alle tilgjengelige frivillige løsninger før tvang anvendes. Mange pasienter og brukere av psykisk helsevern beskriver dette som belastende og krenkende.

Jeg har gjennomført en kvalitativ studie med intervju av 5 brukere som har erfaringer med tvang i form av mekaniske tvangsmidler eller medisiner som tvangsmiddel i løpet av de siste 10 årene.

Hensikten med studien er å styrke brukerstemmen ved å løfte fram brukernes erfaringskunnskap.

Jeg har drøftet funnene i studien i lys av tidligere forskning, Foucault sin teori om kunnskap og makt, tekster av Skjervheim og omsorgsteori ved Martinsen.

Mine funn er at brukernes opplevelser er preget av systemets bruk av makt og pasientens nakenhet der følelser som avmakt, ensomhet, redsel, og retraumatisering ble beskrevet.

Informantene erfarte at de i liten grad hadde medvirkning før eller under tvangsmiddelbruk.

De beskrev både et behov for, og et ønske om å bidra med sine erfaringer etter bruk av tvangsmidler. Dette handlet både om å få bearbeide hendelsen for sin egen del, men også om å bidra med sine erfaringer for å øke kunnskapen hos personalet.

Studien vil kunne bidra til økt kunnskap om brukeropplevelser knyttet til anvendelse av tvangsmidler. Slik kunnskap kan igjen bidra til holdningsendringer og økt evne og vilje hos helsepersonell til å finne alternative løsninger til tvang.

”Hvorledes kunne hun også hvert øyeblikk glemme, at hun skulle være sinnssyk, og gi seg til å tale og spørre som et annet menneske? Tårene dryppet i Elses te, mens hun drakk den, og falt på de skårne smørrebrød, som hadde en tykkelse, som var de bestemt til sultne skolegutter.”

Amalie Skram , På St. Jørgen. 1895

1. Introduksjon

Sintef Helse 2008 rapporterer en kraftig økning i bruk av mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og vedtak om skjerming over 48 timer i perioden 2001 til 2008.

Dette skjer til tross for sterke statlige føringer om økt brukermedvirkning og pålegg om å forsøke alle tilgjengelige frivillige løsninger før tvang anvendes. Både Stortingsmelding nr.25, Åpenhet og helhet (1997) og St. prp. Nr. 63, Opptrappingsplanen for psykisk helse (1997 - 1998) vektlegger brukermedvirkning og mest mulig frivillighet i behandlingen.

De senere årene har både brukere og brukerorganisasjoner som Mental Helse, We shall overcome og Landsforeningen for pårørende i psykiatri, LPP, stilt kritiske spørsmål til dagens praksis når det gjelder omfang av tvang. De har etter hvert fått støtte fra jurister som også knytter menneskerettigheter opp til denne problematikken. Organisasjonenes mange henvendelser til myndighetene, samt økt fokus på tvang generelt, har bidratt til en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I tiltaksplanen er både økt brukermedvirkning og tiltak for å øke kunnskapsgrunnlaget tiltak for å redusere tvang. Denne planen har ikke medført reduksjon av tvang så langt.

Det er store variasjoner når det gjelder å anvende tvang, og det kan synes som om ulik forståelse av lovverket og kulturer ved institusjonene er mer avgjørende for om man blir utsatt for tvang enn sykdommens art og alvorlighetsgrad (Helsetilsynet, 2006).

Sintef Helse (2008a) sier at data tyder på at enkelte institusjoner gjennomgående bruker tvangsmidler og skjerming mer enn andre.

Jeg har ikke funnet studier som viser at bruk av tvangsmidler er helsefremmende for pasienten, tvert imot viser blant annet Fisher (1994) sin studie at tvang som virkemiddel kan ha alvorlige negative konsekvenser for pasientene både fysisk og psykisk.

Brukernes erfaringskunnskap er tradisjonelt lite vektlagt innenfor kunnskapsfeltet psykisk helse som i stor grad har vært dominert av medisinsk kunnskap.

Skorpen, Anderssen, Bjelland og Øye (2008) konkluderer i sin litteraturgjennomgang om brukerperspektiv i norsk forskning med at de fant ”overraskende lite psykiatrisk forskning i Norge som involverte innlagte pasienters erfaringer i psykiatriske sykehus”. De sier videre at

det i Norge er publisert lite forskning på om hvordan pasientene selv opplever tvangsbruk og hvordan de vurderer situasjonene som førte til at personalet valgte å benytte tvangsmidler. Jeg velger i studien å løfte fram brukernes stemmer, da jeg mener at deres beskrivelse og deres språk vil kunne bidra til at andre dimensjoner løftes fram enn det fagfolk sine beskrivelser og vurderinger vil kunne gjøre.

1.1 Egen faglig forforståelse

Min interesse for bruken av tvang i psykisk helsevern ble gradvis vekket gjennom arbeid som sykepleier i psykiatrisk avdeling gjennom 15 år. Ved etablering av en ny sengepost ved et av de gamle asylene i 1992, skjønnte jeg fort at det var sterke føringer knyttet til hvordan situasjoner med urolige eller sinte pasienter skulle løses. Vi erfarte utålmodighet og kritikk fra gamle etablerte poster der de mente at vi tok oss for lang tid og at det ble for mye ”pjatt” før personalet hos oss intervenerte med tvangsmidler. Jeg knyttet den gang min motstand og uvilje mot tvang opp til personlige egenskaper hos meg sjøl som vegring mot upopulære avgjørelser og konflikter. Som leder hadde jeg også et ansvar for at personalet hadde et trygt arbeidsmiljø. Jeg opplevde at personalet ble spyttet på og slått, og i perioder kunne det være stor grad av uro og konflikter knyttet opp til enkeltpasienter som vi erfarte kunne utagere. Dette medførte vanskelige avveininger der både hensyn til pasienten, medpasienter og de ansatte skulle ivaretas.

Vi hadde etablert rutine med debriefing av ansatte som hadde vært i situasjoner der de hadde opplevd trusler og/eller vold. Vi hadde imidlertid ikke systematisk gjennomgang av episoder med bruk av tvangsmidler i etterkant med involvert pasient og personalet for å se på hva som førte til bruk av tvangsmidler, om det var forsøk på frivillige tiltak i forkant og hvordan pasienten hadde opplevd situasjonen.

Vi registrerte også at medpasienter ble engstelige og urolige etter at de hadde vært vitner til tvangsepisoder, men vi tok sjelden initiativ til samtaler med medpasientene i etterkant.

Gjennom mitt arbeid i NSF’s Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere har jeg etter hvert både hørt innlegg av brukere som har opplevd tvang, samt snakket med flere av disse.

En setning har gått igjen hos mange brukere som har opplevd tvang: ”Det var måten de gjorde det på.”

Dette har medført en nyskjerrighet knyttet til

- Hva ligger i utsagnet ”måten de gjorde det på”?

- Hvilke alternativ finnes til ”måten de gjorde det på”?

Disse brukererfaringene, sammen med økt kunnskap, har bidratt til at jeg har utviklet et kritisk blikk på egen praksis, som jeg hører fremdeles er dagens praksis svært mange steder.

1.2 Studiens hensikt og formål

Hensikten med min undersøkelse er å styrke brukerstemmen i kunnskapsgrunnlaget knyttet til tvang i psykisk helsevern. Jeg etterspør brukernes opplevelse tvang i psykisk helsevern, med fokus på både det som skjedde før tvangstiltaket, hva som skjedde undervegs og hva som skjedde etterpå.

Min studie vil kunne bidra til økt kunnskap om brukeropplevelser knyttet til tvang og både peke på områder der det er behov for ytterligere forskning, samt forbedringsområder i psykiatriske sengeposter. Slik kunnskap kan igjen bidra til holdningsendringer og økt evne og vilje hos helsepersonell til å finne alternative løsninger til tvang.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgaven har følgende hovedproblemstilling:

”Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang innen psykisk helsevern.”

For å få svar på hovedproblemstillingen, har jeg følgende forskningsspørsmål som skal bidra til mer kunnskap og innsikt i brukernes erfaringer:

- Hvordan opplever mennesker med psykiske lidelser anvendelse av tvangsmidler i psykisk helsevern?
- Opplever brukerne at de hadde muligheter til å påvirke situasjonen som førte til bruk av tvangsmidler?
- Opplever brukeren at alle andre lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige før tvang ble iverksatt?
- Mener brukeren at situasjonen kunne vært håndtert på en annen måte – og i så fall hvordan?

1.4 Definisjoner

Mennesker med psykiske lidelser omtales både pasienter og brukere. Brukerorganisasjonene har arbeidet for å nyansere begrepene, da det historiske begrepet psykiatrisk pasient medfører at mennesker med psykiske lidelser identifiseres med pasientrollen uavhengig av om de er innlagt eller om de bor hjemme..

Bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form, her en person som nyttiggjør seg tjenester innen det psykiske helsefeltet.

Jeg bruker dette begrepet bruker når det er mennesker som ikke er innlagt ved institusjon og begrepet pasient om et menneske innlagt i institusjon.

1.5 Aktuell forskning som har relevans for min studie

For å finne tidligere forskning på brukeropplevelser knyttet til tvangsmidler i psykisk helsevern, starta jeg med å oppsøke hjemmesidene til Sintef Helse. De har etter oppdrag fra Helsedepartementet hatt fokus på omfang av tvang og kvalitetsutvikling av alternativ til tvang gjennom hele opptrappingsplanperioden (1999 – 2008).

I rapportene ” Brukerorienterte alternativer til tvang ” (2007) og ”Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (2008b) har de fortatt en litteraturgjennomgang av norsk og utenlandsk litteratur knyttet opp til bruk av tvang i psykiatriske institusjoner.

Skorpen et al. (2008) et al fant gjennom sin litteraturgjennomgang også ”overraskende mangel på forskning i Norge der innlagte psykiatriske pasienters stemmer og erfaringer løftes fram” .

De overnevnte rapportene dannet et bakteppe for videre elektronisk søking, samt at jeg har ”nøstet”, søkt etter artikler jeg mente kunne være av særlig interesse ut fra diverse annen litteratur.

I videre søkning har jeg benyttet universitetets søkemotorer som Bibsys Mime, Academic Search Elite (EBSCO), Medline, Cinahl etc.

Søkeord har vært restraint*, psychiatric*, staff*, userinvolvement* i ulike kombinasjoner.

Etter de to første intervjuene ble jeg interessert i om mennesker med traumer opplever tvangsmidler på andre måter enn de som ikke har dette. Jeg inkluderte da trauma* som søkeord.

På norsk søkte jeg etter psykisk* tvangsmidler* brukervedvirkning* i ulike kombinasjoner.

Jeg har vektlagt forskning etter år 2000. Jeg har også valgt forskning som både sier noe om både pasientenes og personalets opplevelser.

I rapporten Brukerorienterte alternativ til tvang i sykehus slås det fast at ”et viktig aspekt ved pasientenes opplevelse av tvang er at disse inngår i en bredere behandlingssammenheng og at deres opplevelser omhandler ofte den uformelle kontrollutøvelsen” (Sintef Helse, 2007, s. 41). Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman (2002) fant at tvang medfører store konsekvenser for de involverte, både pasienter og ansatte. Pasientene opplevde seg lite forstått og opplevde tilleggsbelastninger som skam, redsel og smerte. De opplevde seg også ignorert etter episodene. Den mest alvorlige konsekvensen av tvangsbruk var imidlertid pasientenes gjenopplevelse av tidligere traumer. En pasient som fikk anledning til å snakke om det som hadde skjedd i etterkant, beskrev økt innsikt i forhold til det som hadde skjedd.

Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta-Maierle & Bennett (2003) fant at mange pasienter med tidligere traumer som opplevde isolering og tvang under innleggelsen opplevde seg ydmyket, ulykkelige og redde. For flere hadde tvangsbruken vekket til live tidligere traumer. Denne studien viser betydningen av kunnskap hos personalet om nødvendigheten av å være sensitive i forhold til hvordan tvang kan oppleves og dermed øke faren for nye traumer.

Grubaugh et al (2007) fant at 45 % av pasientene ikke ønsket seg tilbake til en institusjon på grunn av opplevd tvang, enten på grunn av egen erfaring eller at de hadde vært vitner til at medpasienter har vært utsatt for tvang. Undersøkelsen viser ellers at bare om lag 20 % av informantene hadde opplevd at personalet hadde snakket med dem om skremmende eller traumatiske opplevelser, men 80 % trodde at personalet ville respondere positivt på en slik henvendelse.

Det foreligger flere studier som beskriver personalets holdninger og følelser knyttet opp til tvangsmidler. (Bigwood & Crowe, 2008) (Bonner et al., 2002).

Felles for studiene er at personalet ser uheldige eller mulig uheldige sider ved anvendelse av tvang. De beskriver krenkelser og reatrumatisering av pasientene, fare for den terapeutiske allianse, samt bekymringer for pasienters og personalets sikkerhet, mangel på opplæring, trening og debrifing, samt noe bekymring for annet personells holdninger.

Grubaugh, Frueh, Zinzow og Cusack (2007) påpeker at tidligere forskning omhandler fortrinnsvis trening av personell samt lovmessige tema, framfor psykologiske konsekvenser for pasientene av disse erfaringene og deres oppfattelser.

Avslutningsvis velger jeg å vise til en svensk og to norske undersøkelser:

Olofsson og Nordberg (2001) intervjuet pasient, sykepleier og lege etter å ha deltatt i samme tvangsintervensjon. Sykepleierne fortalte at de opplevde en spenning knyttet til at de ønsket å utføre disse handlingene på en mest mulig skånsom og human måte, samtidig som de opplevde tvangen som ikke bra. Både leger og sykepleiere mente at kjennskap og en god relasjon til pasienten gjorde det lettere å velge mindre inngripende tiltak, samt at når tvangstiltak måtte iverksettes, medførte det at det ble utført på en mindre krenkende måte. Både denne studien m.fl. konkluderer med at det er viktig å styrke den etiske refleksjonen rundt tvangsbruken hos personalet.

Testad (2004) intervjuet pasient og sykepleier som felles erfaring med tvang. Hennes hovedfunn var at pasient og personal hadde mange like opplevelser i belteleggingssituasjonen, noe hun beskrev som et felles avmaksrom. Også mangel på oversikt og kontroll og angst preget begge parter i situasjonen.

Wynn (2003) viser til at personalet i hovedsak mente at bruk av tvangsmidler var berettiget. Imidlertid mente majoriteten av de ansatte at tvangsintervensjoner kunne gjøre vold mot pasientens integritet, skade alliansen mellom pasient og personal og skremme medpasienter. Flertallet mente ikke at pasienten kunne bli mer aggressiv eller engstelig i forbindelse med tvangsmiddelbruk.

Personalet var opptatt av å gi tettere oppfølging i avdelingen og bruke fortrinnsvis erfarne fagfolk i arbeidet med å forebygge tvang.

2. Tvang i psykisk helsevern

2.1 Typer tvang

Tvang i psykisk helsevern i Norge kan deles inn i tre hovedkategorier:

- Tvungent psykisk helsevern
- Tvangsbehandling
- Tvangsmiddelbruk

Jeg har i mitt prosjekt valgt å ha fokus på tvangsmiddelbruk, som reguleres i Psykisk Helsevernloven. Loven definerer følgende former for tvangsmiddelbruk:

- Mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer)
- Kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede, definert som isolering
- Korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig holding ble innført ved revidering av loven i 2006

(Psykisk helsevernloven, 1999)

Isolering som tvangstiltak er dramatisk redusert med en nedgang på nær 80 % når det gjelder antall ganger og antall timer gjennom opptrappingsperioden. Isolering benyttes bare i forhold til et fåtall pasienter, 68 pasienter i 2007.

Skjerming er også regulert i Psykisk helsevernloven, men defineres ikke som tvangsmiddel selv om det også her kan være element av tvang.

Årsakene til å iversette skjerming eller isolering vil kunne være noe annerledes enn mekaniske tvangsmidler, holding eller korttidsvirkende legemidler.

Jeg har derfor valgt i min studie å etterspørre brukernes erfaringer knyttet til mekaniske tvangsmidler, holding og korttidsvirkende legemidler.

2.2 Begrunnelse for bruk av mekaniske tvangsmidler

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. (Psykisk helsevernloven § 4 – 8)

2.3 Omfang av tvang

En av målsettingene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997 - 1998) var å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern.

Sintef Helse (2008a) har etter oppdrag fra Norges forskningsråd fulgt utviklingen av tvang i Norge i perioden fra 2001 – 2007. I denne perioden har det skjedd en økning i bruken av tvangsmidler, men bruken av mekaniske tvangsmidler er lavere i 2007 enn i 2005, målt både i antall pasienter, antall vedtak og varighet. Allikevel ble pasienter beltelagt over til sammen 4000 ganger i løpet av 2007. Det er prosentvis flere menn enn kvinner som beltelegges, men de samme kvinnene beltelegges flere ganger.

Når det gjelder korttidsvirkende legemidler har det skjedd en økning på 24 % i forhold til antall pasienter i perioden, men en reduksjon på om lag 15 % gjennom opptrappingsperioden når det gjelder antall ganger. 717 pasienter fikk korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel i 2007, fordelt på 1741 ganger. Det var noe flere kvinner (55 %) enn menn (45 %) som fikk dette tvangsmiddelet målt i antall pasienter,

Når det gjelder holding som tvangstiltak er dette nytt som vedtakspiktig fra 1. januar 2007. Det ble fattet nær 1000 vedtak om holding i løpet av 1997, nær 80 % av disse vedtakene var knyttet til kvinner.

Rapporten slår fast at det er betydelige forskjeller mellom sykehusene når det gjelder omfanget av tvangsmidler. Da det er korrelasjon mellom institusjonenes rate for tvangsmiddelbruk på tvers av de enkelte observasjonsårene, kan det tyde på at noen institusjoner bruker tvangsmidler i større omfang enn andre.

2.4 Lovgrunnlag knyttet til anvendelse av mekaniske tvangsmidler:

2.4.1 Lov om psykisk helsevern

Under pkt. 2.1 viser jeg til Lov om psykisk helsevern § 4.2 som definerer de ulike former for tvangsmiddelbruk og under begrunnelse for anvendelse av tvangsmidler. Lov om psykisk helsevern sier videre at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og

den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivarettatt.

2.4.2 Pasientrettighetsloven § 3-1. Pasientens rett til medvirkning

En pasient har rett til å være aktivt deltakende og medvirke når vedkommende får helsehjelp. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. I det ligger det et element av egeninnsats fra pasientens side for å virkeliggjøre medvirkningen. Ut over det helt nødvendige for å få gjennomført for eksempel undersøkelsen, er det imidlertid opp til pasienten i hvor stor grad han/hun ønsker å medvirke ytterligere.

Pasienten har rett til å medvirke når det skal tas valg om hva som skal gjøres og på hvilken måte. Retten til medvirkning gjelder alle former for helsehjelp; både forebygging, undersøkelse, diagnostisering, pleie, behandling og rehabilitering. Graden av medvirkning vil variere etter hva som er praktisk mulig og etter hvor komplisert helsehjelp som ytes. Desto større faglig kompetanse som kreves, desto mindre vil pasientens reelle medvirkningsmuligheter være. Hvordan pasienten medvirker, må tilpasses den enkelte pasients individuelle forutsetninger. Rett til medvirkning diskuteres ytterligere i kapittelet om brukermedvirkning under pkt. 3.

