

Tvangsmiddelbruk i akuttpsykiatriske avdelinger

Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller
agresjon og alternativer til tvangsmidler

Marianne Einbu

Veileder

Førsteamanuensis Inger Beate Larsen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universiteter i Agder, og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2014
Fakultet for helse og idrettsvitenskap
Institutt for psykisk helsearbeid
Antall ord: 9 383

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å analysere hva mennesker som har vært tvangsinnlagt i akuttpsykiatriske avdelinger mener har bidratt til at de har vært truende eller utagerende, samt hvordan tvangsmiddelbruk relatert til dette kunne vært unngått. Studien er gjort i tilknytning til masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder. Den er utformet med et kvalitativt, fenomenologisk forskningsdesign, og bygger på individuelle dybdeintervju med fem voksne personer som har vært innlagt ved ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Analysen er utført etter Giorgi's modell slik den er gjengitt i Kvale & Brinkmann (2012). Funnene oppsummeres i tre hovedpunkter: a) Enkelte regler ved avdelinger ble beskrevet å være meningsløse og provoserende, og ble forbundet med unødvendige kontrolltiltak som kunne utløse truende atferd eller utagering. b) Tiltak med den hensikt å hjelpe pasienten til bedring, slik som skjerming eller tvangsmedisinering, ble beskrevet som provoserende, og resulterte noen ganger i verbale trusler eller utagering. c) Alle informantene savnet mellommenneskelig kontakt i form av omsorg og samtaler, noe som ble løftet fram som alternativer til tvangsmidler. I diskusjonen drøftes studiens funn i tilknytning til refleksjoner vedrørende personalets situasjon, underbygget med tidligere forskning og teori av den norske filosofen Kari Martinsen, samt Reidun Norvoll, Solfrid Vatne og Ingun Stang. Diskusjonen illustrerer at ved å bruke skjønn og møte pasienten med et subjektivt menneskesyn kan en redusere truende atferd og utagering, samt forebygge bruk av tvangsmidler.

Nøkkelord: akuttpsykiatri, utagering, tvang, pasienterfaringer, kvalitativ undersøkelse.

Abstract

The use of physical restraint in acute psychiatric wards.

Subjective experiences on causes of threatening behavior or aggression and alternatives to physical restraint.

The purpose of this study is to analyze the experiences by subjects formerly involuntarily submitted to acute psychiatric wards, on situations leading to threatening and aggressive behavior and their opinions on how the consequent use of physical restraint could have been prevented. The study is conducted as part of a Masters degree study of mental health work, at The Agder University in Norway. It uses a qualitative, phenomenological research design, and is based on individual in-depth interviews of five adult respondents. The analysis is conducted in accordance to the Giorgi-model as it is recited in Kvale & Brinkmann (2012). The findings are: a) Some of the rules practised at the wards were deemed as unnecessary means of control and therefore perceived provocative, thus leading to threatening or aggressive behaviour. b) Measures intended to further the patients recovery, such as seclusion or compulsory medication, were described as provocative, potentially leading to verbal threats or aggression. c) All the respondents underlined a lack of interpersonal-contact in the form of care and conversation, this being suggested as alternatives to using physical restraint. The discussion section discusses the findings in relation to reflections regarding the situation of the staff, supported by previous research in addition to theory by the norwegian philosopher Kari Martinsen, as well as Reidun Norvoll, Solfrid Vatne and Ingun Stang. The discussion illustrates the potential of discretion and approaching each patient with a subjective view, to reduce threatening and aggressive behaviour, hence reducing the use of physical restraint.

Key words: acute psychiatric ward, aggression, restraint, patient experiences, qualitative research.

Forord

Idéen til denne studien ble til gjennom mine arbeidserfaringer fra akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Da jeg påbegynte masterstudiet i psykisk helsearbeid sto det klart for meg hva jeg ønsket å vie min masteroppgave til. Tvangsproblematikken engasjerer meg siden jeg har erfart at den er kompleks og ofte vanskelig for både pasienter og personal. Jeg påbegynte derfor studien med et ønske om å bidra til en bedre forståelse og et større samarbeid mellom ansatte og pasienter vedrørende truende atferd, utagering og tvangsmiddelbruk. Arbeidsprosessen har vært givende; jeg har lært forskningsprosessen, og fått mulighet til å gi stemme til de som selv har kjent dette på kroppen. Imidlertid har det også dukket opp utfordringer på veien, og jeg vil rette en stor takk til sentrale personer som har hjulpet meg i arbeidsprosessen: For det første vil jeg rette en stor takk til informantene som har gjort denne oppgaven mulig å gjennomføre. Mange takk også til min veileder, førsteamanuensis Inger Beate Larsen, som gjennom prosessen alltid har vært tilgjengelig for diskusjon, og gitt meg innspill og positive tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Liv Skree, nestleder i sentralstyret i We Shall Overcome (WSO) samt Siv Helen Rydheim, varamedlem i WSO, for oppløftende tilbakemeldinger og bidrag til å komme i kontakt med informanter til studien. En takk skal også rettes til min biveileder, erfaringskonsulent Odd Volden, for hans bidrag og innspill på flere områder. Jeg vil også takke psykolog Alain Topor, som stilte sitt navn og tittel til rådighet for informantene.