2.4.3 Menneskerettigheter (FN, 1948)

Menneskerettigheter som er relevante vedrørende bruk av tvangsmidler:

- **FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter, 948, artikkel 5** samsvarer med Europarådets **menneskerettighetskonvensjon, EMK, Artikkel 3**; ”Ingen skal utsettes for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.” Denne bestemmelsen er relevant å benytte seg av når man skal vurdere alle former for frihetsberøvelse og bruk av tvang overfor mennesker. Mange psykiatriske pasienter opplever både tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler som nedverdiggende, krenkende og med element av straff”.
- **EMK Artikkel 5**; ”Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet.” I artikkel 5.1.e gis det imidlertid en åpning for frihetsberøvelse bl.a. for sinnslidende. Strasbourgdomstolen har en rekke ganger presisert at retten til personlig frihet vurderes høyt og at reglene derfor må tolkes tilsvarende strengt. Det betyr at nasjonale myndigheter må kunne vise til svært gode grunner for at mennesker blir fratatt sin frihet eller på annen måte utsettes for tvang og makt.

2.4.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

I *Sykepleiens grunnlag* slås det fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Videre slås det fast at sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke. (Norsk Sykepleierforbund, 2007)

2.4.5 Lover knyttet opp til arbeidsvilkår for ansatte:

- **Menneskerettighetene: Artikkel 23.**

”Enhver har rett til arbeid, til fritt valg av yrke, til rettfærdige og gode arbeidsforhold og til beskyttelse mot arbeidsløshet.”

- **Menneskerettighetene: Artikkel 3.**

Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet. (FN, 1948)

- **Arbeidsmiljøloven (2005)**

§ 4-1. *Generelle krav til arbeidsmiljøet*

(1) Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. (2) Ved planlegging og utforming av arbeidet skal det legges vekt på å forebygge skader og sykdommer

§ 4-3. *Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet*

(1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.
(3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.
(4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

2.5 Helsepolitiske føringer

Stortingsmelding nr. 25 (1997) ”Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” tok sikte på å gi grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmeldingen pekte på behovet for en generell kompetanseheving og kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern og at pasienter må beskyttes mot tilfeldig og utilstrekkelig underbygd behandling. Opptappingsplanen var imidlertid svak på å problematisere kunnskapssyn, noe som medfører at det tradisjonelle biomedisinske kunnskapssynet fikk ligge som premiss for tiltakene (Ørstavik, 2008)

Stortingsmeldingen vektlegger mest mulig frivillighet i behandlingen, men sier lite spesifikt om bruk av tvang. Evaluering av opptappingsplanen slår imidlertid fast at det er behov for forbedret statistikk for å identifisere områder der det er grunnlag for å redusere tvangsbruken. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern ble utgitt i 2006 (Sosial- og helsedirektoratet). Bakgrunnen for tiltaksplanen var en kombinasjon av tilgjengelig statistikk, samt henvendelser til myndighetene fra Mental Helse Norge og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP).

Tiltakene i planen har 4 hovedmåsettinger:

- Økt frivillighet
- Kvalitetssikret bruk av tvang
- Økt kunnskap
- Bedre dokumentasjon av tvangsbruk

Et av tiltakene knyttet til økt kunnskap er å stimulere til forskning omkring:

- Den kliniske effekten av bruk av tvang, tvangsmidler og skjerming, og tiltak for å redusere skadelige virkninger.
- Pasientenes opplevelse av tvang generelt og de ulike tvangsmidlene.

Forebygging av tvang og bruk av tvangsmidler er i liten grad omtalt i lærebøker.

Erfaringsoverføring og opplæring skjer i stor grad i praksis etter mester – svenn modell.

3. Teoretisk forankring

Da jeg opprinnelig planla prosjektet, valgte jeg litteratur av Foucault som teoretisk forankring. Dette var på bakgrunn av min førforståelse der makt sto sentralt. Dette er også begrep som knyttes opp til brukermedvirkning, først og fremst av kritikere av dagens praksis som hevder det er mangel på reell brukermedvirkning. (Ekeland & Heggen, 2007) (Ørstavik, 2008)

Allerede i første intervju så jeg imidlertid behov for å utvide teorigrunnlaget mitt der informantene vektla relasjon og samhandling i møte mellom seg og den profesjonelle.

Anne fortalte:

”En gang blei eg kalt en ting. Me må få vekk, eller: Me kan ikkje gå å bera på den tingen her.

Gå og finn er rullestol. Og det huske eg.

U: Så du hørte det at noen kalte deg for ein ting?

Ja, og så blei eg så sint. Eg skreik at ”eg er ikkje ein ting, Eg e et menneske” Då ble det bare enda verre.”

Hun beskrev også at det sto i pleieplanen hennes at hun kunne dunke hodet 12 ganger før personalet intervenerte med tvangsmidler. Hun beskrev noen av personalets håndtering på en slik måte som ga meg tanker om at personalet hadde en instrumentell tilnærming til henne i slike situasjoner. Det ble da nærliggende å tenke på Hans Skjervheim som blant annet belyser temaene subjekt - objekt – forhold og instrumentalisme. Jeg valgte da å inkludere han i teorigrunnlaget mitt.

Flere av informantene beskrev også en lengsel etter omsorg, både i form av hjelp til å ivareta fysiske behov, men også lengsel etter anerkjennelse og kontakt når de hadde det vanskelig.

Cesilie uttrykte kontakten til personalet slik:

”Det er sånn som jeg kan bli veldig lei meg for, åhhh – da tenker jeg; Hvorfor kunne de ikke bare vært der for folk på sånne enklere måter?”

På denne bakgrunn valgte jeg å inkludere omsorgsteori representert ved Kari Martinsen. Hun ble valgt fordi hennes tenkning representerer en motpol til den modelltenkning og tendens til instrumentalisme som en del av den øvrige sykepleieteorien representerer.

3.1 Brukermedvirkning

Både Stortingsmelding nr. 25 (1997) ”Åpenhet og helhet” og Pasientrettighetsloven slår fast at brukere av tjenester har rett til informasjon, innflytelse og medvirkning i tjenestene som de mottar.

Kjellevold (i Willumsen, 2005) viser til grunnleggende verdier som menneskerettighetenes overordnede prinsipp som innebærer sentrale verdier som likeverd og respekt for personlig integritet og selvbestemmelse ligger bak verdiene om økt brukerorientering

Begrepet empowerment som vanligvis oversettes til myndiggjøring dekker om lag de samme aspektene som brukerstyring, brukermedvirkning og brukerperspektiv.

Empowerment er ”inspirert av borgerrettsbevegelsen i USA, feministiske teorier og radikale miljøgrupperinger som har oppstått hos grupper som står i sterk kontrast til den etablerte tenkningen om behandling og rehabilitering” (Almvik og Borge 2000). Bevegelsen oppsto som en kritikk mot det medisinske paradigmet eller den naturvitenskapelige tenkningen. Denne bevegelsen har vært kritisk til organiseringen av helse – og sosialtjenestene og ikke minst den rollen som profesjonelle har hatt. Vik (i Ekeland & Heggen, 2007) hevder at ideologien bak de ulike begrepene har sitt grunnlag i ulike tradisjoner. Mens empowerment er mest inspirert av Paolo Freires ideer, er ideologien bak brukerperspektivet først og fremst inspirert av det som kalles New Public Management. Innen denne politisk konservative tenkningen er tanken at pasient eller bruker skal ha rollen som kunde, en aktiv aktør som velger det som er det beste tjenestetilbudet for han.

Humerfelt (i Willumsen, 2005) hevder at brukerperspektiv og brukermedvirkning brukes om hverandre og defineres ulikt. Dette har sammenheng med ulike kontekster der brukernes mulighet for medvirkning vil være ulike, blant annet på grunn av ulikt funksjonsnivå og der hjelpernes roller dermed vil være ulike.

Brukermedvirkning på individnivå kan defineres som at brukeren er med på å utforme og gjennomføre eget tilbud. (Rådet for psykisk helse, 2004)

Myndighetenes overordnede mål for brukermedvirkning er:

- Brukerne og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og systemnivå.

- Brukernes erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/behandlingsveiledere.

Ørstavik (i Norvoll, 2002) mener at brukerperspektivet mer kan tolkes som en ideologi enn som et program eller oppskrift på en ny praksis. Hun viser til at det kan være flere argumenter for å forfekte et brukerperspektiv, medmenneskelige motiv, demokratiske motiv, økonomiske motiv, terapeutiske motiv og profesjonsmotiv. Når det gjelder sistnevnte motiv kan de være svært ulike. Et politisk korrekt motiv kan være at hjelperen i ydmykhet ser at han kommer til kort i forhold til pasientens erfaringskunnskap. Et mindre politisk korrekt perspektiv kan være at hjelpeapparatet er lei ansvaret for ”vanskelige grupper” og skyver ansvaret over på brukeren.

Ørstavik hevder at brukermedvirkningen i dag ikke er reell. *”Systemforandringen som er en forutsetning for reell brukermedvirkning, har ikke skjedd”* (Rådet for psykisk helse, 2004). Hun knytter dette opp til at fagfolkene er redde for at grunnlaget for deres profesjonalitet, nemlig den særegne kunnskapen, skal rives vekk. Hun hevder at det er behov for en ny hjelperrolle; *”Fagfolk må tørre å gi slipp på sin gamle maktposisjon og innrømme at individets erfaringskunnskap er like verdifull som ekspertkunnskap”* (Rådet for psykisk helse, 2004). Dette perspektivet innebærer at fra å være den som styrer prosessen, blir den profesjonelle sin rolle å være medvandrer. Dette betyr at vi som hjelpere må akseptere at brukene gjør valg vi mener ikke er til det beste for dem. Det er også nødvendig at det i miljøene settes navn på begrepene makt og avmakt. Vi som er profesjonelle må for det første erkjenne at vi har makt, dernest akseptere og tåle å gi fra oss makt og dermed oftere stå i situasjoner der vi kjenner på avmakt.

3.2 Teori om makt

For å belyse brukernes erfaringer knyttet opp til makt, velger jeg i denne sammenheng å lese Michael Foucault og Hans Skjervheim.

3.2.1 Michel Foucault

Min lesning av Foucault har sammenheng med at andre forfattere som Norvoll, Ekeland og Martinsen viser mye til Foucault når de skriver om psykisk helsevern. Dette gjorde meg nysgjerrig og det ble naturlig å starte med Galskapens historie (2000).

Foucault (Foucault & Sandmo, 2000) har problematisert forholdet mellom kunnskap og makt. En gjennomgående tanke hos Foucault er at den sosiale kontrollen med mennesker med avvik har endret karakter fra å være åpen, fysisk og brutal til å være mer skjult og subtil. Denne utviklingen har bidratt til at den moderne psykiatri og det psykiske helsevesenet har fått en vesentlig funksjon når det gjelder sosial kontroll av mennesker som framtrer irrasjonelle (Norvoll, 2002). Foucault mener at denne makten bare kan studeres gjennom hvordan den gir seg til uttrykk i praksis. Studier av motstand og opprør fra brukere eller pasienter gir kunnskap om hvilke typer makt hjelpeapparatet utøver.

Michel Foucault (1926 – 1984) var filosof, historiker og samfunnskritiker. Han foretok sjøl å kalle sin vitenskaplige produksjon fra arkeologi. Begrunnelsen for dette er at han går i dybden for å undersøke fenomener, enten det er historiske fenomener eller fenomener i vår egen tid. Foucault skapte begrepet ”den store innesperringen” i sin doktorgradsavhandling fra 1961; ”Galskapens historie” (Foucault & Sandmo, 2000). Her beskriver han hvordan samfunnets holdninger og handlinger knyttet opp til galskap, eller myten om galskap endrer seg gjennom 3 – 400 år.

Han begynner med å beskrive den store innesperringen på midten av 1600-tallet. Da ble store menneskegrupper internert i bygninger som tidligere hadde vært hospital for spedalske, nemlig Allmennhospitalet. Disse menneskene kunne være alt fra tiggere, arbeidsløse, kriminelle, psykisk syke eller andre mennesker som samtiden definerte som ufornuftige. ”Allmennhospitalet var ikke noen medisinsk institusjon. Det var snarere et halvjuridisk system, et slags administrativt vesen som tar avgjørelser, som dømmer og straffer ved siden av de allerede konstituerte myndigheter og i tillegg til rettsinstitusjonene” (Foucault & Sandmo, 2000, s. 49).

Utviklingen av allmennhospitalene både i Frankrike og England sees i sammenheng med tidens økonomiske tilbakegang. Både det å rydde gatene for de fattige, samt sette dem i arbeid i Allmennhospitalet som billig arbeidskraft ble svar på tidens bekymring for alle de fattige, samt botemiddel mot den moralske fordømmelsen som de ”ufornuftige” ble utsatt for.

Foucault ser medisinenes historie institusjonskritisk. ”Med det menes at den medisinske praksis, dens begreper, metoder og forståelsesramme i industrisamfunnet legges og formes gjennom institusjonenes utvikling. Disse er igjen avhengig av de økonomiske forhold” (Martinsen, 2003, s. 153).

Etter hvert reagerte mange på at de gale og kriminelle ble plassert i samme institusjoner og etter hvert skilte disse gruppene lag ved at allmennhospitalene ble reorganisert ved at de gale ble

innesperret i egne institusjoner, asylene. Imidlertid ble metoder som straff og belønning videreført i de ulike institusjonene. Foucault beskriver i "Overvåking og straff" (1975) hvordan også institusjonenes arkitektur ble utformet for å sikre overvåking, noe som for øvrig en av mine informanter kommenterte i forhold til vinduet i døra mellom pasientrom og korridor. Parallelt med samfunnsutviklingen for øvrig, skjedde det en utvikling i forståelsen av det man kalte galskap og håndtering av denne.

Den fysiske tvangen og lenkene ble avskaffet i det 18. århundre. Samuel Tuke og Philippe Pinel var de som blir framholdt som foregangsmennene for dette. Foucault mener imidlertid at det som skjedde var at tvang i form av lenker ble erstattet av at det halvjuridiske systemet fra 1600 tallets store innesperring samt strenge moralske krav til de syke om å ta ansvar for sin galskap. Tuke innførte også "blikket" som et av asyllets viktigste trekk. De ansatte skulle observere de gale i tilsynelatende normale situasjoner for å vurdere deres framtrede og ikke minst hva de ufrivillig kunne røpe eller åpenbare.

"Den nærheten som ble opprettet i asylet, som ikke lenger skulle brytes av lenker og gitre, ga ingen adgang til gjensidighet: den var bare blikkets nærhet, blikket som overvåkte og spionerte."

"Vitenskapen om sinnssykdommen slik den kom til å utvikle seg i asylet, kom alltid bare til å bestå av observasjoner og klassifikasjoner" (Foucault & Sandmo, 2000, s. 266)

Oppdragelse av de innlagte med mål om å få dem normale var en av asylenes viktigste oppgaver. Tvang og kontroll var tiltak som skulle bidra til dette. Foucault formulerer det slik:

"Det normale får fotfeste som tvangsprinsipp når det innføres standardisert undervisning og lærerskoler. Den får fotfeste gjennom bestrebelsene på å organisere et nasjonalt helse – og sykehusvesen som kan knesette normer for helse. [...] I likhet med bevoktningen blir normaliseringen et av de store maktmidler mot slutten av den klassiske tidsalder" (Foucault, 1994, s. 166).

Medisinernes inntreden i institusjonene var heller et resultat av det man vurderte som behov for en moralsk autoritet heller enn behov for medisinsk kunnskap, hevder Foucault. *"Når den medisinske profesjon ble krevd, var det som juridisk og moralsk garanti, ikke i kraft av vitenskapen"* (Foucault & Sandmo, 2000, s. 287).

Pasientene aksepterte en rolle som innebar å legge seg i hendene på en lege som både var guddommelig og satanisk, samt en vitenskap som ble stadig mer positivistisk orientert.

Pasientrollen handlet i stadig større grad om fremmedgjøring både i forhold til sin historie og sitt opprinnelige miljø samt det å være passive og tause objekt i legens og asyllets hender. Foucault mener at vitenskapen med den normalitetsbegrep bidro til undertrykkelse av disse menneskene ved å gjøre dem til stemmeløse objekt.

Sykepleiernes inntreden i asylene skjedde på bakgrunn av at de stadig mer naturvitenskapelige legene hadde behov for assistenter om bidra til å observere og klassifisere (Martinsen, 2000).

Martinsen skriver at i tillegg til å være legens assistent, svarte sykepleierne med å bli en selvstendig motmakt til legene. De utviklet etter hvert erfaringskunnskap gjennom det relasjonelle arbeidet med pasientene gjennom det å være aktivt tilstede, dette fordret imidlertid andre rom enn det man hadde behov for når man skulle observere og klassifisere.

3.2.1 Hans Skjervheim

Hans Skjervheim (1926 – 1999) var en norsk filosof som var særlig opptatt av forholdet mellom naturvitenskapene og humanvitenskapene. Han var kritisk til den rådende positivistiske filosofien da han mente at det var en prinsipiell forskjell mellom naturfenomen og sosiale fenomen.

En grunntanke hos Skjervheim er at praktiske problem aldri fullt ut kan løses ved hjelp av teoretisk vitenskap som kan dekke praksisfeltet ved hjelp av tekniske eller instrumentelle løsninger.

Hans Skjervheim uttrykker i essayet "Det instrumentalistiske mistaket" (Skjervheim, 1976) en kritikk av det han kalte Objektivisering. "Mistaket" er å forveksle praktiske og pragmatiske handlinger. Pragmatiske handlinger er mål-middel handlinger der fysiske lover kan gi svar på hvilke handlinger vi skal velge. Praktiske handlinger er handlinger i forhold til andre mennesker, altså andre subjekt som har sin egen historie, egen bevissthet og egne opplevelser. Her er det etikk, og ikke de fysiske lover som bestemmer våre handlinger. Forståelse av den andre blir da det vesentlige.

Eksempel på å møte en pasient med en pragmatisk handling vil være en samtale der mitt motiv er å få fatt i informasjon om hans symptomer for å kunne kategorisere disse symptomene for i neste omgang å stille en diagnose. Dette kaller Skjervheim å objektivisere den andre. "*Dersom vi objektiviserer den andre, er det ikke så lett på same tid å ta han og det han seier alvorleg*" (Skjervheim, 1976, s. 74).

En praktisk handling vil derimot være å møte pasienten med det formål å ha en samtale der pasienten kan få beskrive sin historie, sin opplevelse av virkeligheten og sin mening om hva som vil være god hjelp i den aktuelle situasjon.

Skjervheim påpeker imidlertid at i praksis er det ikke mulig å skille helt mellom pragmatiske og praktiske handlinger. Den pragmatiske, instrumentelle fornuften har sin plass, men den har sine grenser som vi må være klar over. Innsikt er en forutsetning for å overvinne det instrumentalistiske mistaket.

Skjervheim sier at det å objektivisere den andre går en til angrep på den andre sin frihet. En skaffer seg herredømme over den andre ved å gjøre han til et faktum eller en ting i sin verden. Dermed vil man ikke se behovet for å ta vedkommendes meninger opp til ettertanke og eller diskusjon. En hevder da å forstå den andre bedre enn det han gjør selv. Dialogen vil ved objektivisering være toleddet, jeg og mitt saksforhold. Dersom jeg i dialogen møter den andre som subjekt, vil dialogen være tre-leddet, den andre, jeg og selve saken.

Det å holde fast på at den andre ikke er et objekt, men et subjekt, medfører konsekvenser som at *”åtfærd må studerast og beskrivast ved hjelp av termar som høyrer til den handlande si situasjonsorientering, hans definisjon av situasjonen, og ikkje (berre) gjennom termar som tilhøyrer sosialvitskapsmannen sin definisjon av situasjonen”*. [Fra Objektivismen og studiet av mennesket (Gilje & Grimen, 1993, s. 114)]

Skjervheim viser til Sokrates som gjennom å snakke med andre lot seg engasjere av deres problem. Hans interesse var de etiske problemene som han mente kunne løses ved hjelp av fornuften. Dersom en ikke lar seg engasjere, så stiller en seg sjøl utenfor og gjør seg sjøl til en fremmed, en deltaker. Vi kan ikke velge om vi vil la oss engasjere, mener Skjervheim, men vi kan velge hva vi vil engasjere oss i, eller la andre velge for oss. Andre kan være ”man”, ”skikk og bruk”, ”common sense”. Innenfor institusjonpsykiatrien kan ”andre” tenkes å være ”det som sitter i veggene” eller regler og rutiner.