Innhold

Del 1: Teoretisk sammenbinding:

1.0 Innledning	8
1.1 Problemstilling og avgrensing.....	10
2.0 Tidligere forskning	11
3.0 Teori	14
3.1 Truende atferd og utagering.....	15
3.2 Makt og tvang.....	16
3.3 Kari Martinsen om skam og skjønn.....	17
3.4 Kari Martinsen om makt og nestekjærlighet.....	18
4.0 Metode	19
4.1 Valg av metode.....	19
4.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	20
4.3 Utvalg.....	21
4.4 Datainnsamling.....	22
4.5 Bearbeiding av data.....	22
4.6 Analyse.....	23
5.0 Metodiske og etiske overveielser	23
6.0 Egen rolle som forsker	25
7.0 Studiens validitet	26
8.0 Funn	26
9.0 Diskusjon	27
10.0 Avsluttende refleksjoner	29
Referanser.....	31

Del 2: Artikkel

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Utdrag av analyseprosess etter Giorgi's modell

Vedlegg 3: Godkjenningssdokument fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Del 1:

Teoretisk sammenbinding

Marianne Einbu
Universitetet i Agder
Våren 2014

1.0 Innledning

Du var så forlatt, og du var så ensom. (...) Aldri vært så alene. (...) Det er en del aspekter... Eh... Der som... Som... Setter sånne spor. (...) Jeg har mistet et barn, og det blir sagt at det er det verste du kan oppleve. Men... Det... Jeg har faktisk, enkelte ganger... Eh... Tenkt som så at den reimehistorien, tar på en måte kaka, ass. Fordi at, det å miste et barn, det er noe livet gjør deg. Mens, det å bli lagt i reimer, det er noe som andre mennesker gjør imot deg. Og, det berører en, (...). Det rokker ved noen ting... (...) Jeg vet ikke helt om jeg får satt ord på det... Men... Men det er noe med den der.... Ehm... Grusomheten, liksom.

Sitatet overfor er en sterk illustrasjon på hvor vondt det kan oppleves å bli utsatt for tvangsmidler og er fortalt av en tidligere pasient som inngår i denne studien. Studiens mål er å fremskaffe kunnskap om hva mennesker som har vært innlagt på tvang i en akuttpsykiatrisk avdeling mener er årsaker til truende eller utagerende atferd, samt hvordan de mener tvangsmiddelbruk relatert til dette kunne vært unngått. Til tross for den smerten tvang medfører, brukes tvang i norsk psykiatri med den hensikt å hjelpe pasienten. Bruk av tvangsmidler er nedfelt i Psykisk Helsevernloven, hvor det i kapittel 4, § 4-8 står at bruk av tvangsmidler, slik som belter, eller tvangsmedisinering gitt som engangsdose med den hensikt å berolige pasienten, kan benyttes for å unngå at pasienten skader seg selv eller andre, når lempeligere midler har vist seg å være forgjeves eller utilstrekkelige (Lovdata, 2014a). Helse- og omsorgsdepartementet (2012) peker på at det ikke finnes gode data til å anslå det nøyaktige omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern i Norge, men at tvangsbruken i liten grad har blitt redusert de senere årene. Videre hevdes det å være et stort endringspotensiale, og at situasjoner som tradisjonelt har blitt løst med tvang kan erstattes med trygge, frivillige løsninger. Norvoll & Husum (2011) viser at omfanget av tvang i Norge er høyt i forhold til land som det er naturlig å sammenligne seg med. Tvang fører til emosjonelle, kognitive og fysiske skadevirkninger og oppleves å være unødvendig hardt, brutalt eller krenkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Tvang i psykisk helsevern er et aktuelt og kontroversielt tema, både nasjonalt og internasjonalt (Hatling, 2013). Det er en pågående kritikk mot tvangsbruk fra brukerorganisasjoner som We Shall Overcome (WSO), fra media (Dagbladet, 2013; Aftenposten, 2013) og fra grupper i sosiale medier (Erfaringsnettverket ved facebook). Videre har det de siste årene blitt økende fokus på pasient- og brukererfart kunnskap. Flere som selv har erfaringer med tvangsbruk i psykisk helsevern har de senere årene publisert bøker hvor de skildrer sine historier, og gir leseren ny kunnskap og innsikt i