Skjervheim mente ikke at man i alle situasjoner skulle være deltaker. Det viktigste er å erkjenne at begge posisjonene finnes for så å reflektere over hvilken rolle man inntar i ulike situasjoner.

Skjervheim mener at konsekvensen av ”det instrumentalistiske mistaket” er maktovergrep, der positivisme, marxisme og nyliberalistisk reformisme er varianter av dette ”mistaket.”

Jan Inge Sørbo (2007) hevdet at Skjervheims kritikk mot objektivismen blir stadig mer aktuell ettersom kravene om evidensbasert praksis blir sterkere. (Ekeland & Heggen, 2007)

Evidensbasert praksis omtales nærmere i kapittel 3.3.

3.3 Omsorgsteori

For å belyse omsorgsteori har jeg valgt å gå til den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen (1943 -)

Kari Martinsen stilte seg som ung sykepleier kritisk til de rådende teorier om sykepleie som i stor grad var inspirert av amerikansk sykepleie med fokus på begrepsdefinisjoner og tekniske ferdigheter. Hun begynte å studere filosofi og har senere markert seg som en sterk kritiker til positivismen. Hun er inspirert av bl.a. Heidegger, Skjervheim og den danske teologen/filosofen Løgstrup.

Begrepet omsorg er satt sammen av ”om” og ”sorg”. Det er beslektet med det tyske ordet ”sorgen” som kan oversettes både med ”å bekymre seg for” og ”omtenksomhet” (Martinsen, 2003)

I boka ”Øyet og kallet” (2000) viser Martinsen gjennom historien om den barmhjertige samaritan hva omsorg ikke kan være og hva omsorg kan være, nemlig det hun beskriver som omsorg mellom nære fremmede.

Martinsen oppsummerer de fundamentale kvalitetene ved omsorg i 3 punkter:

1. Omsorg er en sosial relasjon som har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Utgangspunktet for all omsorg er et kollektivt basert menneskesyn der vi alle er avhengige av hverandre. Avhengighet inngår i alle mellommenneskelige forhold, og avhengighet blir da ikke det motsatte av selvhjulpenhet slik det vil være ved å ta utgangspunkt i et individualistisk menneskesyn.
2. Omsorg har med forståelse å gjøre. Denne forståelsen utvikles gjennom å gjøre ting for eller sammen med andre. Egne erfaringer sammen med forståelse bidrar til at jeg kan forstå den andre ut måten som han forholder seg til sin situasjon.
3. Gjennom en holdning som anerkjenner den andre, vil han oppfatte min omsorg som ekte. En anerkjennende holdning forutsetter en gjensidighet som innebærer en oppfatning av hverandre som subjekt (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen hevder at det er tre sider ved omsorgsbegrepet som er viktige, det er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep (Martinsen, 2005). Hun argumenterer for at det er den moralske siden er overordnet og at moralen viser seg i måten arbeidet utføres på.

”Omsorg er å knytte bånd, å inngå i relasjoner” (Martinsen, 2005, s. 137). Tillit blir da det bærende elementet i omsorg, som igjen forutsetter engasjement og innlevelse. Min holdning vil kunne bidra til å gjøre den andres liv truende eller trygt.

I *Øyet og kallet* (2000) diskuterer Martinsen hva det er øyet tillater seg å se, og om dette øye er utforskende, mottakende og deltakende. Dette vil få konsekvenser for om sykepleieren lar seg berøre og i neste omgang møter den andre der han er. Hun henviser til Foucault som bruker begrepene ”det klassifiserende blikk” og ”det eksaminerende blikk”. Hun hevder at vi har behov for både ”den hurtige abstrakt-allmenne klassifiseringskunnskapen med sine se-teknikker” og den langsomme erfaringskunnskapen. Det blir imidlertid nødvendig å foreta en avveining i forhold til hvor stor plass disse klassifiseringene skal få. Faren er at mennesket blir redusert til en sykdom eller diagnose, noe som igjen får konsekvenser både for kommunikasjonen og handlingen.

Kari Martinsen viser til Rikke Nissen (1877) som legger vekt på at ”menneskets verdighet ikke bare avgjøres i forhold til medmennesker, men også i forhold til våre omgivelser, våre hus og hvordan vi omgås hverandre og tingene gjennom daglig bruk” (Martinsen, 2001, s. 174). Hun stiller spørsmål om hvordan pasientrommene i sykehuset kan være gode rom å være i slik at ”kroppen kan bebo rommet og finne tilbake til fellesmenneskelige grunnerfaringer den kjenner seg igjen i.” Det motsatte vil være rom som ”ikke bare er terapeutiske og på grensen til å bli skammelige i sin smertebringende, invaderende terapi”(ibid., s. 186-187).

Når det gjelder utvikling av kunnskap innen omsorgsteori mener Kari Martinsen at denne bare kan foregå i samarbeid med praksisfeltet (Martinsen, 2003). Denne forskningen må ikke være utvikling av modeller, men kvalitativ. Den må ikke være forklarende, men beskrivende og den må være meningsfortolkende. Denne forskningen vil være interessert i det særegne og spesielle og i ulikheter mellom fenomen, altså ikke det generelle og allmenne. Martinsen kaller det en ”misforståelse” at den naturvitenskapelige vitenskapen er den høyeste form for kunnskap. Det er helt urimelig å overføre naturvitenskapens krav til evidens til andre områder der den type krav ikke kan innfris. Vi må heller akseptere at ulike typer kunnskap er komplementære, det vil si at de er likeverdige og utfyller hverandre. Denne typen komplementaritet tas det imidlertid ikke hensyn til innenfor dagens evidensbaserte praksis. Martinsen viser i denne sammenheng til Skjervheims ”instrumentalistiske mistak” der praksis blir styrt av regler fra evidensbasert forskning.

Konsekvensene av en slik praksis er at ”subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir marginalisert” (Martinsen, 2005, s. 93).

4 Metodologi og metode

Jeg velger å samle metodologi og metode i et kapittel. Metodologi viser til metodens filosofiske og metodiske forankring. Metoden beskriver den konkrete framgangsmåten i studiens ulike faser.

Mitt forskningsprosjekt vil være forankret i en humanistisk tradisjon. Mitt syn på mennesket er at alle mennesker er like mye verdt og har en iboende verdighet som er ukrenkelig. Mennesket er fritt til å gjøre egne valg. Det finnes ingen absolutte sannheter og verdier. Derfor må jeg ha respekt for den andres valg så lenge han ikke krenker andre mennesker eller opptrer på en slik måte at han kan påføre seg sjøl alvorlig helseskade. Alle mennesker har en historie som er unik, og som på ulike måter vil prege de valgene som de gjør. I utgangspunktet søker mennesket fornuften og det gode.

Relasjonen mellom hjelper og den som tar imot denne hjelpen, står helt sentralt i psykiatrisk sykepleie. Hummelvoll (1997) hevder at den humanistiske tradisjonen innebærer en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

Psykiske lidelser må i henhold til denne tradisjonen sees i lys av menneskets historie og tidligere erfaringer. Psykiske symptomer kan da sees på som menneskets forsøk på å håndtere og mestre en vanskelig livssituasjon. Dette innebærer at personen og dens handlinger må sees i sammenheng med en kontekst.

For å få fatt i brukernes stemmer og deres beskrivelser av opplevelser knyttet til tvang, valgte jeg kvalitative forskningsintervju. Intervju og analyse og tolkning vil være inspirert av hermeneutisk filosofi som igjen forutsetter et humanistisk menneskesyn.

4.1 Valg av intervjupersoner og innsamling av data

For å få fatt i brukerstemmene har jeg valgt å snakke med mennesker med psykiske lidelser som har erfaring med tvangsmidler i psykisk helsevern.

Jeg henvendte meg til brukerorganisasjonen Mental Helse i Rogaland, der jeg kontaktet lederne av 3 lokallag. (vedlegg 1)

Noen informanter fikk jeg oppgitt direkte av disse, de andre informantene fikk jeg kontakt med gjennom seminar der Mental Helse var en av arrangørene. Jeg vurderte kontaktformidling gjennom en brukerorganisasjon som mindre potensielt belastende for

informanten enn å henvende meg til institusjonen hvor han/hun har eller har hatt et pasientforhold og der tvangserfaringene har funnet sted.

I søknaden til REK hadde jeg skrevet at jeg ønsket informanter som hadde opplevd tvang i løpet av de siste 3 årene. Jeg så snart at dette var en lite hensiktsmessig tidsramme. Det meldte seg etter hvert informanter som hadde et ønske om å bidra med sine erfaringer som lå lengre tilbake i tid, så jeg utvidet tidsrammen til 10 år. Dette er innmeldt til REK.

Jeg presiserte i både muntlige og skriftlige sammenhenger at jeg ønsket informanter av begge kjønn. Det meldte seg i alt 7 brukere, seks kvinner og en mann.

Inklusjonskriterier: Voksne mennesker (over 18 år) som har opplevde anvendelse av tvangsmidler i løpet av siste 10 år.

Eksklusjonskriterier: Brukere som er på et slikt funksjonsnivå at evne til realitetstesting og/eller refleksjon er betydelig nedsatt.

En av kvinnene som meldte seg hadde erfaringer som lå om lag 20 år tilbake i tid og en kvinne som meldte seg hadde erfaringer med ECT som tvang for førti år siden. Disse to ble ikke inkludert.

4.2 Det kvalitative forskningsintervju

Jeg har valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode. Det blir definert som *et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene. (Kvale, 1997)*

Jeg vurderer opplevelser knyttet til opplevd tvang som en så stor inngripen i et menneskes liv, at ulike reaksjoner og følelser naturlig vil være knyttet opp til disse erfaringene, og mitt mål med studien er å få fatt i *hvordan* tvang har vært opplevd hos informantene.

”I et kvalitativt forskningsinterview er det imidlertid netop den erfaringsmæssige fylde, man vil have fatt i, den konkrete måde, som verden er på for personene” (Fog, 2004, s. 57). Da jeg på grunn av både erfaringer og litteratur hadde grunn til å tenke at dette kunne være samtaler der vanskelige følelser var involvert, fant jeg det riktig å velge individuelle intervju og ikke fokusgruppeintervju.

(Kvale, 1997) skiller det kvalitative forskningsintervjuet fra andre samtaler ved å peke på at forskningsintervjuet involverer en bestemt metode og spørreteknikk. Han sier også at intervjueren hele veien må ha fokus på samspillet mellom forsker, informant og emnet som samtalen handler om, altså en samtale som Skjervheim beskriver som en tre-leddet dialog. Forskeren må også være bevisst på hva som er informantens budskap og hva som er egen fortolkning.

For å få fatt i denne erfaringsmessige fylde som Fog beskriver, lagde jeg en intervjuguide med 6 åpne spørsmål som inviterer til åpne fortellinger. Jeg antydte en tidsramme på om lag en time før intervjuene. (Vedlegg 2)

4.3 Hermeneutikk som vitenskapelig forankring

Jeg har valgt å ha en hermeneutisk forankring til intervju, analyse og fortolkning. Den hermeneutiske metode er ifølge filosofen Gadamer den eneste adekvate metode i humanistiske disipliner hvor empiriske og naturvitenskapelige metoder er uegnet (Gadamer, 2004).

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Den er den eldste formen for kvalitativ databehandling.

Noen viser til at hermeneutikk kommer av det greske ordet *hermenevein*, som betyr å forstå eller utlegge, mens andre viser til gresk mytologi og guden Hermes som var formidleren av dette guddommelige budskap til menneskene. Opprinnelig ble hermeneutikk brukt til å fortolke bibeltekster, for å finne skriftenes særlige sannhetsinnhold uavhengig av historisk og kulturelle sammenhenger. Etter hvert utviklet hermeneutikken seg til en tolkningsvitenskap, der både kontekst og aktørens liv og historie vil ha betydning for hvordan tekstene tolkes.

Dilthey (1833 - 1911) var opptatt av at det var sentrale forskjeller mellom naturvitenskapen og åndsvitenskapen. Naturvitenskapen forsøker å forklare fenomener ved å oppløse helheter i enklere bestanddeler, mens humanistiske vitenskaper forsøker å finne meningen med fenomener gjennom å forsøke å forstå.

Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002) utviklet en generell filosofisk hermeneutikk med særlig vekt på tradisjonsformidling med sikte på å klarlegge humanistiske fags metodeproblemer. Innen psykiatrien, der nettopp naturvitenskapen og positivismen historisk har stått så sterkt både i forhold til forståelse av psykiske lidelser og behandling, vurderer jeg det som riktig å

bruke en metode som kan frambringe en annen type kunnskap enn det som har vært framholdt som det vitenskapelig korrekte.

En viktig innsikt i hermeneutikken er at meningsfulle fenomener er forståelige bare i den sammenheng eller kontekst de forekommer i. I en hermeneutisk tradisjon vil dermed synet på psykiske lidelser være at disse må sees i sammenheng med hvert menneskes liv og erfaringer. Symptomer forstås da som overlevelses- eller mestringsstrategier, noe som samsvarer med et humanistisk menneske - og kunnskapssyn.

Det er derfor relevant å bruke hermeneutikk for å få fatt i, og forstå så inngripende opplevelser som det å bli kontrollert ved tvang, enten det gjelder å bli fysisk holdt, lagt i belter eller bli tvangsmedisinert.

Gadamer er opptatt av at vitenskapelighet ikke er strengt metodisk slik det korrekte framstilles som i naturvitenskapen, men han forsøker å øke den metodiske bevisstheten innen humanistisk vitenskap. Hva man ikke kan oppnå gjennom selve metoden, må og kan oppnås gjennom en disiplin for spørsmål og forskning som garanterer sannheten (Gadamer, 2004).

Gadamer vektlegger språk og språkforståelse som en forutsetning for den hermeneutiske prosess. Samtalen er den prosessen der de som snakker sammen har som mål å komme fram til en felles forståelse. Han mener at all forståelse er et språklig problem og at det kommer an på språket om forståelse lykkes eller mislykkes, altså om partene i samtalen oppnår en dypere erkjennelse.

Gadamer poengterer at det er ikke den andres individualitet man skal forstå, men derimot hva den andre faktisk sier. Han hevder at en vellykket samtale er av en slik art at man ikke kan falle tilbake på uenigheten som førte til samtalen (ibid.)

Gadamer bruker begrepet historisitet for å beskrive vår deltakelse og vår tilhørighet til historien. Dette vil prege vår væremåte, språk og språkforståelse. Erkjennelsen tar altså form mellom historiske og sosiale personer. Vi ser ikke noen fenomen i et historisk vakuum, men må se det ut fra perspektiv som er formet av fortida, men med interesse for framtida. (Thornquist, 2003)

Når man skal analysere en tekst, må man være klar på at det ikke er en reproduksjon av teksten man skal gjøre, men en fortolkning. Vi må alltid være oppmerksom på den spesielle dialektikk som ligger i det å lytte. Det er ikke bare det at vi ved å lytte blir tiltalt. Det innebærer også, poengterer Gadamer, at den som lytter må høre enten han vil eller ikke. Vi kan ikke overhøre ved å snu oss en annen vei. En står ikke overfor eller på avstand i en

situasjon, en står midt i. Den hermeneutiske erfaring er nødt til å ta alt som blir nærværende som en ekte erfaring, dermed kan vi ikke bare velge eller avvise.

Sentrale begrep hos Gadamer er:

- *Den hermeneutiske sirkel*

Den hermeneutiske sirkel innebærer at tolkningen består av stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke, og den kontekst det fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke og vår egen forforståelse. Dette gir muligheter både for ny kunnskap og endring av egen forforståelse. Dette gjelder ikke bare for forskeren, men også for informanten. Disse stadige bevegelser mellom helhet og deler finner sted både under intervjuet og i analyse og tolking av intervjuene i etterkant. Gadamer sier at en forutsetning for å forstå et spørsmål i teksten er at delen må harmonere med helheten. Hvis ikke har vi ikke forstått teksten.

- *Førforståelse eller for-dom*

En grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Gadamer kaller disse forutsetningene for forforståelse eller for-dommer. Gadamer mener at det er mye som er sant som vi ikke er i stand til å kjenne igjen, fordi vi er begrenset av fordommer uten å være klar over det. (Gadamer, 2004)

En grunnleggende forutsetning for en hermeneutisk analyse er fortolkerens villighet til å være bevisst sin egen rolle i, og betydning for, fortolkningsprosessen. Dette innebærer at fortolkeren må gjøre grundig rede for sin forforståelse av fenomenet som skal fortolkes. Det er ikke mulig med en fullstendig fordomsfri forståelse uansett hvor bevisst en er på det.

En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel.

Ikke alle deler av forforståelsen trenger å være uttalt eller språklig bevisst. Den kan bestå av både språklig artikulerte elementer og uartikulerte (og kanskje uartikulerbare) elementer, eller det filosofen Michael Polany kaller *taus kunnskap* (Gilje & Grimen, 1993, s. 151). Det er viktig å være oppmerksom på at det er deler av vår forforståelse som vi i utgangspunktet ikke har noe bevisst og reflektert forhold til. I studien var det viktig å få fram informantenes erfaringer med mekaniske tvangsmidler sett fra deres perspektiv. Jeg måtte i hele prosessen være meg bevisst at mine spørsmål og min vinking i intervjuene ville være preget av min førforståelse og mine perspektiv.

Forforståelse eller fordommen er revurderbar, den kan forandres i møtet med verden og med nye erfaringer. Dette vil få betydning for intervjurekken da jeg gjennom hvert intervju vil få ny kunnskap og endret førforståelse.

- *Forståelseshorisonter*

Begge aktørene i et kvalitativt forskningsintervju stiller med sin forståelseshorison som vil omhandle aktørens trosoppfatninger og aktørens personlige erfaringer. Når det gjelder trosoppfatninger i denne sammenheng, vil disse være preget av forståelse av psykiske lidelser, forståelse av følelsesuttrykk som sinne og aggresjon, forståelse av roller og dermed også mer eller mindre bevisste forståelser av makt og avmakt.

Aktørens personlige erfaringer i denne sammenheng vil omhandle egne erfaringer, for brukeren sin del kan dette være erfaringer på godt og vondt ved at personalet griper inn med tvang og de følelser som oppstår i disse situasjonene. For personalet kan dette være vellykka erfaringer med det å ta kontroll, eller det jeg tror er vellykka eller ikke vellykka erfaringer med å ta kontroll. Også her vil de følelser som er knyttet til situasjonen kunne omhandle alt fra tilfredshet og lettelse over å ha håndtert situasjonen til følelsen av å ikke strekke til, redsel, skam eller opplevelse av å ha utført overgrep.

Gadamer hevder at når aktørens forståelseshorisonter smelter sammen, vil det kunne utvikles ny kunnskap.

Opprinnelig skilte hermeneutikken mellom en *subtilitas intelliigendi*, forståelse, en *subtilitas explicandi*, fortolkningen og *subtilitas applicandi*, anvendelsen. Gadamer hevder imidlertid at ”forståelse er tværtimod alltid fortolkning og fortolkning er forståelsens eksplicite form.” (Gadamer, 2004, s. 293). Også anvendelsen er en like integrert bestanddel av den hermeneutiske prosess som forståelse og fortolkning. ”Å forstå er alltid allerede å anvende” (2003, s. 47).

Gadamer viser til Aristoteles når han diskuterer i hvilken grad fornuften spiller i våre moralske handlinger.

Aristoteles (384 f.Kr. – 322 f. Kr.) mente at mennesket er et levende vesen med fornuft og en naturlig lengsel etter kunnskap. I sitt hovedverk ”Metafysikken” skriver han: ”det er ved undring at menneskene nå og tidligere begynte å filosofere” (Ariansen, 2006).