tematikken (Lauveng, 2005; Rydheim, 2008; Kristiansen, Rydheim & Thyness, 2013). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse retter søkelyset på alternativer til tvang, og fremhever betydningen av «trygghet, omsorg, noen å være sammen med, en hånd å holde i, lov å vise følelser – et hvilested!» (Bjørger, Storvold, Norvoll & Husum, 2014, s. 4). Helsepolitisk understrekes det mer brukermedvirkning og frivillighet, og de siste årene har dette vært uttrykt eksplisitt gjennom flere nasjonale strategier (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Helsedirektoratet (2009) hevder at det tradisjonelt har vært forsket lite på tvang i Norge, og at det er et stort behov for ny kunnskap. Dette bekreftes av Sykepleien (2014), som viser til at Kunnskaps-senteret har funnet at det er et kunnskapshull i norske studier vedrørende tvangsbruk. Hatling (2013) skriver at norsk psykisk helsevern står overfor tre hovedutfordringer: 1. Å øke den etiske bevisstheten hos personalet angående tvang, spesielt knyttet til pasienterfaringer, 2. Å øke kunnskapen om effekter av tvangsbruk, inkludere brukerperspektivet og foreslå alternative former og 3. Å utvikle og anvende tvangsreducerende tiltak. Min studie bidrar til å løfte fram pasienterfaringer og fremme alternative former for hjelp. Ved at den vedlagte artikkelen publiseres kan denne studien bidra til å øke kunnskapen hos helsepersonell, og med dette være med på å redusere tvangsmiddelbruk i psykiatriske avdelinger.

Sammenbindingen har jeg valgt å utforme ved å først presentere problemstillingen. Dernest presenterer jeg tidligere, aktuell forskning, for så å redegjøre for min teoretiske forankring som i hovedsak utgjør den norske filosofen Kari Martinsens teorier om skam og skjønn, makt og nestekjærlighet. Imidlertid innleder jeg teorikapittelet med relevant teori om utagering og tvangsbruk, hovedsaklig fra Solfrid Vatne, Reidun Norvoll og Ingun Stang. Teoriene er ment å gi et godt drøftingsgrunnlag for funnene. Jeg beskriver deretter det kvalitative forskningsintervju, inkludert utvalg, datainnsamling, bearbeiding av data og analyseprosessen. Jeg har funnet det naturlig å diskutere den valgte metoden, med dens styrker og svakheter, i metodekapittelet. Videre redegjør jeg for, og diskuterer, metodiske og etiske overveielser, min egen rolle som forsker og studiens validitet. I sammenbindingen presenteres funnene kort siden de blir utdypet og underbygget med empiri i selve artikkelen. I diskusjonen drøfter jeg studiens funn i tilknytning til refleksjoner vedrørende personalets situasjon, underbygget med tidligere forskning og teori, hvor jeg avrunder med å reflektere over hvordan funnene samsvarer med teorien. Avslutningsvis

reflekterer jeg over studiens funn og hva som kan synes tiltrengt av videre forskning. I vedlagte artikkel drøftes Kari Martinsens teorier om den før-etiske skammen og hvordan bruk av skjønn i situasjonen kan tenkes å fremme nestekjærlighet og hindre situasjoner med utagering og tvangsmiddelbruk. Den andre beskrevne litteraturen belyses i sammenbindingens drøfting.

1.1 Problemstilling og avgrensning

Studien har følgende to-delt problemstilling:

- 1. Hva mener mennesker som har vært innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling, og har erfaring med tvangsmidler, bidro til at de var truende og/eller utagerende?*
- 2. På hvilken måte kunne episoder med tvangsmiddelbruk vært unngått?*

Bakgrunn for valg av problemstillingen bunner i min arbeidserfaring fra akuttpsykiatriske avdelinger i Norge (se kapittel 6.0). Som det fremgår av problemstillingen har studien fokus på forhold i akuttpsykiatriske avdelinger som kan føre til truende atferd eller utagering, samt bruk av tvangsmidler relatert til dette. Med tvangsmidler menes bruk av belter og/eller medisiner benyttet som tvangsmiddel for å roe pasienten i en akutt situasjon. Studien løfter kun frem pasientperspektiver på den gitte problemstillingen. Studien drøfter ikke forsvarlighet ved tvangsmiddelbruk, nødvendigheten av tvangstiltak eller lovverkets utforming. Hensikten er å synliggjøre pasienters egne erfaringer og synspunkter, samt fremme deres forslag til endret praksis.