Aristoteles skilte ikke mellom filosofi og vitenskap, for ham betyr de begge en lengsel etter å forstå verden og vår plass i den. Han mente at det som skiller den menneskelige kultur fra den øvrige naturen, er at vi er det vi er i kraft av hva vi gjør, og vår måte å forholde oss på.

For å gjøre moralsk gode handlinger, må personen selv ha kunnskap, for så å avgjøre hvilken handling han skal velge, noe vi ikke kan fritas for. Vi må gjennom utdanning og utøvelse utvikle en holdning som kan være en rettesnor i konkrete situasjoner. Det er et spenningsforhold mellom *téchne*, som kan læres, og moralsk kunnskap som man erverver gjennom erfaring, *phrónesis*. Den tredje formen for kunnskap, hevder Aristoteles, er *epistéme* som er sikker kunnskap. *Téchne* kan man imidlertid glemme, skriver Gadamer. Den moralske kunnskap lærer man ikke, og den kan heller ikke glemmes.

Forskeren må i sitt arbeid foreta omhyggelige iakttagelser av de fenomenene han vil studere, hevder Aristoteles. Han må beskrive de ulike organismene og deres adferd, samt se dem i den sammenheng de lever i. Dette er interessant, sett i lys av den tradisjonelle psykiatriens positivistiske oppfatning av psykiatriske lidelser og behandling og de krav til endring som Opptrappingsplanen for psykisk helse framsetter.

Gadamer hevder at Aristoteles analyser gir en slags modell for de utfordringer som ligger i den hermeneutiske oppgave. Anvendelse blir ikke en tilfeldig del av det å forstå, og man kan ikke ved hjelp av allmenn kunnskap og erfaring vite hva som er riktig handling i en konkret situasjon. Vi må ikke se vekk fra den hermeneutiske situasjon vi står i. Det betyr at vi må sette ny kunnskap og erfaring inn i den aktuelle situasjonen der jeg med min forforståelse og moralske kunnskap, eller evne til moralsk vurdering, vil avgjøre hvilken måte jeg håndterer situasjonen på.

4.4 Fra samtale til tekst

4.4.1 Samtalen

Samtalen er det sentrale redskap i et kvalitativt forskningsintervju der jeg som forsker Fog (2004) beskriver nødvendigheten av konsistens både hos intervjuer og intervjuperson for å sikre påliteligheten i undersøkelsen. Dersom intervjuet skal bli konsistent, må jeg som intervjuer også være konsistent. Fog sier videre at dette handler om å være subjekt sammen med et annet subjekt, være meg – selv-sammen-med-nettopp-denne-personen. Jeg kan altså ikke stille meg i en posisjon som ”tilskodar” som Skjervheim uttrykker det. Dette innebærer at jeg kontinuerlig må granske meg selv som instrument.

For å sikre konsistens hos intervjupersonen, betyr det at eventuelle tvetydigheter eller motsetninger hos intervjupersonen må utforskes med nærmere spørsmål.

Gjennom hele intervjuet må jeg som intervjuer stille meg spørsmålet om jeg spør om tema som skal utforskes. Forskningsspørsmålene mine må da kontinuerlig ligge i bakhodet sammen med intervjuguiden.

Kvale skriver ”at en hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel. Det vil også fokuseres på virkningen av forutantakelser – både de som har med den intervjuedes svar å gjøre, og de forutantakelsene som ligger bak intervjuerens spørsmål”(Kvale, 1997, s. 81).

Da jeg var usikker på om jeg hadde forstått budskapet til informanten eller tenkte at nå fortolket jeg informanten, forsøkte jeg å verifisere budskapet ved å sende det tilbake til informanten som et fortolkende spørsmål:

Eksempel:

U: ” Er det riktig at når du opplevde tvang, ble lagt i belte, transportbelte eller sprøyte, så var det mye sånn på grunn av situasjonen du var i? Det var selve det å være tvangsinnlagt og de tingene som fulgte med som endte opp med denne type situasjoner?

I: Jeg skjønner spørsmålet ditt. Om det var symptomer på selve behandlingen din på en måte?

U: Ja, om det er sånn du opplevde det eller om det er det du har sagt?

I: Ja, jeg tror du har nok oppfattet meg riktig da. Fordi jeg tenker: Jeg er ikke egentlig sånn som jeg har oppført meg i flere situasjoner på sykehus, nei. Mulighetene for å uttrykke seg blir veldig få, mulighetene til å bli sett og hørt blir veldig redusert. Det er veldig kunstig situasjon å være i på sånn sykehus. Veldig lite stimuli, veldig lite muligheter til å føre et normalt liv i det hele tatt, egentlig. Litt sånn ad hoc situasjon som varer og varer. Ja, så tar en vel kanskje i bruk litt andre sider av seg selv enn ellers. ”

Informantene fikk velge hvor de ønsket av intervjuene skulle finne sted. Tre av informantene ble intervjuet hjemme hos seg, og to ble intervjuet på kontor knyttet til min arbeidsplass. Jeg hadde i forkant utarbeidet en intervjuguide med 6 spørsmål. Allerede i første intervju erfarte jeg at det var kun i forhold til første og siste spørsmål at denne ble brukt. Etter innledningen og første spørsmål var vi ved ”saken selv” i form av informantens egne beskrivelser av sine erfaringer. Jeg vektla å ha en åpen og lyttende holdning uten å forstyrre

med for mange spørsmål.

Intervjuene varte fra 45 minutter til 1 time og 20 minutter.

4.4.2 Analyseprosessen

Det er en fordel at fenomenet som skal studeres defineres tidlig i forskningsprosessen, da spørsmålene da kan bli mer målretta. I kvalitative studier vil imidlertid problemstillingen gjennom analysen bli tydeligere formulert og spesifisert, fordi data forteller hvilke sider av det opprinnelige spørsmålet som det er meningsfullt og mulig å gi svar på (Malterud, 1996).

Analyseprosessen blir:

1. Transkribering
2. Kategorisering
3. Bearbeiding og tolkning av data.

4.4.2.1 Transkribering av samtalen til skriftlig tekst

Intervjuene ble skrevet ut ord for ord så korrekt som mulig. Etter å ha lest gjennom materialet gikk jeg gjennom intervjuene en gang til for å sikre at disse var korrekt gjengitt. Dette viste seg nyttig, da jeg under transkriberingen av intervjuene hadde "mistet" enkle ord som ga teksten en annen mening enn det informanten ønsket å formidle. I tillegg vil følelser som kommer til uttrykk noteres som sukk, latter osv. Kvale fremholder verdien av at det er intervjueren som skriver ut intervjuet. Jeg valgte å gjøre dette arbeidet selv. Av 5 intervju på til sammen 6 timer ble det skrevet ut 86 sider. Opptakene var av god lyd kvalitet, dette reduserer risikoen for misforståelser.

Kvale (1997) sier at når materialet struktureres i tekstform, blir det lettere å få oversikt over det og at denne struktureringen er en begynnelse av analyseprosessen.

4.4.2.2 Kategorisering

Jeg erfarte allerede i første intervju at jeg fikk et både nyansert og fortetta materiale. Med min hermeneutiske grunnlagsforståelse har jeg som et mål og presenterte materialet ved å la informantens stemmer komme tydelig fram i min presentasjon av funn.

Dette innebærer at jeg er så tro mot informantens utsagn som det er mulig. Jeg har derfor valgt ikke å bruke en standardmetode for å analysere data. Kvale (1997) skriver at ønsket om den riktige metoden i analysearbeidet, kan medføre større vektlegging av teknikker og

reliabilitet og mindre vekt på kunnskap og validitet. Jeg valgte et samspill mellom ulike teknikker tett opp til det Kvale beskriver som ad hoc meningsgenerering (1997, s. 135). Jeg starter arbeidet med å kartlegge dataene med naiv lesing. Dette innebærer at jeg ved første gangs lesing forsøker å legge til side min førforståelse. Jeg leser da teksten langsomt og noterer ned stikkord i marginen. Ved påfølgende lesing ser jeg om det er tema som repeteres i løpet av intervjuet og noterer meg ned disse. Etter hvert som jeg leser nye intervjuer, vil flere gjenkjennbare tema dukke opp, min førforståelse endres og nye tema vil vise seg. For å strukturere dataene laget jeg matriser der jeg samlet utsagn fra informantene som hadde likhetstrekk og ulikheter, dette for å gjøre teksten mer oversiktlig. Jeg samlet utsagn som omhandlet hva som skjedde før tvangsmiddelbruk, under tvangsmiddelbruk og etter tvangsmiddelbruk. Disse utsagnene presenteres i kapittel 5.

4.4.2.3 Bearbeiding og tolkning av data

Fog (2004) beskriver analysen som en prosess der forskeren med sin forforståelse og med sine praktiske og teoretiske begreper griper det empiriske materialet som kommer ut av intervjuet. Forskeren er i hele prosessen både moralsk og vitenskapelig bundet av sitt materiale, denne bindingen vil sette grenser for hvor langt hun kan gå i sine fortolkninger. Fog (ibid.) viser til Jørgensen (1989) som beskriver tre trinn i analyseprosessen, Fog velger å kalle dem for momenter da disse tre trinnene griper inn i hverandre.

Første moment blir å identifisere begrepene som viser seg i materialet. Grunnlaget for denne identifiseringen vil være lojaliteten overfor materialet, forståelsen av personene som ble intervjuet og til dels forskerens forforståelse. Det er sistnevnte som får meg som forsker til å se og dele inn materialet slik jeg velger å gjøre det. I denne prosessen vil det være noen valg i forhold til hva jeg velger å ta med videre i prosessen og hva jeg tenker er mindre interessant. Neste moment vil være korrespondens, som viser til at det er overensstemmelse mellom hvordan et spesielt begrep framtrer forskjellige steder i intervjuet. I første intervjuet ble for eksempel respekt nevnt seks ganger. Også det enkelte begreps sammenheng med andre trekk vil være av interesse, der forskeren ser på både likheter og forskjeller. Eksempel på dette kan være at begrepet makt ble brukt fem ganger i samme intervju. Siste moment vil være koherens som handler om å finne og dokumentere dynamiske sammenhenger mellom trekk i materialet og se disse sammenhengene i lys av den teorien man har valgt ut.

4.5 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet

Aristoteles sier: ”en dom er sann når den lar noe foreligge sammen i talen som også foreligger sammen i virkeligheten; en dom er falsk når den lar noe foreligge sammen i talen som ikke foreligger sammen i virkeligheten” (Gadamer & Jordheim, 2003, s. 20)

Kvale (1997) problematiserer hvordan man i kvalitativ forskning kan unngå ekstreme posisjoner som subjektiv relativisme på den ene sida og krav om den absolutte sannhet på den andre sida. Han viser til at generaliserbarhet, reliabilitet og validitet utgjør en hellige treenighet i den moderne samfunnsvitenskapen.

Fog (2004) bruker begrepene pålitelighet om reliabilitet og gyldighet om validitet. Hun sier at pålitelighet er en forutsetning for gyldighet, altså at om validiteten er god, så er reliabiliteten det også.

I kvalitativ forskning er generaliserbarhet omdiskutert og mindre relevant. Kvale (1997) viser til ulike former for generaliserbarhet det jeg vurderer naturalistisk generalisering og analytisk generalisering som mest relevant for denne studien. Naturalistisk generalisering er basert på personlige erfaringer som innebærer at stilltiende kunnskap blir eksplisitt konkret kunnskap. Denne kunnskapen vil gi forventninger mer enn forutsigelser. Analytisk kunnskap kan gi begrunna vurdering for i hvilken grad funnene kan brukes som en form for veiledning for hvordan man vil handle i en annen situasjon.

Reliabilitet eller pålitelighet har med funnernes konsistens å gjøre, om en kan stole på de resultatene en presenterer. Reliabiliteten avhenger mye av relasjonen mellom intervjuer og informant og hvordan forskeren fungerer som instrument (Fog, 2004). Atmosfæren i intervjuene vil bidra til hvor mye informanten vil dele av sine erfaringer med intervjueren. Overføring fra muntlige data på lydbåndet til tekst, samt notater i intervjuene inngår også i reliabilitet. Det finnes ikke noe ”sann” objektiv metode for overføring fra muntlig til skriftlige data, hevder Kvale. For å sikre pålitelighet hørte jeg gjennom alle intervjuene 2 ganger. Senere gikk jeg tilbake til deler av intervjuene dersom jeg var usikker på om informanten var riktig referert.

Fog (2004) påpeker betydningen av at intervjueren beskriver de fordommer og følelser som har styrt hennes valg og handlemåter. Ved å framstå som person får leseren en bedre mulighet for å bedømme materialets pålitelighet.

Validitet eller gyldighet i kvalitativ forskning har med å gjøre om vi har undersøkt det vi tror vi har undersøkt. Kvale vektlegger at validitet i kvalitativ forskning er å stille spørsmål mellom sannhet og viten. Kvale viser til at å validere i kvalitativ forskning å kontrollere, dette gjelder gjennom det han kaller hele forskningshåndverket. Han deler validitet inn i to typer, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. Kommunikativ kunnskap innebærer å overprøve kunnskapskrav i en dialog. Gyldig kunnskap oppstår når en diskuterer motstridende påstander i denne dialogen.

Pragmatisk validitet i en studie stiller spørsmål om den nye kunnskapen kan skape faktiske adferdsendringer.

Kvale beskriver validering gjennom syv stadier. Disse omhandler studiens teoretiske forutakelser, planlegging av studien, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering.

Analysering handler om spørsmålene som stilles i intervjuene er gyldige og om tolkningene er logiske. Forskeren skal ha et kritisk blikk på egne tolkninger, å ”være djevelens advokat overfor egne funn” (Kvale, 1997, s. 168).

Validering er en reflektert vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for studien, gjennomføring av disse prosedyrene og avgjørelsen som hva som er et egnet forum for en dialog om resultatenes gyldighet. Rapportering er spørsmål om rapporten gir en valid beskrivelse av funnene i studien.

4.6 Forskningsetiske vurderinger

Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 1964) er det mest sentrale dokumentet for helsefaglig forskning og kravene fra denne er vektlagt innfridd.

Jeg velger å ha fokus på 3 etiske regler knyttet til forskning på mennesker.

4.6.1 Informert samtykke

Alle informantene ble spurt om å signere en samtykkeerklæring, dette for å sikre informert samtykke (vedlegg 3). Jeg beskriver her undersøkelsens mål, hovedtrekkene i prosjektplanen og mulige fordeler og ulemper med å delta i prosjektet. Informantene fikk tilsendt samtykkeerklæringen i forkant. Vi gikk gjennom denne før intervjuet for å sikre at informantene har forstått skrivet. Det ble fra min side presisert at det var helt i orden å velge å

ikke besvare noen av mine spørsmål, dette for ikke å trø over den andres grenser og ikke ta hensyn til hans/hennes integritet.

Et kvalitativt forskningsintervju kan ikke planlegges med alle intervju spørsmålene på forhånd da det under intervjuene kan framkomme ny kunnskap som det er hensiktsmessig å følge opp videre. Jeg valgte å ikke presentere intervjuguiden i forkant.

Det ble presisert at informantene hadde mulighet til å trekke seg, både før og under undersøkelsen.

4.6.2 Anonymitet og konfidensialitet

Deltakerne i undersøkelsen vil være sikret anonymitet og konfidensialitet både under undersøkelsen og ved presentasjon av funnene. Det kan for informantene være en fordel at jeg ikke har tilknytning til institusjonene som de har vært innlagt ved.

Da jeg kun hadde 5 informanter, hadde jeg ikke behov for navnelister for å sikre identifikasjon av informantene.

4.6.3 Konsekvenser for informantene

Jette Fog (1994) beskriver at i alle samtaler vil det være et spenningsfelt mellom samtalsens åpenhet og det andre menneskets urørlighetszone. I samtaler mellom intervjuer og intervju person er det i utgangspunktet en ubalanse i makt-avmaktsforhold. Mennesker med psykiske lidelser har ofte tidligere erfaringer knyttet til dette. Erfaring med opplevd tvang er en ekstrem situasjon der individets autonomi settes til side med avmakt og krenkelsers som resultat. Mange har erfaringer med manglende tillit til samtale og språk.

Arnhild Lauveng skriver:

”Det blir ganske ensomt, og ganske skummelt, når ordene dine mister sitt innhold og blir et symptom. Jeg husker fortsatt den enorme følelsen av hjelpeløshet og redsel, da jeg innså at det ikke lenger fantes noen områder som var garantert nøytrale, og at jeg alltid måtte regne med at alt jeg sa kunne bli mistrodd og tolket på bakgrunn av min diagnose. Og det hendte gang på gang, i stadig nye situasjoner” (Volden, 2007, s. 261).

Det var derfor i intervjuene viktig for meg å stille meg åpen og lyttende slik at informantene ikke fikk opplevelse av at jeg tolket det de sa på bakgrunn av historie og diagnose.

Mitt formål med forskningsintervjuet var å få tilgang til et rikt empirisk materiale. Det vil alltid kunne være en risiko for å misbruke informantens fortrolighet slik at grenseoverskridelser og utilsiktede overgrep blir resultatet (Fog, 2004). Dette forutsetter at

intervjuer er seg bevisst ubalansen i maktforholdet og kontinuerlig foretar etiske vurderinger gjennom hele prosessen.

Man kan stille spørsmål om informantene ville kunne retraumatiseres gjennom intervjuene. I en engelsk undersøkelse (Bonner et al., 2002) ble det foretatt intervju med pasienter og personal som hadde vært involvert i samme tvangsintervensjon i avdelingen. Målsetningen var både å utforske deltakernes subjektive opplevelser av tvang, utforske faktorer knyttet til hendelsen, samt se om intervju i etterkant kunne være nødvendig debrifing. Her var det tilrettelagt for støttesamtaler med behandlingspersonell for informanter som ville kunne ha behov for det. Det viste seg ikke å være nødvendig.

Heller ikke i Vevatnes doktorgradsavhandling "Selvmordsforsøket – søken mot livet" (2006) hadde informantene behov for samtaler med andre fagfolk etterpå selv om intervjuene berørte tema som tristhet, skam, smerte og død.

To av informantene sendte mail i etterkant der de takket for at de fikk lov til å bidra med sine erfaringer. De tre andre bekreftet muntlig at det hadde vært positivt å fortelle. En av informantene kommenterte at det hadde vært koselig.

Studien er godkjent av Regional etisk komité for forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 4 og 5).

5. Funn

I kapittel 4 har jeg presentert hvordan jeg har bearbeidet og strukturert dataene. For å sikre at brukerstemmene løftes opp slik intensjonen med studien er, presenterer jeg funn hovedsakelig som deres utsagn.

Temaene velger jeg å presentere under tre overskrifter:

- Før tvangsmiddelbruk
- Under tvangsmiddelbruk
- Etter tvangsmiddelbruk

5.1 Før tvangsmiddelbruk

Informantene hadde ulike fortellinger om hva som skjedde før personalet intervenerte med tvangsmidler. En av informantene beskrev dårlig allmenntilstand etter å ha vært syk i flere uker, flere av de andre drev med sjølskading. Egil forteller at han ble beltelagt fordi han lå i senga med skoene på. Det ble her også trukket fram gode eksempler på tilnærming, som forebygde beltelegging.

Berit:

”...først var eg innlagt og var lettere psykotisk. Noen uker. Eg blei verre og verre, eg hoppet over måltider fordi eg visste ikkje ka tid det var på døgnnet, Ingen passet på at eg skulle ha mat, ingen kom og sa at ”Nå må du spise”. Ingen som kom med mat til meg når eg hadde glemt det, Eg gikk ned 17 kg på noen få uker. Og det er jo klart at det var jo ikkje løye at eg ble dårligere da”.

Cesilie:

U:”....du biter deg i armen og så kommer noe personalet eller personalet observerer det, hva gjør personalet da?

Ehh, de ber meg kanskje om å slutte da – latter.

U: De ber deg om å slutte. Ja, og så ler du?

”Jo, fordi at jeg vet at, jeg trenger omsorg altså. Jeg trenger varme og omsorg og forståelse. For at jeg skal ha det bra. Og jeg trenger at det er litt trygt rundt meg. Og så ligger jeg der, i overført betydning i et iskaldt rom, med en sånn, et rundt vindu da som personalet kan kikke inn for å se at jeg er der jeg skal være liksom. Da, det er så utrolig deprimerende og trist. Alt blir så stusselig. Og, liksom, hvis da noen virkelig kunne vist at de brydde seg om at jeg lå der og hadde det dårlig, så de kunne satt seg ned og ja, kanskje, strykt meg over håret og sånne enkle ting og hørt; Hvordan er det for deg nå? Jeg hadde ikke hatt så mye språk heller, men på en eller annen måte så måtte de jo kunne klare å få deg ut av meg, liksom. Et eller annet, tenker jeg”.

Anne:

"Eg fortalte det til primærkontakten min og så sa hu at eg kunne dunke hodet 10 ganger med tanke på før beltelegging, det var jo for at de kunne gjøre sånne ting (forebygge). De fleste sto bare i døra og telte til 10, trykte alarm og så beltelegger de".

"Eg har stått og ropt hjelp noe ganger. Men eg har aldri opplevd at de snur på beslutningen. Den som trykker på alarman har allerede bestemt seg av utfallet".

Berit:

"Eg var ikke utagerende. Eg var stille. Eg satt bare og ba. Eg var på ingen måte urolige eller utagerende. Allikevel kom det 6 personer og heiv seg over meg, veldig fort, og i det øyeblikket var eg sikker på at det var ei dødssprøyte de satte".

"Eg tenkte det da, og eg tenker det nå: Hvorfor var det ingen som snakket med meg? Hvorfor var det ingen så – eg var jo et tenkende vesen, selv om eg var psykotisk, så hadde eg jo en kjerne inni meg som de kunne snakke til. De kunne jo prøvd. Kritikken min er: Hvorfor sa de ikke: "Berit, nå er du akutt, paranoid, psykotisk".

"Ja, sånn som eg har tenkt på det, så tenker de at nå er hu så gal at det nytte ikke å snakke til hu. Men det er jo,- familien min ville ha sagt; Det er jo Berit tross alt."

Cesilie:

"Men er det hjelp å ha det derre misforholdet mellom behov og tiltak? Det tenker jeg ikke, hvis noen driver og småskader seg selv i behov for å bli sett og forstått lite grann og så legger det seg 6 menn oppå en for å holde en nede, så ser ikke jeg noe point i det hele tatt."

Anne:

"Eg er veldig opptatt av musikk, da. Eg satt på rommet og dunkte hodet i veggen, ganske mye då. Det sto i min pleieplan at jeg fikk lov til å dunke hodet 10 ganger i veggen. Og så var det beltelegging.

...Og så var det noen av ekstravaktene som kom. Han eine kom inn og så satt han seg bare på senga, han rørte ikke meg. Han satte seg oppå senga og begynte å snakke om ein musikkfestival han hadde vært på. Også husker eg at jeg tenkte: Forstår han, Ka e det som skjer? Vanligvis står de bare og teller i døra. Men han satte seg ned og fortsatte bare å fortelle om banda han har hørt og så kom han inn på et band som jeg likte. 10 min etterpå satt me faktisk og diskuterte musikkfestivaler".

"Men, eg kunne ønske eg kunne si at det vanligvis var sånn de gjorde det, men som regel; Det var de to gangene der. Som eg husker da. De andre gangene sto de i døra og telte til 10 før de trykte av og heiv meg opp i belter og ofte endte det med sprøyter, to sånn sprøyter, Stesolid og ka er det noe det andre heter, noe som gjør at du sover i to dager".

Egil:

"...eg lå i senga, og hadde sko og de ville eg skulle ta av meg de. Så ville ikke eg det. Eg skulle ha de på meg. Og da sa den pleieren; Da fester me deg i reimer igjen. Så da har du

valget. Ja, så tok eg det valget da, men det synes eg er skikkelig dumt altså, når du er klar i hodet og alt i sammen, og han sier at nå blir du lagt i belte igjen.”

Retning for videre tolkning:

Informantene sine historier forteller om mennesker som ikke opplever at de blir møtt i situasjonen de er i. Gjennom ulike uttrykksformer framtrer en adferd som bidrar til at personalet bestemmer seg for å iverksette tvangstiltak. Kun en av informantene forteller om forsøk på å finne alternativ til tvangsmidler, og som hun selv uttrykker det; *”jeg kunne ønske jeg kunne si at det vanligvis var sånn de gjorde det..”*

Flere av informantene sier noe om hva de mener kunne være godt for dem i situasjonen. Både Berit og Cesilie uttrykker at de hadde behov for omsorg, både i form av mat, nærhet og et ønske om at personalet snakket med dem.

Anne har både positive og negative erfaringer knyttet til hvordan personalet tolket det som sto i hennes pleieplan om at hun kunne dunke hodet 10 ganger i veggen før personalet skulle stoppe henne fysisk. Det som særpreger utsagnene er at informantene i disse situasjonene i svært liten grad var aktive deltakere i situasjonene.

5.2 Under tvangsmiddelbruk

Informantene beskriver følelser som redsel, tap av kontroll, retraumatisering og krenkelser under tvangsmiddelbruken. De hadde alle eksempler knyttet opp til kommunikasjon som på ulikt vis belyste hva som var med på å skape trygghet og verdighet og hva som ikke gjorde det:

Anne:

.... eg skal ikke snakke så mye om min historie og sånn, men hvis det er mennesker, det finnes en del mennesker i psykiatrien som har en overgrepshistorie, bør det ikke komme 6 menn å legge seg oppå kroppen din.

Det er ikke bra. Det er noe som er, - det burde de tatt hensyn til.

Dina:

....det gjekk mange uker før eg kom over det. Og da eg kom over det, så var det på nytt igjen.

U: ”Så det med belte, var mye verre for deg enn å bli holdt?”

”Mye, mye verre. For eg var misbrukt da jeg var liten og da ble eg bundet.”

U: ”Da ble det gjenopplevelse av ting som hadde skjedd før?”

”Ja. Og at de sto over, når du lå på den senga, så sto personalet bøyd over, og da sa jeg at jeg hater, jeg hater!”

Anne:

”Eller noen ganger snakket de bare over hodet på meg. Eg hørte bare, - eg kjente på masse - Eg var full i blåmerker etterpå. Fordi de er hardhente når de holder på sånn. Og du merker at de har en sånn effektivitetsgreia, at de skal være kjappest mulig tilbake på sine avdelinger. Og så snakker de bare over hodet på deg og så ligger du bare oppi der... ..Av og til kan det føles som om du blir straffa.”

”Eg har aldri opplevd å få den sprøyta på en verdig måte. Det er ikke verdig når de drar ned buksa på deg og skal sette den sprøyta, det går ikke an. Eg synes egentlig det, nei eg vet ikke – det går gjerne ikke an det heller, å venta - at de løser hånda så du kan dra ned buksa sjøl..... når folk begynner å fikle og plukke av deg klærne, det er ikke noen god følelse. Og særlig hvis det er ukjent mennesker som er der på alarm, få av na buksa så, - nei det er ekkelt.”

”eg husker en gang jeg lå i belter: så kom musikkterapeuten opp med en CD eg skulle hørre på mens eg lå der. Eg syntes det var en sånn grusom musikk, og eg prøvde å si igjen og igjen: Kan du sette på min musikk i stedet for? Å nei, Det skulle være sånn meditasjon og avslapningsmusikk. Og eg blei så stressa, så stressa av det.”

Berit:

”Eg var livredd! Ikke minst, etter hvert som jeg ble dårligere og dårligere og trodde personalet skulle ta livet mitt, og det er klart, når de holdt meg 6 personer, da var det dødssprøyta da. Eg hadde ikke krefter til å gjøre motstand mot 6 personer. Og i det øyeblikket, da trodde jeg at: Nå dør jeg. Det er et veldig overgrep”.

Cesilie:

”Men jeg kan jo huske en ting som jeg opplevde veldig som et overgrep, og det var at overlegen da som hadde ansvar akkurat da, når han står ved den senga, så legger han, jeg vet ikke hvor tilfeldig det var, det føltes ikke akkurat tilfeldig, han la hånda mi der, over underlivet. Og bare lot den hvile litt der. Det var sånn, jeg husker det veldig godt”

Egil:

”Eg hadde nok vært litt urolige, det var på Dale dette, eg hadde vært urolig. Men ikke mer enn det som var vanlig. Og plutselig så sto det 3 eller 5 mann utenfor, på døra. Så kom de inn på rommet, og eg lå vel i belte óg tror jeg. Eg husker sprøytå, at det var ei store, svarte blanke, sånn føltes det i hvert fall ut den gangen. Den blei satt her og så rett inn i beinet. Det var veldig, veldig, veldig – på en måte så mista eg kontrollen over meg sjøl, altså eg blei, eg mista tilliten til systemet, som ble brekt ned med den der.”

”Men akkurat når jeg fikk den der sprøyta, så får du jo assosiasjoner til, hva kan du si, - til Gulag i Sibir og sånn. Ikke sant, så plutselig så får du noe inn i kroppen.”

Berit:

...Så gikk det et par minutter, så var det akkurat som jeg våkna og så blei jeg veldig klar i hodet. Og da var jeg selvfølgelig glad for at de hadde satt sprøyta, men ikke på den måten de gjorde det på.

Anne:

”Det er sånn som det sitter en person som heilt utelukkende sitter der for å fortelle deg, han holder deg ikkje noen plass. Men sitter bare og snakker deg gjennom alt sammen. Da kan de andre egentlig bare gjøre det de må gjøre, de kan holde deg og bære deg bort i senga så lenge den ene personen tar seg tidå og forteller deg og tar seg bryet med å fortelle deg ka det er som skjer, og hvis du kjenner for mye at det, Da er det ikkje tvang, da. Men hvis du kjenner at du mister kontrollen og nå er det best for meg å bare sove. Hvis eg har drevet mye og skada meg sjøl, og hvis jeg kjenner at jeg ikke har kontroll på det, særlig da.

Så kan jeg be om å få sove i stedet for og da kan jeg faktisk be om de der ubehagelige sprøytene.

For det er bedre enn alternativet, og da blir det gjort på en verdige måte og da er det frivillig”.

”Men av og til har det vært en person som sitter oppe med hodet og forteller deg heile tida eller om du ikke ser ut som om du hører etter, så forteller hele tida hva som skjer. Nå løfter vi deg! Nå holder vi deg! Prøv å ta kontroll! Løfter deg. OK. ”Nå er det snart over, snart er du trygg! Da føles det trygt.”

”Eg husker en gang eg lå i belte, da var det ei eldre dame. Hun var så koselige, hun satt og kauste meg på kjeiken. Bare med ein fing, sånn. Det var ikkje ubehagelig, det ble jeg veldig rolig av. Det og spør jo hvem som gjør det, hvis det er en du ikke like så godt, så er ikke det noe godt. Men hu var så moderlige, veldig flotte dama.”

Dina:

Og hun (primærkontakten) hadde observert på en måte kordan denne uroen var, sant, når det var trygt å bøye seg ned og si navnet mitt. Og da valgte hun å gjøre det.

....og når de fant ut at kanskje at vi drar ut senga og så sitter me nere ved føttene. Og så seie me bare navnet sånn passelig, og for meg var det bare helt vidunderlig. Og det var jo noe av det som gjør at eg er her som eg er. Eg ble sett, jeg ble hørt og jeg ble trudd!

”Men eg såg óg det, at det var dei som hadde trykt på alarm og fått deg der i belte og etterpå tok deg på armen og sa gjerne ”Lykke til” eller ga deg et smil, det var heilt fantastisk. For det blir på en måte noe heilt anna igjen.....Jeg føler jo at det handler om mer respekt.”

Retning for videre tolkning:

De fleste opplevelsene under selve tvangsmiddelbruken var dramatiske og vonde opplevelser for informantene. De beskriver liten grad av innflytelse, oversikt og kontroll. Berit sier at hun var glad for medisinerne som hun hadde fått i sprøyta, men ikke måten de gjorde det på. De gode erfaringene handlet om personale som snakket til dem eller med dem enten mens tvangsmiddelhandlingen ble utført eller etterpå mens de lå i belte. Anne beskriver at personalet har ei ”effektivitetsgreia” at de vil ha tvangshandlingen fortest mulig overstått slik at de kan gå tilbake til sine avdelinger. Men det er noen som ”tar seg tida” og ”tar seg bryet” ved å fortelle henne hva som skjer mens hun blir lagt i belter.

5.3 Etter tvangsmiddelbruk

Ingen av informantene hadde erfaring med at det ble lagt til rette for en samtale mellom pasient og involvert personale i etterkant. Noen sa spontant noe om dette, mens andre svarte på mitt spørsmål. Behov for debrifing i etterkant hadde ulike begrunnelser.

Noen av informantene hadde behov for å sette situasjonen inn i en sammenheng, få oversikt over hva som hadde skjedd. Dette hadde både sammenheng med egne opplevelser som redsel, retraumatisering og krenkelser, samt oversikt over hvilket personal som hadde vært med, og om noen av dem hadde blitt skadet.

Noen av informantene så også debrifing som et nyttig verktøy i forhold til at personalet gjennom å snakke om det som hadde skjedd, kunne lære noe både om hva som var klokt i forhold til den enkelte pasient, men også i forhold til å se på egen praksis generelt.

Berit:

”Eg husker jeg grein veldig mye etterpå, eg var veldig redd. Det var i grunnen det verste at du absolutt ikke hadde kontroll. Og følte etterpå at noen var nesten redde for å være inne hos meg”.

Dina:

”...eg visste ikke ka eg hadde sagt, om eg hadde spent, om eg hadde slått etter de..... Har han holdt meg, har jeg slått han? Det var det eg følte var det verste, og når de tankene kom, da gikk eg inn i meg sjøl. Da ville eg vekk! Da ville eg ikke leva mer. Hvis eg hadde slått noen.”

Anne:

”Og så blir du aldri tatt med etterpå, det savne eg litt. At du kunne vært med når alt var roligt igjen. Så kunne alle som var på den alarmer samles og så kunne du sagt noe om at det var veldig dumt at du gjorde sånn. Det var veldig bra at du gjorde sånn. Hvis dere hadde gjort litt mer sånn som den, eg vet ikke hvem av dere som gjorde det, men som satt og snakke med meg ved hodet mitt. Det var veldig bra, det må dere passe på å gjøre, for eksempel.”

”Hvis du hadde fått vært med etterpå, hvis folk måtte redegjort for å trykke på alarmer, da tror jeg tvangstallene hadde gått ned”.

Berit:

Om debrifing:

”Eg synes jo det burde skje i forkant, jeg da.”

U: *”Du holder på at det burde skje i forkant. Når det først var skjedd, så var det ikke så mye å snakke om eller?”*

”Jo kanskje, men da var jo skaden skjedd. Da hadde de brukt makt mot meg, og de burde jo prøve å unngå å bruke makt. De burde prøve å samarbeide, få til et samarbeid – ikke makt. Det, etterpå kunne de sei ka de ville, men da var det jo skjedd. De må jo prøve å tro litt godt om pasientene. Få til et samarbeid med de”.

Cesilie:

Snakke, nei, ikke i etterkant, kanskje mens jeg lå der.

U: Mens du lå der?

Ja det måtte jo være noen inne der. Nei, men jeg kan ikke huske at det var noe sånn. Nei, jeg husker at det var at beltesenga ble stående der inn på rommet mitt, til kanskje...

U: Til neste gang?

Som en sånn påminner. Nei, jeg kan ikke huske at de snakke med meg sånn: Hvordan opplevde du dette her? Ikke sånn, nei.

Dina:

Og det synes jeg det skulle vært mye mer, etter på en måte at den som sto oppført som primærkontakt skulle ha en samtale angående det som hadde vært.

U: Skjedde det noen gang?

Ikke før eg sa det.

Og eg ville jo at det skulle blitt snakka om etterpå. Om gjerne ikke eg alltid sa så veldig mye, så kunne i hvert fall den som hadde trykt, sagt det. Og det skulle blitt tatt liksom, når pasienten hadde fått roa seg litt.

Retning for videre tolkning:

Informantene sleit med ulike følelser i etterkant. Maktesløshet og mangel på oversikt og kontroll beskrives. Det å ha kommet i skade for å slå eller sparke noen ville være en så stor belastning for Dina at da ville hun ikke kunne leve mer. Berit vektla at personalet burde prøve å få til et samarbeid slik at en kunne unngå å bruke makt. Informantenes ønske om å bidra med sine erfaringer i etterkant kommer tydelig fram.

6. Analyse

Som jeg beskrev under punkt 4. blir nå første steg å identifisere temaene som viser seg i materialet. Grunnlaget for denne identifiseringen vil være lojaliteten overfor materialet, forståelsen av personene som ble intervjuet og til dels min egen forforståelse. I denne prosessen måtte jeg gjøre valg i forhold til hva jeg ville ta med videre i prosessen og hva jeg vurderte som mindre interessant. I kapittel 5 valgte jeg å presentere utsagn som hadde direkte med tvangsmiddelbruken å gjøre. Jeg har imidlertid også samla og kategorisert utsagn som sier noe om en videre kontekst, nemlig det å være i pasientrollen på psykiatrisk avdeling. Disse utsagnene vil jeg bruke for å utdype og nyansere materialet. Under informantenes utsagn antydet jeg retning for videre tolkning. Sammen med mitt teoretiske grunnlag, vil jeg nå gå videre med analysen i lys av denne teorien.

Etter å ha kategorisert utsagnene til informantene var det to hovedtema eller begrep som pekte seg ut. Dette var makt og nakenhet. Disse kom jeg fram til gjennom flere undertema. Noen av disse begrepene går inn i hverandre. Dette kan ha sammenheng med at makt skaper nakenhet og nakenhet legger forholdene til rette for utøvelse av makt.

De fleste av disse utsagnene er det jeg tolker som såre fortellinger om ikke å bli møtt på en god måte. Det var allikevel noen beskrivelser med andre nyanser.

Berit sa at *”eg selvfølgelig glad for at de hadde satt sprøyta, men ikke på den måten de gjorde det på”*. Hun erfarte etter å ha fått medisiner at hun ganske raskt ble klarere i hodet. *”og når eg ikke hadde kontroll, måtte jo de ta kontroll”*.

Anne fortalte at hun hadde opplevd situasjoner med beltelegging og medisinerer der hun opplevde at hennes verdighet ble ivaretatt. Det som særpreget disse situasjonene var at *” den eine personen tar seg tidå og forteller deg og tar seg bryet med å fortelle deg ka det er som skjer”*. I perioder der hun har vært sliten av sjølskadingen, har hun også bedt *”om de der ubehagelige sprøytene”*, noe som ikke oppleves som tvang når det skjer i et samarbeid. Det beskrives flere slike erfaringer under pkt. 6.2.2 om ensomhet.

Jeg vil nå videre drøfte temaene makt og nakenhet i lys av teori av Foucault, Skjervheim og Martinsen.

6.1 Makt

er utledet av fortellinger om tingliggjøring (objektivering) og oppdragelse

6.1.1 Tingliggjøring eller objektivering

Som beskrevet under pkt. 4, ble det tidlig i intervjuprosessen tydelig at ”tingliggjøring” eller objektivering var et av fenomenene som synliggjorde aspekter ved tvang. Videre i teksten vil jeg bruke begrepet objektivering slik det er beskrevet hos Skjervheim i Deltakar og tilskodar (1976).