2.0 Tidligere forskning

Søk på tidligere forskning om pasienters opplevelser av årsaker til truende atferd eller utagering, samt bruk av tvangsmidler relatert til dette ble gjort påfølgende måte: Jeg utførte søk via sidene OvidSP, Ebsco, Pubmed og Idunn, med søkeord som *restraint, *acting-out behaviors, *psychiatric, *patients, *staff og *empowerment i ulike kombinasjoner. På norsk brukte jeg søkeord som *tvangsmidler, *utagering, *psykiatri, *pasienter, *personal og *brukermedvirkning i ulike kombinasjoner. Jeg har prioritert å bruke vitenskapelige artikler publisert etter år 2000. (Imidlertid har jeg benyttet meg av én eldre forskningsartikkel som jeg har funnet relevant for studien.) 14 publikasjoner ble ansett som relevante for studien. Under arbeidet har jeg fortløpende gjort nye søk, og jeg har fått tips fra veileder og biveileder om andre aktuelle artikler. I videre søkning har jeg benyttet meg av Internettssidene til Sintef Helse (sintef.no), Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no) og Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (tvangsforskning.no). Jeg har funnet relevant forskning innenfor både kvalitativ og kvantitativ metode, inkludert forskning rettet mot pasienters opplevelser, så vel som personells opplevelser vedrørende tvangsmiddelbruk.

Imidlertid rettet få av studiene seg mot pasienters egne opplevelser av årsaker til at de selv mener de ble truende eller utagerende, samt hvordan de mener at tvangsmidler kunne vært unngått i slike situasjoner. Jeg gjorde derfor et nytt søk i Ebsco med søkeordene *coercion, *experiences, *locked ward og *psychiatry. Her var det null treff. Jeg tok så bort *locked ward og fikk da 107 treff, hvor noen handlet om personlige opplevelser av tvang. Siden jeg var opptatt av utagering tilføyde jeg *acting out på det siste søket, noe som ga null treff. Det kan derfor tyde på at det er lite forskning som direkte spør de som selv har vært utagerende, noe som er med på å underbygge denne studiens relevans.

Sintef Helse ga i 2008 ut rapporten «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). Rapporten viste at alternativer til tvang blant annet var knyttet til menneskesyn og behandlingsfilosofi; av pasienter ble det etterspurt et mer anerkjennende menneskesyn og en omsorgsfull behandlingsrelasjon. En mer individtilpasset behandling, samt mindre korrigerende grensesetting og mer fleksible, individuelle løsninger var andre aspekter som ble foreslått som alternativer til tvang (Norvoll, 2008). Ressursheftet til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

viste at flere av informantene med egenerfaring savnet større aksept fra personalet for at mennesker er forskjellige, samt å bli respektert uansett bakgrunn og verdensbilde. Videre savnet de trygghet fra personalet og å ha en hånd å holde i. De pekte også på at det var stor risiko for å feiltolke signaler, og at å snakke med pasienten kunne gi større forståelse og slik unngå situasjoner som førte til tvang (Bjørgeren et al., 2014). Larsen & Terkelsen (2013) understreker at når personalet behandlet pasienten som et likeverdig medmenneske, og lærte personen å kjenne, kunne en sint pasient roes ned ved hjelp av samtale. Ved å intervju pasienter som hadde egenerfaring med aggresjon, fant Johnson, Martin, Guha & Montgomery (1997) blant annet at aggresjon var et resultat av selvhedelse; en måte å gjenvinne makt på når pasienten opplevde seg maktesløs i et hardt miljø. De fremhever at helsepersonell må være bevisst hva som trigger aggressivitet, samt legge til rette for et miljø uten uforsvarlig kontrollering. På denne måten hevdes det at helsepersonell kan unngå å fremprovosere aggresjon som følge av maktesløshet.