Det mest nærliggende eksempelet på objektivering er å forholde meg til et menneske med psykisk lidelse som en diagnose, og ikke en person. Foucault hevder at diagnosene både har til hensikt å klassifisere den andre som normal og unormal, samt at den kan ta form som maktmiddel. Norvoll (2002) viser til Foucault som mener det er sterke bånd mellom makt, sosial kontroll og kunnskap. Maktforhold baseres på språk og språkforståelse, og med vår fagkunnskap og måten vi uttrykker denne på, kan vi være med å opprettholde denne makten.

Det mest konkrete eksempelet på objektivering var Anne som hørte at en av personalet kalte henne en ”ting” (s.10).

Anne illustrerer videre forskjellen på det som Skjervheim kaller en to-leddet og tre-leddet dialog med følgende utsagn:

”Hvis du har fastvakt f.eks. da hvis fastvakten sitter og spiller på mobilen; Det er så provoserende. Så sitter du der på rommet ditt, så sitter det en der og spiller på mobilen. Det er (pause)...-, men så har du de som e kompisar som: Nå e eg fastvakt her. Eg har lyst at dette skal bli kjekt. Kan vi ikke bare snakke sammen? Høre på musikk og sånne ting. Det går ann å gjøre det til mindre majestetisk på en måte.....Maktforholdet blir veldig skeivt når du setter deg i døra med et ukeblad eller en mobil å trykke på. Hvis du går inn og heller er et medmenneske, vil jo opplevelsen bli en helt annen”.

Ved hodedunking kunne Anne fortelle at personalet inntok to forskjellige perspektiv, deltaker eller tilskuer. Et par ganger hadde hun erfaring med at personalet forsøkte å komme i dialog med henne når hun satt og dunket seg, altså en praktisk handling. Her ble utfallet at Anne og personalet hadde en hyggelig samtale etter det som fra personalet sin side var en praktisk handling.

Som regel sto de og telte til 10 i døra, før de trykte på alarmen og beltela henne. Dette tolker jeg som en instrumentell tilnærming. På spørsmål om Anne tror det var tilfeldig at det var ekstravakter som møtte henne med dialog svarer hun:

”de var jo veldig mye mer aktive i forhold til å tenke kreativt, synes jeg. De var ikke opplært til hvordan de skulle tenke, de var, mange av de, ikke alle, mange av de tenkte veldig kreativt”.

Under belteleggingen fortalte Anne at de snakket over hodet på henne. De var hardhendte, noe hun begrunnet med at de ville raskt tilbake til sine avdelinger.

Ved å objektivisere den andre, blir det også enklere å utføre det som Skjervheim kaller pragmatiske handlinger. Da blir målet å få pasienten i ro slik at avdelingen får gjenopprettet ro og orden. Da er det tilstrekkelig å ha den håndverksmessige kunnskapen som Aristoteles kaller *techne*. Dersom man skal møte den andre som et subjekt, med en praktisk handling, forutsetter det også en etisk vurdering i forkant av handlingen, altså både *techne* og *fronesis*. Da må jeg som personal forholde meg til pasienten som et menneske med historie, bevissthet og egne opplevelser.

Objektivisering kan også komme til uttrykk gjennom vår definisjonsmakt.

Cesilie uttrykker: *”Jeg sliter fortsatt med mitt selvbilde, for jeg har blitt så definert, som syk, syk, syk. Alt jeg gjør, er sykt. Jeg vet ikke mitt eget beste, jeg forstår ikke meg selv, jeg forstår ikke tankene mine. Jeg er forvirra. Det er ikke så lett, liksom i nå i ettertid, selv om mange sier; jammen de må jo ha tatt feil, du er jo ikke sånn, du er jo helt normal på mange måter, sier de til meg da, folk jeg har kontakt med nå. Jeg synes det er kjempevanskelig å slippe alle de definisjonene av meg selv som jeg har fått i gave fra psykiatrien”.*

Videre: *”De visste best og visste at nå går det bedre med meg da jeg slutta å jogge og begynte å røyke”.*

”Jeg opplevde, jeg opplevde at i psykiatrien er det en sånn overbevisning der at fagpersonalet, de vet veldig mye om meg. De skjønner hva som er bra for meg og sånn”.

Cesilie beskriver sin opplevelse av de ansattes perspektiv det som Skjervheim kaller tilskodar perspektiv, at den ansatte som subjekt observerer henne som da blir objekt.

Psykiatrien har en lang historie på det å observere og kategorisere det man oppfatter som avvik som sykdom. Som beskrevet i punkt 3.2 ble blikket innført på 18-tallet som et av asyls viktige trekk. Foucault skriver at dette blikket ikke ga noen adgang til gjensidighet, og at vitenskapene om sinnssykdommen alltid kom til å bestå av observasjoner og klassifikasjoner (Foucault & Sandmo, 2000).

Også i dagens pleieplaner som først og fremst er pleiepersonalets redskap i det miljøterapeutiske arbeidet, er det vanlig å skrive observasjoner som tiltak. Det kan omhandle alt fra observasjoner om psykose, vrangforestillinger, ivaretagelse av grunnleggende behov, - i det hele tatt alt som handler om adferd. Ved noen avdelinger har man innført pleieplanskriving sammen med pasienten, men svært ofte blir det den enkelte sykepleiers subjektive mening som preger planen. Pleieplanskriving og behandlings- og rapportmøter med pasienten til stede er fremdeles unntak framfor regel.

Anne viste til et seminar hun hadde vært på der personal fra et Distriktpsikiatrisk senter, DPS, fortalte om erfaringer med overlapping mellom skiftene med pasienten til stede. Anne mener at tvang kan reduseres ved å innføre dette i avdelingen som et tilbud til pasienten.

”For da får pasienten være med å si noe om det som er vanskelig. Altså, på dagen i dag hadde du det veldig vanskelig, da er kontaktpersonen óg mye mer forplikta til å ta kontakt i løpet av dagen. For det er de alltid ikke like flinke til.....Kordan kjenner du deg nå? Tror du det går greit i kveld? Kanmei gjøre noe som du tror vil gjøre det lettere? I stedet for at i dag var Anne heilt krakilsk på dagen. Mehar fått ordna det nå, for me har fått gitt na sprøyta. På kvelden så blir du ikke noe problem, sant?”

Flere av informantene påpekte det de mente handlet om stigma og fordommer hos ansatte innen psykisk helsetjeneste.

Anne sier: ”Eg tror vi har veldig langt igjen for å få vekk stigmatiseringen. Me snakker om å få vekk stigmatisering ute i samfunnet, men å få vekk stigmatisering innad i helsevesenet? Det som ikke er så synlig. Hvorfor har personalet egne kopper? Me har ikke noen smittsomme sykdommer, sant? Hvorfor skal de spise etter at vi har spist? Hvorfor kan de ikke spise sammen med oss? Altså, det er sånne små ting som viser at det er en del holdninger som må endres. De tror de har kommet så langt. Men det er så langt igjen å gå. De lager sånne skiller som er heilt unødvendige. Alle vente på å ta de store skrittene, men så glemmer de å ta de små skrittene som gjør at man kommer fram til de store. De sitter bare og venter på noe revolusjonerende”.

Berit etterlyste forsøk på dialog med henne da hun var psykotisk og skulle medisineres. Hun viste til en kjerne inni henne som hun mente var der til tross for at ”jeg var gal, der og da”. Hun sa imidlertid også: *Kritikken min er: Hvorfor sa de ikke: ”Berit, nå er du akutt, paranoid, psykotisk”.*

Egil sa: *”det at du var psykotisk og man kan vær veldig forvirra og sånn, så ikke sant, så har du ein indre stemme som seie ka som er rett og ka som er gale, at du til og med kan forutseting”*.

Oppsummering:

Informantene beskriver her hvordan de ble møtt i holdning og handling på ulike måter av personalet. Den gode måten å bli møtt på handler om en tre-leddet dialog med personalet som deltaker. Det som informantene opplevde som stigma og fordommer skaper imidlertid to-leddet dialog der personalet blir tilskuere.

6.1.2 Oppdragelse

Det å frambringe redsel hos pasientene var fram til det 19. århundre anvendt for å få til *”helbredende bevegelse i fibrene”* (Foucault & Sandmo, 2000). Ved innføring av moralsk behandling og moralske metoder fikk galskapen etter hvert *”en rent psykologisk og moralsk status utenfor erfaringen av det irrasjonelle”* (ibid, s. 191).

”Galskapen ble presset inn i det ene begrepet skyld. ” en rent psykologisk medisin ble først mulig den dagen da galskapen ble plassert innenfor skyldens område ” (ibid, s. 197).

Overtalelse, formaninger og resonnement ble en del av behandlingen. Disiplin skulle fungere som en sosial domstol som slo ned på adferd som var for avvikende.

Normene for denne domstolen var basert på medisinsk tenkning og kontroll av avvik.

Oppdragelsen kommer til uttrykk ved at pasienten får belønning som form av økt frihet når han har vist seg å framtre mer ordnet og normal, og mindre frihet når han framstår som unormal eller kaotisk. Dette opplever pasientene ofte som straff.

Foucault hevder at selv om man i dag ikke bruker åpen makt i form av fysiske avstraffelser, har en annen type maktstruktur overtatt der kravet til pasienten er føyelighet eller lydighet.

Den situasjonen som ble beskrevet med mest åpen bruk av makt, var Egil som ble beltelagt fordi han lå i senga med skoene på.

Ved følgende situasjoner ser vi eksempler på at personalet inntok en oppdragende rolle med det som Foucault hevder er mer subtil bruk av makt.

Cesilie fortalte tidligere at de ba henne holde opp å bite, da hun lå og beit seg i armen.

Cesilie forholdt seg til personalet i denne rollen: *” jeg ville jo bare ut igjen og da visste jeg jo at jeg måtte være snill”*.

Berit fortalte at da hun var blitt tvangsmedisinert med det hun trodde var en dødssprøyte, forlot alle sammen rommet. Hun hadde imidlertid holdt tilbake en student og sa at han måtte være hos henne.

”Da sa han til meg: Hvis du ska unngå dette her, må du oppføre deg litt annerledes, sa han. Ka meine du med det, seie eg. Du må ta medisinene dine, sier han. En annen strategi. Da hadde eg nekta å ta medisinene i flere dager”.

Anne hadde forsøkt å klage over behandlingen hun fikk ved beltelegging til kontrollkommisjonen. Det kom det ikke annet ut av enn:

” eg måtte bare prøve å unngå å komme i sånne situasjoner. Og det var det”.

Med snevre grenser for normalitet opptrer det også skam. Foucault viser til at angsten for ufornuften vokste fram mot slutten av 1800-tallet. Det å være ”ufornuftig” ble sett på som skammelig.

Anne forteller om når hun skader seg:

”De kan komme inn og sei: Er du ferdig?” Og alle som eg har snakka med som skader seg, inklusiv meg sjøl, Da må du svara nei. Bare nødt til å sei nei, for ein skam å sei ja. Også seie de alltid; da kommer jeg tilbake om 10 minutt. Og eg kan gjøre ganske stor skade på ti minutt. Og da har de allerede skammeliggjort meg. Og da må eg i alle fall ha noe som eg kan være stolte av å vise fram. Og da må det være skikkelig...”

Anne fortalte videre at personalet ofte appellerte til at hun måtte bruke fornuften sin til å velge andre handlemåter enn å skade seg da hun var så ressurssterk.

”Det er nesten som å skvetta vann på oss, eg vett jo bedre enn detta. Så får eg problemer med meg sjøl, igjen. Eg vett jo bedre enn, prøve eg å stritta i mot blir det bare ennå, ennå verre, og tror eg at, når eg viser at eg ikkje lyer de, nesten som en unge, nesten, hvis du ikkje lyer og roer deg ned sjøl, da legger vi deg i belter”.

Oppsummering:

Oppdragelse ser også i dag ut til å være en tilnærming i psykiatriske institusjoner slik det var det for over hundre år siden. Tilstedeværelse av makt i denne oppdragelsen varierer frå åpen og direkte bruk av makt til mer subtile former.

6.2 Nakenhet

Nakenhet er utledet av kategoriene avmakt, ensomhet, redsel og retraumatisering.

6.2.1 Avmakt

Å være innlagt i psykiatrisk avdeling innebærer en dramatisk rolleendring i forhold til det å leve hjemme i eget hjem, særlig når innleggelsen ikke er frivillig.

Man har ikke lenger myndighet til å ta avgjørelser og blir avhengig av personalet i konkrete situasjoner. Bagasjen blir gjennomgått og man blir fratatt gjenstander som personalet vurderer man kan skade seg sjøl eller andre med, eller ting som vurderes kan bidra til ytterligere sykdomsutvikling. Eksempler på det siste kan være radio, CD-spiller eller bibel.

Følgende sitat illustrerer dette:

Cesilie:

”Tvang i forhold til ikke ha, - tvang i forhold til å måtte be om alt mulig, sånne enkle ting som å få lov til å få ta meg en kopp ingefærte, for jeg har den innelåst i et skap, det opplever jeg som et stort inngrep også”.

Egil forteller om selve innleggelsen:

” De tok nøklaknippet, de tok lommeboka, de tok pennen, du hadde ingenting. De du synes var veldig kjekke, de ga deg kanskje nøklaknippet tilbake igjen. Da følte du at du hadde en identitet, for å sei det sånn. Ikke sant, et knippe, om du komme hjem, så kan du bare låse opp, så e du hemma”.

Cesilie:

”der jeg opplevde den herre tyggummimentaliteten veldig brutal, alt skulle trekkes ut hele tiden, det var ingenting som skjedde på en måte. Det synes jeg kanskje må være samme opplevelsen som å være på asylmottak over tid, at du aldri vet hva som skal skje med deg, hva de tenker videre om din situasjon. Og du har ingen innflytelse over deg, det synes jeg var veldig vanskelig.”

Focaalt (2000) beskriver hvordan den store innesperringen medførte et sett av maktstrukturer der forbudstvungen var den mest dominerende. Denne forbudstvungen har til dels sammenheng med definisjonsmakt som er beskrevet i 6.1.1.

Disse forbudene, vil i tillegg til mangel på rettigheter til å ha dine egne ting også komme til uttrykk i form av reguleringer på utgang, besøk, leggetider, samvær med medpasienter med videre. Slike tiltak blir ofte fattet uten at noen har snakket med pasienten om dette og fått hans syn på saken.

Avmakt knyttet til intervensjon med tvangsmidler kan både være knyttet til beslutningen som er fattet, psykisk avmakt, til den fysiske avmakten som pasienten kan kjenner på.

Berit forteller:

”Den der maktesløsheten, de er sterkere enn meg, det er jo et overgrep, når noen holder deg. Det er jo makt sånn, for jeg kan ikke gjøre motstand, jeg er jo ikke sterk nok. Hvis jeg da trodde at nå tar de livet mitt, jeg var jo helt overgitt, jeg var i deres vold, kan du si.”

Bortsett fra Annes to erfaringer med ekstravaktene som forebygde beltelegging med å gå i dialog med henne, hadde de andre informantene ikke eksempler på at frivillige tiltak ble prøvd først.

Anne sa: *”Jeg har stått og ropt hjelp noe ganger. Men jeg har aldri opplevd at de snur på beslutningen. Den som trykker på alarmen har allerede bestemt seg av utfallet”.*

Cesilie berørte også det at personalet kunne føle avmakt:

”Og vi er vel enig om at det er ikke bare pasienten som føler avmakt, det er også de ansatte føler avmakt overfor pasientene og trenger måter å beskytte seg overfor den avmakten på. Og det er greit å føle avmakt overfor folk som har det vanskelig synes jeg, men de må erkjenne det, så en ikke finner dårlige beskyttelsesstrategier. De kan stå i den avmakten og allikevel være der”.

Oppsummering:

Informantene hadde mange opplevelser der de beskrev avmakt. Dette kom til uttrykk både i forbindelse med anvendelse av tvangsmidler, men også ellers under sykehusoppholdet. Den handlet om mangel på oversikt og kontroll over egne ting og egen framtid, men den kom også direkte til uttrykk i forhold til å være fysisk underlegen i tvangssituasjoner. En informant snakket også om at de ansatte sikkert kjente på avmakt.

6.2.2 Ensomhet

Flere av pasientene kom med utsagn som jeg tolket som ensomhet.

Berit beskrev under pkt. 5.1 at hun over uker var blitt dårligere psykisk. Hun greide ikke å holde styr på tidspunkt for måltidene, derfor spiste hun lite og hun sov dårlig.

Hun forteller: *”første dagen jeg kom der, så hadde jeg, jeg hadde ikke sovet et sekund den natta. Så satt jeg bare og grein, og han (nattevakten) gikk bare videre”*

Hun var også opptatt av at ingen snakket med henne før de kom og ga henne den sprøyta. Hun påpeker at det var en kjerne inni henne som de kunne snakke til og at familien i alle fall ville holde fast på *”at det er jo Berit, tross alt”.*

Hun sier videre:

”Omsorg og kjærlighet er jo enormt viktig for at du føler de ikke er fiender, jeg opplevde en veldig kulde der inne og da ble jeg sikkert mer og mer paranoid og - i forhold til personalet”.

Cesilie var tydelig på at hun ”hadde det dårlig.” Hun lå aleine og registrerte at personalet kikket inn i vinduet i døra for å se at hun var der hun skulle være. Dette beskrev hun som *”deprimerende, stusselig og trist”.*

Videre:

”Men når jeg da merker at det blir verre og verre, altså i mitt liv, i min kropp og i min psyke, og de da ikke vil høre på meg når jeg prøver å uttrykke noe om det, da kan man jo bli veldig sint og veldig frustrert og man kanskje kan begynne å gå løs på seg selv og har ikke lyst til så veldig mye, egentlig”.

Videre:

”Og, når de sitter der og strikker og prater om blomster og sånn, hvor fine de blomstene er og sånn, så kjenner du at nå holder jeg snart ikke ut mer, jeg har det så fælt, så blir en veldig sint!”

”Det er klart at det merkes jo, om en har lyst til å være sammen med en eller ikke”.

Foucault skriver at ”disiplinen også foretar en romlig inndeling av individene”. (Foucault, 1994, s. 131) Hvert individ skal ha sin plass, og fellesskap bør unngås.

Som en del av den miljøterapeutiske delen av behandlingen, blir det foretatt en vurdering av i hvilken grad pasientene skal tillates eller oppmuntres til å delta i fellesskapet. Argumenter for at de ikke skal være sammen med medpasienter kan være at de skal beskyttes mot å blamere seg på grunn av psykotisk adferd eller at en vurderer at for mange inntrykk vil kunne gjøre dem mer psykotiske eller forvirret. Det kan i praksis være vanskelig å foreta vurderingen av hva som vil være riktig i forhold til ukritisk, upassende adferd. På den ene sida kan det stilles spørsmål om våre normer for hva som er normalt ”knesetter normer for helse” slik Foucault uttrykker det (1994).

Flere av informantene beskrev personalet som fjerne og ikke tilstede når de hadde det vanskelig.

Cesilie forteller:

”Jo, fordi at jeg vet at, jeg trenger omsorg altså. Jeg trenger varme og omsorg og forståelse. For at jeg skal ha det bra. Og jeg trenger at det er litt trygt rundt meg.Alt blir så stusselig. Og, liksom, hvis da noen virkelig kunne vist at de brydde seg om at jeg lå der og hadde det dårlig, så de kunne satt seg ned og ja, kanskje, strykt meg over håret og sånne enkle

ting og hørt; Hvordan er det for deg nå? Jeg hadde ikke hatt så mye språk heller, men på en eller annen måte så måtte de jo kunne klare å få deg ut av meg, liksom. Et eller annet, tenker jeg”.

Martinsen skriver kvalitetene ved omsorg handler om avhengighet av hverandre, forståelse og en holdning som anerkjenner den andre.

Men for å gi omsorg, må jeg som personal først erkjenne at noen har behov for min omsorg. En forutsetning for denne erkjennelsen er at jeg ser med ”hjertets øye”. Martinsen viser videre til Løgstrup når hun sier at vi har noe av det andre menneske i vårt blikk, og derved også i vår makt.

Det å være avhengig av mennesker rundt deg, som ikke ser deg som det unike, verdifulle mennesket du er, vil for alle være en stor belastning.

De fleste mennesker med psykiske lidelser sliter med selvbilde når de er i dårlige faser. Dette kan handle om et fragmentert selvbilde dersom en er psykosenær eller psykotisk, eller et lavt selvbilde som preger mennesker med depresjoner, spiseforstyrrelser eller som driver med sjølskading. Berit forteller at hun visste at hun var annerledes enn det hun pleide å være:

”Og jeg satt jo og studerte hefter med diagnoser for å finne diagnosen, det var ingen som sa det til meg”.

Hun hadde en fremmedfølelse i forhold til egen tanker og følelser som sammen med det å ikke bli sett og ivaretatt vil være en opplevelse av dyp ensomhet.

Det å være i dyp krise og ikke bli sett og møtt på sine behov, vil ytterligere forsterke det fragmenterte eller lave selvbildet. ”Å se med hjertets øye, med det deltakende oppmerksomme øye, får den andre til å tre fram som betydningsfull ” (Martinsen, 2000, s. 21).

Cesilie sa:

”Men det de ikke så var at jeg fikk det dårligere og dårligere og at, ja jeg mistet rett og slett kontakten med meg selv og med livet og med alt det som var mine ressurser og mine meninger. Det så de ikke. De har kanskje ikke en slags forståelsesramme for å se det rett og slett innen psykiatrien”.

Flere av informantene fortalte imidlertid om personal som de husker som skilte seg ut på en positiv måte. Tidligere har jeg beskrevet de to ekstravaktene som forbygde bruk av tvang med Anne, samt den psykiateren som Dina gjorde avtale med om at personalet ikke skulle bøye seg over henne.

Cesilie fortalte om en avdeling som hun oppfattet som ”hard og kald” og der personalet var ”småaggressive hele tida”.

”Jeg husker det var ei der som var dame. Jeg husker hun var veldig annerledes. Hun satt der bare noen nattevakter eller noe sånn. Hun tilbød seg å flette håret på oss, på jentene. Det var i hvert fall meg og en til som alltid gikk bort og sa: Kan du flette håret mitt i dag lissom, det var sånn godt, det var, det kjentes så godt når hun tok i håret lissom”.

Dina hadde en primærkontakt som *”var bare helt unike, aldeles heilt unike. hu var heilt fantastiske, ei grassat strenge. Hu va jo ikke billige. Hun var absolutt den rette for meg. Hun var rett og slett så rettferdig. Hun var veldig målbevisst, bestemt til hun fant ut at jeg på en måte klarte å si til henne hva jeg tenkte og følte”.*

En annen av personalet som ble særlig viktig for henne var en mannlig pleier. Han monterte en bokseball på loftet, og fikk henne med opp dit når hun begynte å bli urolig.

”Og da var det ingen som visste ka me gjorde den timen, eg måtte jo bare få ut noe, og det var heilt, heilt fantastisk”.

Det som preger de gode opplevelsene er at pasientene ble sett som mennesker. De ble sett på som unike mennesker med sine behov. De ble sett med hjertets øye, som Martinsen uttrykker det. Hva dette øyet ser, vil få betydning for om personalet lar seg berøre og så møter den andre der han er. Dersom man møter den andre som et objekt, vil man ikke la seg berøre og instrumentell eller teknisk tilnærming vil være tiltak. Målet vil da være ”å dempe uroen” i avdelingen og ikke gå i dialog med den andre om hva han eller hun har behov for akkurat nå. Anne hadde et eksempel på personal som gjør avvik fra rutinene. Det var en av ekstravaktene som tidligere er beskrevet.

”Han satt der heilt aleine, satt heilt stilt rolig på senga mi og fortalte. Han satt til og med etter arbeidstid. Det var midt i vaktskiftet.

Og når klokka var 3 begynte jeg å si at nå må du gå hjem, du må gå hjem.

Jeg begynte å få dårlig samvittighet for han satt der og jeg visste at jeg var problemet, sant? Og da sa jeg: Du må gå hjem! Da sa han: Jeg er ikke ferdig på jobb før jobben min er ferdig og akkurat nå er du urolig, og min jobb er ikke ferdig før du er rolig.

Eg sitter her, skal ikke ut på noe etterpå, eg har tid til å sitte her, så nå skal eg fortelle deg om noe annet som skjedde på festivalen. Så var det mye sånn: Nå må du gå hjem. Ja, men jeg har lyst til å fortelle deg noe mer. Det er jo kjekt å fortelle deg om dette. Og det var jo det som gjorde at jeg ble med i samtalen.

Oppsummering:

Informantene fortellet om ulike måter de blir møtt på. Min fortolkning er at når de blir møtt som subjekt, som de unike menneskene de er, blir de sett med ”hjertets øye”. Dette kan få

pasienten til å kjenne seg betydningsfull. Flere av informantene pekte på enkle tiltak, som de selv antydte kunne høres enkle eller banale ut. Det var imidlertid tiltak som medførte en opplevelse av noe verdifullt for pasienten.

6.2.3 Redsel og Retraumatisering

Under belteleggingen var det et bredt register av følelser som ble presentert. Noen var konkrete følelser som redsel. Berit brukte uttrykket livredd, fordi hun trodde at hun fikk ei dødssprøyte. Men det verste var at hun ikke hadde kontroll. Mangel på kontroll opplevdes altså verre enn å få ei dødssprøyte.

Egil brukte ikke ord for en direkte følelse, men han husker ei stor, svart, blank sprøyte som ble satt inn til beinet. Han beskriver videre at ”tilliten til systemet ble brekt ned med den der”. Han fikk assosiasjoner til Gulag, som var konsentrasjonsleire i Sovjetunionen fra Lenintida og utover. Umenneskelig behandling og tortur var utbredt i disse leirene.

Han forteller videre at det var en pleier ved sykehuset som han ikke hadde tillit til. Han fikk fantasier om at hun kunne komme til å ”køle” røyken på den nakne brystkassen hans mens han lå i belter. Av den grunn ville han ikke at hun skulle dra for gardinene da hun foreslo det. Pleieren hadde ikke sagt eller gjort noe konkret som medførte disse fantasiene, men det var ”noe med henne”.

Cesilie forteller:

”Når en er skikkelig dårlig, så blir en så sensitiv, man er allerede så innmari åpen. Og det hadde vært så godt hvis den åpenheten ble møtt med ro og trygghet. Og den smerten en har, med respekt og tilstedeværelse, det er så mye som trenger å bli uttrykt når en har en av sine store livs kriser”.

Når en er i psykisk krise vil følelser som vi alle har og som hører livet til kunnes forsterkes. Problemer med å oppfatte og fortolke virkeligheten vil kunne være endret. En vil være mottakelig for tanker og impulser som en vanligvis ikke definerer som en trussel mot egen eksistens.

Knyttet opp til avmakt vil det å vite at personalet har negative sanksjonsmuligheter, kunne forsterke slike fantasier. Det vil da være en utfordring for personalet å møte pasienten på en slik måte som ikke utøser eller forsterker slike vanskelige følelser.

Flere av kvinnene nevnte seksualitet og overgrep når de fortalte om holding og beltelegging. Dina uttrykte at for henne ble belteleggingen gjenopplevelse av misbrukssituasjoner fra hun

var liten. Hun forteller at det å bli beltelagt var mye verre enn det å bli holdt. Hun gir også uttrykk for aggresjon i disse situasjonene, da hun ropte; ”Jeg hater, jeg hater!”

Anne forteller at det at personalet dro av henne buksa når hun skulle medisineres både var ekkelt, ikke noen god følelse og ikke verdig. Cesilie beskriver en situasjon der en overlege la hånda hennes like over underlivet. Hun sier at det kan ha vært tilfeldig, men at hennes opplevelse var at det var et overgrep.

Foucault skriver at da galskapen ble sett på som et tegn på en annen verdens eksistens, hadde galskapen ennå tilgang til språket. Men da galskapen ble koblet til ufornuften, ”kunne stillheten herske og galskapen forsvinne i ufornuftens alltid tilbaketrunkne nærvær”. Ved objektivisering forsterkes denne språklige avmakten. En kan da bli klassifisert ut fra innholdet i det man sier, som Arnhild Lauveng beskriver på 33.

Kvinnene er i seg selv preget av avmakt på grunn av rollen som tvangsinnlagt ved psykiatrisk avdeling.

Anne kommenterer ubehaget ved at seks menn kommer og legger seg oppå kroppen hennes. Flere av informantene kommenterte også kjønnsperspektivet i forhold til at menn har fastvakt på kvinner og følger dem på toalettet etc. Det å måtte forholde seg til menn vil for noen kvinner ytterligere forsterke avmakten og sårbarheten.

Dina fortalte ubehaget ved at personalet bøyd seg over henne når hun skulle beltelegges. Hun hadde også blitt bundet med tau rundt halsen, mens overgrepene fant sted. Under belteleggingene der hun var tilbake i disse situasjonene slo hun med armene for å forsøke å få vekk tauen. Redselen for å ha skadet noen plaget henne i etterkant, men det var aldri en gjennomgang av episoden, noe som forsterket avmaktsfølelsen.

Hun forteller at etter hvert som hun fikk satt ord på dette, så ble hun og psykiateren enige om at personalet skulle prøve å la være å bøye seg over henne i slike situasjoner.

”- og når de fant ut at kanskje at vi drar ut senga og så sitter vi nede ved føttene. Og så sier vi bare navnet sånn passelig, og for meg var det bare helt vidunderlig. Og det var jo noe av det som gjør at jeg er her som jeg er. Jeg ble sett, jeg ble hørt og jeg ble trudd!”

Oppsummering:

Flere av informantene forteller om redsel og retraumatisering i forbindelse av anvendelse av tvangsmidler. Det vil være en utfordring å redusere slike opplevelser. En av informantene ønsker å bli møtt med ro og trygghet og en annen erfarte at det å våge å sette ord på hva disse følelsene handlet om, medførte en annen tilnærming fra personalet sin side.

6.3 Lengsel etter anerkjennelse

Min fortolkning av de fem informantenes fortellinger er som tidligere beskrevet at deres erfaringer knyttet til tvangsmidler er en opplevelse av nakenhet og avmakt. Avmakt skaper avhengighet, i denne sammenheng avhengighet knyttet til personalet.

Etter å ha lest og analysert intervjuene, ser jeg nyanser i informantenes beskrivelser. De har behov for å bli møtt der de er, noe som fordrer at personalet evner å møte hver pasient individuelt. Det å bli definert med en diagnose medførte at Cesilie ville føle seg krenket, mens Berit hadde en ønske om at de nettopp skulle gi henne en diagnose slik at hun forsto hva det fremmede handlet om og slapp å leite etter svar i pasientbrosjyrene. De hadde et ønske om å bli møtt med ulike utsagn eller handlinger, men begge hadde en mening om hva som ville være riktig for akkurat seg.

På bakgrunn av historier om avmakt, ensomhet, redsel men også glimt av gode opplevelser vil jeg avslutningsvis i dette kapittelet antyde en videre mulig tolkning av materialet.

Informantene formidler gjennom sine historier det jeg oppfatter som en lengsel etter anerkjennelse. Denne lengselen kommer til uttrykk som:

- Anerkjennelse for det unike mennesket de er
- Anerkjennelse for den situasjonen de er i
- Anerkjennelse for de behovene de har i livet sitt akkurat nå.

7. Diskusjon

7.1 Avhandlingens funn

Mine funn viser at brukernes opplevelser av tvangsmidler i psykisk helsevern er preget av egen nakenhet og systemets makt. De beskriver seg sjøl som ensomme og redde og har en gjennomgående opplevelse av avmakt. Dette kan tyde på at det strukturer fra da asylene ble opprettet som også i dag preger det institusjonelle behandlingstilbudet.

Både brukere og enkelte fagfolk har stilt seg kritiske til deler av Opptrappingsplanen for psykisk helse. De etterlyser en grunnlagsdiskusjon om holdninger og kunnskapssyn som ikke ble avholdt da planen ble vedtatt. Planen inneholdt på mange måter ”mer av det samme” uten at det var en klar og tydelig uttalt mening om at dette var riktig.

Funnene som er beskrevet, er langt på vei i tråd med både tidligere forskning og brukerfortellinger der følelser som redsel, frykt, skam, smerte og retraumatisering er beskrevet etter episoder med fysisk tvang.

Jeg finner i mitt materiale særlig opplevelsen av ensomhet og det å bli behandlet som et objekt som mer framtredd enn annen forskning som jeg har funnet.

Grubaugh et al. (2007) så betydningen av at personalet har kunnskap om hva overgrep gjør med mennesker og nødvendigheten av at personalet utviser en særlig sensitivitet i forhold til mennesker som har slike erfaringer.

Makt, slik den er beskrevet i oppgaven, kan framstå som kun negativt. Norvoll (2002) skriver at makt kan oppfattes som besittelse, suverenitet og kontroll, men også som utøvelse, strategi og kamp. Hun viser til Foucault som i senere verker påpekte at også kan utgjøre positive, skapende og produktive krefter i samfunnet.

Som helsepersonell i psykiatrisk avdeling må vi erkjenne at vi har makt, og vi skal ha makt.

Det å ta kontroll over den andre viser seg noen ganger nødvendig når pasienten er til skade for seg sjøl eller andre. I psykiatrisk avdeling vil ”andre” i ho vedsak være personalet som har krav på et arbeidsmiljø der både sikkerhet, integritet og verdighet ivaretas.

Spørsmålet er imidlertid om vi ved vår utøvelse av makt nødvendigvis må skape så stor avmakt hos pasientene?

Anne påpekte også at noen ganger har hun erfart at alternativet til tvang var ignorering, noe hun også opplevde som en krenkelse.

Menneskets integritet er en av verdiene som menneskerettighetene er tuftet på. Martinsen skriver at integritet betyr at noe er urørlig og kan krenkes ved å bli rørt med. Integriteten kan brytes ved at vi som helsepersonell invaderer den andre med det hun kaller ”føleriet” der integriteten til den andre viskes ut. Men det å la være å handle kan også være krenkelse av den andres integritet. Dette samsvarer med Aristoteles sin tenkning om at vi ikke kan fritas for å velge en handling når vi står overfor et moralsk dilemma.

Barbosa da Silva diskuterer forholdet mellom paternalisme og autonomi for mennesker som er bevisstløse, delirøse eller svært psykisk plaget. Han viser til filosofen John Rawls som sier om distributiv rettferdighet:

”....i etterhand måtte pasienten hålla med att om vi gjorde det som var bäst for honom”

(Barbosa da Silva, 1994, s. 104). Dette innebærer at dersom pasienten i ettertid blir plaget av

hvordan han/hun har oppført seg under oppholdet, kan dette bli en tilleggsbelastning som personalet kan anklages for å ikke beskytte han/henne mot.

Som tidligere beskrevet finnes det noe forskning på både brukeres og personalets opplevelser og håndtering av tvangssituasjoner. Sintef Helse (2007) fant i sin litteraturgjennomgang flere internasjonale undersøkelser der vektlegging av individuell tilnærming, økt involvering av familiene, kunnskap om forebygging av traumer og revoveryttenkning gir gode resultater. Til tross for til dels metodologiske svakheter og usikkerhet vedrørende overføringsverdi, ser de at det er også kommet fram erfaringer om hva som kan forebygge bruk av tvang og hvordan uunngåelig tvang kan utføres slik at den blir mindre belastende for pasienten. Da skader på pasienter og personell oftest oppstår i grensesettingssituasjoner viser det nødvendigheten å ha et kritisk blikk på hvor hensiktsmessige avdelingens husregler er, samt opplæring knyttet til å forebygge konflikt og utagering.

Wynn (2003) sine informanter pekte også på betydningen av å ha kjennskap til, og en relasjon til de pasientene de skulle forholde seg til ved bruk av tvangsmidler.

Vatne (2003) fant i sin doktorgradsavhandling at sykepleierne som hun intervjuet hadde to ulike perspektiv, det anerkjennende perspektiv og det korrigerende perspektiv. Ved det anerkjennende perspektiv inntok pleierne en anerkjennende holdning. Her ble adferd et uttrykk for at pasienten var sårbar og forsøkte å mestre en vanskelig situasjon.

Ved det korrigerende perspektiv inntok pleierne en vokterrolle, oppdragende rolle eller omsorgsrolle. Her var glidende overganger mellom rollene der tvangen beskrives som åpen i vokterrollen og skjult i oppdragerrollen og omsorgsrollen.

I henhold til denne studien, mener jeg at dialog og samhandling med personalet som var preget av en anerkjennende holdning, ville være i tråd med det som informantene uttrykte de lengtet etter.

Om kunnskap om hva som fremmer bedringsprosesser, viser Borg og Topor (2007) til betydningen av gjensidighet i relasjonen. Det kan diskuteres om dette er mulig når den som er ansatt (subjektet) opptrer som oppdrager i forhold til pasienten (objektet).

Borg og Topor (ibid.) sier videre at personell som viser en annen type profesjonalitet blir framhevet av brukerne som vesentlig for bedringsprosessen. Brukerne framhever at personal som tar initiativ, personal som kan gjøre avvik fra rutinene eller personal som møter dem med

hverdagslige tiltak som en kopp te eller et varmt teppe når en fryser, er tiltak som beskrives som viktige for pasientene.

Mine informanter hadde noen eksempler på personal som ga dem gode opplevelser, det var den eldre kvinnen som ”kausa på kjeiken”, damen som fletta hår, pleieren som lagde bokseball på loftet og ekstravakten som satt overtid. De siste eksemplene er i tråd med det Borg og Topor (ibid.) beskriver som det å inneha en annen type profesjonalitet, å avvike fra det man pleier å gjøre i avdelingen. I alle disse eksemplene ble pasientene sett som subjekt, og personalet framsto også som tydelige subjekt. Flere av informantene nevnte betydningen av at personalet kjente dem når de hadde det vanskelig, noe som også informantene til Wynn (2003) trakk fram. For å ha kjennskap til pasientene forsettes det imidlertid at man tar seg tid til å bli kjent og at avdelingskulturen anerkjenner dette som verdifullt.

Skjervheim sier at man i stedet for å velge handling selv, kan la andre velge for seg. I sykehusavdelinger kan regler og rutiner eller kulturen være det som styrer personalets valg. Det er i alle fall to aspekt ved det å være annerledes ved å avvike fra regler og rutiner som personal, som kan gjøre den rollen vanskelig. Det ene er at pasienter som oppnår goder, eller det som kan oppfattes som belønning av annet personal, gjerne blir kalt for ”splittende”. Dette viser til angivelige egenskaper hos pasienter, også kalt primitiv forsvarsmekanisme, som gjør at pasienten ”deler” personalet i ”de gode og de onde”. Det å bli definert som en av de gode, å ikke protestere mot den rollen, blir ofte sett på som uprofesjonelt.

Det andre aspektet ved å inneha denne andre formen for profesjonalitet er at denne type tiltak vanskelig kan baseres på evidens. Dette innebærer at disse hverdagslige tiltakene ikke har høy status i mange miljø, noe som innebærer at behov for slike tiltak ikke blir sett og dermed ikke prioritert. Dette vil igjen kunne medføre økt ensomhet og avmakt hos pasienten.

Testad (2004) fant et felles avmaktsrom når hun snakket med sykepleiere og pasienter etter belteleggings situasjoner. Dette avmaktsrommet var preget av mangel på kontroll og oversikt i situasjonen. Det er også et spørsmål om kravene til evidensbasert behandling kan medføre at personalet blir maktesløse i vanskelige situasjoner? Hvilken type evidens foreligger i forhold til mennesker som ligger og biter seg? I hvilken grad tillater postkulturen at man bruker tid på å bare være sammen, eller være til stede for folk på enklere måter, som en av informantene uttrykte det?

Brukerperspektiv og brukermedvirkning er nedfelt som krav i norsk psykisk helsetjeneste. Det er gode grunner til å stille spørsmål om hva som skal til for at dette skal omsettes i praktisk handling.

Mine informanter opplevde i liten grad medvirkning, verken under utøvelse av tvang eller under oppholdet for øvrig.

Ringen og Dahl (2002) problematiserer i Tidsskrift for den norske legeforening at det er for mange stemmer i norsk psykiatri og at dette svekker psykiatriens troverdighet overfor både allmennheten, pasienter/brukere og bevilgende myndigheter.

Min vurdering er at det er for få stemmer som har tilstrekkelig innflytelse i norsk psykisk helsetjeneste. For å få til nødvendige endringer er det en forutsetning at også brukernes stemmer blir inkludert i kunnskapsgrunnlaget. Deres erfaringskunnskap må løftes fram og aksepteres som gyldig kunnskap på lik linje med forskningsbasert kunnskap og fagfolkernes erfaringskunnskap. For at dette skal skje er det nødvendig med en endring av kunnskap, makt og kulturer. Et bidrag i riktig retning vil være å styrke den brukerorienterte forskningen slik at brukere og pasienter i større grad både blir medforskere, samt at de får anledning til å fortelle om hva som vil være god hjelp.

7.2 Avhandlingens metode

7.2.1 Diskusjon av metode og vitenskapelig forankring.

Bruk av hermeneutikk erfarte jeg som hensiktsmessig. Jeg vektla hele tiden å forsøke å være metodisk bevisst, som Gadamer skriver. Dette omhandler både arbeid med min forforståelse, planlegging og gjennomføring av intervjuene, analyse og tolkning og til slutt gjennom rapporteringen.

Under arbeidet så jeg kontinuerlig deler av intervjuet opp mot hele intervjuet og etter hvert også deler av intervju opp mot alle intervjuene. Materialet ble etter hvert lest i lys av valgt teori, noe som ga meg mer kunnskap slik at også empirien ble rikere. Intervjuene ble lest gjennom helt avslutningsvis for å sikre at jeg hadde vært tro mot informantenes stemmer.

Jeg valgte kvalitativt dybdeintervju som metode for å få fatt i informantenes genuine opplevelser. Jeg erfarte at denne metoden ga meg mye informasjon og ny kunnskap. Jeg var så heldig å få informanter med rike erfaringer og god evne til å formidle disse videre. Jeg erfarte allerede i første intervju at jeg fikk liten bruk for intervjuguiden. Jeg så imidlertid alltid på guiden i slutten av intervjuet for å sikre at vi hadde snakket om det som vi skulle snakke om. At informantene sto så fritt, vurderer jeg øker troverdighet av studien.

Valg av teori skjedde undervegs i prosessen. Som tidligere beskrevet utvidet jeg teorigrunnlaget til også å omfatte Skjervheim og Martinsen, i tillegg til Foucault. Disse tre teoretikerne bidro sammen til å styrke brukernes stemmer, da de har det som jeg oppfatter som et felles menneskesyn og advarer mot bruk av makt i forhold til objektivisering av mennesker.

7.2.2 Diskusjon generaliserbarhet, reliabilitet og validitet

7.2.2.1 Generaliserbarhet

Som tidligere beskrevet er generaliserbarhet mindre relevant i kvalitative studier. I denne studien kan man diskutere om den tause brukerkunnskapen er blitt mer konkret kunnskap som kan gi forventninger om en noe annen tilnærming til mennesker i situasjoner med tvang. På samme måte kan analytisk kunnskap om brukererfaringer sammen med fagkunnskap der både de aristoteliske dydene episteme, techne og fronesis er representert, bidra med veiledning i forhold til hvordan vi kan handle i en annen situasjon.

7.2.2.2 Reliabilitet

Relasjonen mellom forsker og informanter, samt hvordan forskeren fungerer som instrument øker reliabiliteten (Fog, 2004). Jeg erfarte at min lange erfaring som psykiatrisk sykepleier bidro til at jeg kjente meg trygg sammen med informantene, noe som jeg vurderer bidro til at også informantene kjente seg trygge.

7.2.2.3 Validitet

Som jeg nevnte innledningsvis, forsøkte jeg hele veien å være metodisk bevisst. Under intervjuene måtte jeg ha klart for meg at dette var en forskningssamtale der intervjuguiden var en rettesnor for samtalen.

En vanlig kritikk av materialet ved bruk av kvalitative forskningsintervju er at funnene ikke er valide fordi at informantenes informasjon kan være usanne (Kvale, 1997). Dette kan jeg som

forsker i denne type studie ikke kontrollere. Mitt inntrykk under intervjuene var imidlertid at informantene var åpne og etter beste evne beskrev sine opplevelser slik de husket dem. Det er imidlertid helle ikke slik at det er mulig å gjøre en objektiv kontroll av menneskers opplevelser og følelser. Jeg så imidlertid når jeg så deler av intervjuet opp mot hele intervjuet, at det var stor grad av konsistens og sammenheng mellom delene og helheten, noe som styrker validiteten.

Pragmatisk validitet stiller spørsmål om den nye kunnskapen kan skape faktiske adferdsendringer. Den adferdsendingen som jeg vurderer er lettest å få til er å sikre rutiner som systematisk legger opp til en samtale mellom pasient og involvert personal i etterkant. Her må spørsmålet om man har forsøkt frivillige tiltak først og om man har noe å lære av situasjonen være sentralt. Andre adferdsendringer vil kreve mer omfattende endringsprosesser for å endre holdninger og handlinger hos personalet for å redusere krenkelser.

Kommunikativ validering blir en slags utdanningsaktivitet, hevder Kvale. Sannheten utvikles gjennom en kommunikativ prosess der både informant og forsker lærer og forandrer seg gjennom dialogen.

Kommunikativ spørsmål stiller også spørsmål om hvem som kommuniserer med hvem, hvem som er legitim partner i en dialog om sann kunnskap? Brukererfaringer har i liten grad vært løftet opp innen psykisk helsevern, da brukernes erfaringer ikke har vært regnet som sann kunnskap. Gjennom de felles forståelseshorizontene som kom fram under intervjuene, vi jeg hevde at informantenes kunnskap er gyldig kunnskap og samtalene bidro til økt innsikt for begge parter.

7.3 Konsekvenser for praksis og videre forskning

7.3.1 Konsekvenser for praksis.

Jeg mener at denne studien viser nødvendigheten av å øke både kunnskap og etisk bevissthet rundt utøvelse av tvang i psykiatriske institusjoner. Dette kan gjøres gjennom opplæring og refleksjonsgrupper der både personal og pasienter og brukere deltar. Det må i større grad fokuseres både på forebygging av tvang og uheldige konsekvenser av tvangsmiddelbruk.

Alle informantene savnet gjennomgang av episoden i etterkant der alle involverte parter er med. Et par av informantene mente at dette i tillegg til erfaringsutveksling der og da, på sikt også kan bidra til redusert tvangsbruk.

7.3.2 Konsekvenser for forskning

Skorpen et al. (2008) peker på områder for forskning som er i tråd med flere av de elementene som informantene i denne studien trakk fram som vesentlige. Dette gjelder erfaringer knyttet til bruk av tvang eller situasjoner som leder til bruk av tvang, frihetsberøvelse og demokrati, oppfølging av lovendringer som at frivillige tiltak skal være prøvd først og stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser.

Det ville også være interessant å se på hva brukerne sjøl mener fremmer psykisk helse når de er innlagt i institusjon. Som beskrevet under punkt 6.3 var en mulig fortolkning at informantene lengtet etter anerkjennelse av seg selv som personer mens de var innlagt som pasienter i psykiatrisk avdeling, noe som inviterer til videre forskning.

8. Referanser

- Ariansen, P. (2006). *Lærebok i filosofi- og vitenskapshistorie*. [Oslo]: Institutt for filosofi-, idé- og kunsthistorie og klassiske språk ved Universitetet i Oslo.
- Barbosa da Silva, A. (1994). Etiske aspekter på kvalitetssikring. I G. Udén (red.), *Kvalitetssikring i omvårdnad - olika perspektiv*. (s. 95-112). Lund: Studentlitteratur.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S., & Bennett, S. (2003). Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration And Policy In Mental Health*, 30(5), 453-460.
- Dahl, A., & Ringen, P. (2002). Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(20)
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *American journal of psychiatry*, 151(11), 1584-1591.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (1994). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M., & Sandmo, E. (2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. [Oslo]: Bokklubben dagens bøker.
- Gadamer, H.-G. (2004). *Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Århus: Systeme.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Grubaugh, A. L., Frueh, B. C., Zinzow, H. M., Cusack, K. J., & Wells, C. (2007). Patients' perceptions of care and safety within psychiatric settings. *Psychological Services*, 4(3), 193-201.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997 - 1998). *St.prp. nr. 63 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* Lastet, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (1997). *St meld nr 25 Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Lastet, fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086.
- Helsetilsynet. (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Helsetilsynet
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (1997). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen: rom og arkitektur som ivaretager av menneskets verdighet. I *Skam* (s. s. 167-190). Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, (2007).
Lastet ned fra: http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF 29.06.09
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (1999).
Lastet ned fra <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-062.html#1-1> 28.06.09

- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv., (2005).
Lastet ned fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-20050617-062.html> 28.06.09
- Rådet for psykisk helse. (2004). *Brukermedvirkning i psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse Storgt. 10A 0155 Oslo.
- Sintef Helse. (2007). *Delrapport 1 Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur* (Vol. Sintef A4572). Oslo/Trondheim: Sintef Helse.
- Sintef Helse. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. Oslo: SINTEF helse, Pb. 124, Blindern, 0314 Oslo/7465 Trondheim.
- Sintef Helse. (2008b). *Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* (Vol. Sintef A 8450). Oslo/Trondheim: Sintef Helse.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum-Norli.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19 - 23.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet
- Testad, I. (2004). *Tvang i det godes tjeneste?: om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien*. I. Testad, Oslo.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Høgskolen i Molde, Molde.
- Verdenserklæringen om Menneskerettighetene, (1948).
Lastet ned fra:
<http://www.nhc.no/mrsiden/files/documents/MRDokumenter/Verdenserklæringen.pdf>
28.06.09
- Vevatne, K. (2006). *Selvordsforsøket - søken mot livet: en kvalitativ undersøkelse*. Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, [Bergen].
- Volden, O. (2007). Den store psykoterapibløffen. I A. K. Ulvestad (red.), *Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 387 s.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforl.

World medical association declaration of Helsinki (1964).

Lastet ned fra: <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> 18.06.09

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic journal of psychiatry*, Vol. 57(6), 453-459.

Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 111 -118.

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv., (2005).

Unn Hammervold
Bruvikveien 12 d
4017 Stavanger

Til Mental Helse

Masterprosjekt: ”Brukeropplevelser knyttet til tvang i psykisk helsevern”

Forespørsel om hjelp til å finne informanter

Undertegnede skal gjennomføre en studie som omhandler brukeropplevelser knyttet til tvang i psykisk helsevern.

Jeg er psykiatrisk sykepleier og masterstudent ved Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet v/Institutt for helsefag.

Veileder er Kari Vevatne.

Prosjektets bakgrunn og formål:

Sintef Helse 2007 rapporterer en kraftig økning i bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler i Norge. Dette skjer på tross av sterke statlige føringer om økt brukermedvirkning og pålegg om å forsøke alle tilgjengelige frivillige løsninger før tvang anvendes. Hensikten med studien er å styrke brukerstemmen vedrørende opplevelser av tvang i psykisk helsevern.

Metoden som brukes til å innhente brukererfaringene vil være å intervju personer over 18 år som har erfaringer med tvang i form av mekaniske tvangsmidler eller korttidsvirkende legemidler i perioden etter år 2000. Det er et mål å finne informanter som representerer en bredde i erfaringer slik at jeg ikke ensidig fokuserer på negative eller positive erfaringer.

Jeg vurderer det å finne informanter gjennom Mental Helse som mindre belastende for brukerne enn å gå via institusjon der de er, eller har vært innlagt.

Brukererfaringene som kommer fram i undersøkelsen skal brukes til å skrive en masteroppgave.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og informantene kan trekke seg når som helst uten noen konsekvenser. Opplysningene behandles konfidensielt, de vil ikke bli utlevert til andre og i masteroppgaven vil opplysningene ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner.

Alle involverte i prosjektet er underlagt taushetsplikt.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge og Personvernombudet for forskning v/Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Prosjektets datainnsamlingsfase foregår nå. Prosjektet planlegges ferdigstilt innen 30. juni 2009.

Dersom dere har mulighet for å hjelpe meg å finne aktuelle informanter, ber jeg om at dere tar kontakt på tlf. 909 36 740 eller skrive mail til unnhvold@online.no

Dersom dere har ønske om ytterligere informasjon, er dere selvfølgelig også velkomne til å ta kontakt.

Stavanger 28.02.09

Med vennlig hilsen

Unn Elisabeth Hammervold

Vedlegg 3 Intervjuguide

Innledning med repetisjon av studiens formål og metode. Informere om frivillighet, anonymitet, konfidensialitet, muligheten for å trekke seg, samt bruk av båndopptaker.

(Kjønn) alder

- Introduksjonsspørsmål: På hvilken måte har du vært utsatt for tvang da du var innlagt i psykisk helsevern?
- Kan du fortelle hva som skjedde før personalet la deg i belte/ga deg medisiner?
- Hadde du noen mulighet for å påvirke det som skjedde? Eventuelt på hvilken måte?
- Mener du at alle frivillige tiltak var forsøkt før tvang ble iverksatt. I så fakk hvilke?
- Hvilke følelser kjente du på da tvangen ble iverksatt? – og etterpå?
- Snakket du med personalet om det som hadde skjedd i etterkant?
- Ser du i dag at personalet kunne ha håndtert situasjonen på en annen måte?
- Er det noe jeg ikke har spurt om som du har lyst å fortelle før vi avslutter?

Avslutte med å takke for hjelpen, informere om hvordan informasjonen skal brukes videre, anonymitet, konfidensialitet og sletting av opptak.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern ”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å er å styrke brukerstemmen vedrørende opplevelser av tvang i psykisk helsevern.

Sintef Helse 2007 rapporterer en kraftig økning i bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler i Norge. Dette skjer på tross av sterke statlige føringer om økt brukermedvirkning og pålegg om å forsøke alle tilgjengelige frivillige løsninger før tvang anvendes.

Hensikten med min studie er å styrke brukerstemmen vedrørende opplevelser av tvang i psykisk helsevern.

Dette vil kunne bidra til økt kunnskap om brukeropplevelser knyttet til tvang. Slik kunnskap kan igjen bidra til holdningsendringer og økt evne og vilje hos helsepersonell til å finne alternative løsninger til tvang.

Hva innebærer studien?

Metoden som brukes til å innhente brukererfaringene vil være å intervju 5 – 8 personer som har erfaringer med tvang i form av mekaniske tvangsmidler eller korttidsvirkende legemidler i perioden etter år 2000. Intervjuet vil vare omlag 1 time og vil bli tatt opp på bånd. Intervjuet kan finne sted hjemme hos deg eller et egnet sted etter avtale.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen for deg ved å delta i studien kan være at du får mulighet til å fortelle om din erfaring med tvangsmidler og at dette kan bidra til økt kunnskap om dette hos helsepersonell.

For noen kan det være vanskelig å fortelle om slike erfaringer dersom tvangsepisoden opplevdes dramatisk eller krenkende. Du kan hele veien avbryte intervjuet. Du kan også ha med deg en person som du stoler på dersom du ønsker det.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Båndet slettes etter at intervjuet er skrevet ned.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Forespørselen om deltakelse er sendt via Mental Helse og intervjuer/prosjektleder vet ikke hvem som har fått forespørselen før de som ønsker å delta tar kontakt.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Unn Hammervold, Mobiltelefon: 909 36 740 eller unnhvold@online.no

Veileder for masterstudenten er: Kari Vevatne, Iniversitetet i Stavanger. Tlf: 92655997

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Kari Vevatne
Institutt for helsefag
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Stavanger
4036 Stavanger

Deres ref	Vår ref	Dato
	2008/11279-ØYSV	06.10.2008

Ad. prosjekt: Brukeres opplevelse av tvang i psykisk helsevern (214.08).

Det vises til din søknad om godkjenning av forskningsprosjekt, datert 10.09.08.

Komiteen behandlet søknaden i møte den 25.09.08.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i Forskningsetikklovens § 4. Saksbehandlingen følger Forvaltningsloven.

Komiteen mener problemstillingen er viktig og relevant, men har noen merknader. Studenten selv synes å ha en forforståelse som kan farge objektiviteten i gjennomføringen av prosjektet. Videre er det ikke gjort rede for hvordan brukerorganisasjonen Mental Helse i Rogaland skal rekruttere blant sine medlemmer. Komiteen ser det som viktig at rekrutteringen sikrer god bredde i erfaringsgrunnlaget slik at man unngår å fokusere ensidig på enten de positive eller negative erfaringene med tvang. Komiteen vil minne om at når tvangstiltak i psykiatrien kommer til anvendelse, dreier det seg om svært syke mennesker der det skal foreligge en klar og etterprøvable indikasjon. Tvangstiltak er derfor noe langt mer enn noe man "blir utsatt for"-sml. formulering i prosjektbeskrivelsen pkt.3.

Informasjonsskrivet bør struktureres bedre. Det er utarbeidet en ny mal for informasjonsskriv: <http://www.etikkom.no/REK/skjemaer/forskerportal/infoskriv>. REK Vest ber om at den følges så langt det passer. Kapittel A og B trenger ikke benyttes i denne studien.

Vedtak:

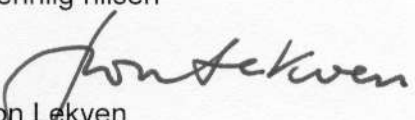
Prosjektet godkjennes på vilkår av at ovennevnte merknader tas til følge.

Komiteenes vedtak etter Forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK-Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Postadresse	rek-vest@uib.no	Regional komité for medisinsk	Besøksadresse
Postboks 7804	www.etikkom.no/REK	og helsefaglig forskningsetikk,	Haukeland Universitetssykehus
5020 Bergen	Org no. 874 789 542	Vest-Norge	
		Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99	

Komiteen ber om å få tilsendt sluttrapport evt. trykt publikasjon for studien når dette foreligger.

Vennlig hilsen


Jon Lekven
leder


Anne Berit Ølmheim
førstekonsulent



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Vevatne
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 11.02.2009

Vår ref: 20808 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20808

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern

Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder

Kari Vevatne

Unn Elisabeth Hammervold

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12 d, 4017 STAVANGER



Utvalget består av mennesker med psykiske lidelser som har erfaring med tvang i psykisk helsevern. Informanter rekrutteres ved hjelp av brukerorganisasjonen Mental Helse i Rogaland.

Brukere som er på et slikt funksjonsnivå at evne til realitetstesting og/eller refleksjon er betydelig nedsatt skal ikke inkluderes. Ombudet legger dermed til grunn at det ikke vil inkluderes brukere uten samtykkekompetanse.

Det gis skriftlig informasjon via Mental Helse og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet vedlagt meldeskjema finnes tilfredsstillende forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Det bør tilføyes at forespørselen sendes via Mental Helse og at prosjektleder ikke vet hvem som har fått forespørselen før de som ønsker å delta tar kontakt.
- I setningen "En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste" må "prøver" fjernes da dette ikke er aktuelt i dette prosjektet.
- Det bør presiseres at prosjektets avslutning er i juli 2009.
- Navn og kontaktinformasjon til veileder må tilføyes.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr 8, c).

Det opplyses at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Ombudet ber om at kopi av godkjenningen oversendes.

Prosjektet skal avsluttes 30.07.09 og datamaterialet skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger i materialet slettes eller omkodes (grovkategoriseres), navneliste/koblingsnøkkel slettes.