Økt brukermedvirkning og bedringsorientert praksis er funnet av Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll (2010) å være sentralt for å redusere tvangsmiddelbruk. De viste til at skjerming og bruk av tvangsmidler kunne unngås, og bedring oppnås ved hjelp av samarbeid. Dette innebærer at personalet har kompetanse innenfor dialog med pasienten for å finne ut av hva han trenger, hva han finner opprørende samt hva som kan gjøres for å forebygge situasjoner som fører til tvangsmiddelbruk. Flere andre studier viser også til nødvendigheten av opplæring og kompetanse hos personalet for å forebygge bruk av tvangsmidler (Wynn, 2003; Scanlan, 2009; Koukia, Madianos & Katostaras, 2009).

Strout (2010) poengterer at sykepleiere bør tilnærme seg bruk av fysisk tvang med stor forsiktighet, samt være årvåkne på den negative psykologiske innvirkningen tvang kan ha. Wynn (2003) fant at flesteparten av personalet som deltok i studien mente at bruk av tvangsmidler og skjerming gjorde pasientene roligere uten å medføre aggresjon, uro/angst eller skader. Samtidig viste studien at omtrent 70% av de spurte hadde blitt angrepet av pasienter i slike situasjoner. De viktigste tiltakene for å unngå bruk av tvangsmidler ble funnet å være økt bemanning, samt mer oppmerksomt og omsorgsfullt helsepersonell. Holmes, Kennedy & Perron (2004) understreker at pasienter på skjerming utagerte for å få kontakt med personalet. Videre poengterte de viktigheten av mellommenneskelige relasjoner og omsorg for å unngå utagering og tvangsmiddelbruk.

Björkdahl, Palmstierna & Hansebo (2010) fant at sykepleiere har to ulike tilnæringsmåter for ivaretagelse av pasienters behov og i møte med deres væremåter i akuttpsykiatriske avdelinger. De betegner tilnæringsmåtene som «bulldoseren» og «ballettdanseren». Henholdsvis betegner disse to metaforene sykepleieren som beskytter av avdelingen for kaos, med bruk av makt og tvang når hun anser det som nødvendig; og som en omsorgsgivende hjelper som setter seg i pasientens sted og møter han som et medmenneske. De peker på viktigheten av at sykepleiere blir gitt mulighet til å reflektere over hvordan de samordner sine formynderiske og omsorgsgivende tilnæringsmåter. Hem, Heggen & Ruyter (2008) fant at regler og rutiner førte til mistillit mellom sykepleiere og pasienter ved en akuttpsykiatrisk avdeling i Norge; situasjoner preget av konflikt og usikkerhet kunne stabiliseres ved å opprette kontakt og tillit med pasienten. Det pekes på at det er sykepleierens ansvar å opprette tillit med pasientene for å unngå urolige situasjoner. Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad (2012) fant i sin studie at personell i psykisk helsevern anså seg som ansvarlige for om pasienters verdighet var ivaretatt (ved at personalet var til stede) eller om han ble fornærmet (ved at personalet framkalte maktesløshet). De fant også at enkelte av personalet opplevde at tvangsmidler var blitt brukt som straff overfor pasienter som ikke oppførte seg som forventet.

Terkelsen (2010) fant at pasienters motstand kunne relateres til at pasientene ikke mente at behandlingen de fikk hjalp dem til bedring. I følge Norvoll & Husum (2011) var det en forståelseskluft mellom ansatte og pasienter. De fant betydningsfulle forskjeller i menneskesyn mellom ansatte og pasienter, og hvordan de forsto tvang, psykisk sykdom og behandling. Det understrekes at pasientenes stemmer må bli hørt, og inngå i en endring av behandlingsfilosofien, samt en endring av postkulturen med et fokus på ivaretagelse, omsorg og konfliktforebygging (Norvoll & Husum, 2011).

Denne studien vil være med på å utfylle tidligere forskning vedrørende tvang og tvangsmiddelbruk ved at den kan underbygge eller gå på tvers av funn fra tidligere forskning. Samtidig vil studien gå i dybden på pasienterfaringer på området, noe som har blitt løftet frem som et viktig fokusområde for forskning innenfor tematikken.

3.0 Teori

Solfrid Vatne og Reidun Norvoll er begge sykepleiere, med doktorgrad henholdsvis i sykepleievitenskap og sosiologi. Ingun Stang er også utdannet sykepleier, med doktorgrad innenfor helsefremmende arbeid. Vatne og Norvoll har engasjert seg i forskning innenfor det psykiske helsefeltet. Vatne har hatt sitt fokus på hjelperelasjonen og på tema som makt/avmakt og myndiggjøring. Norvolls forskning har de senere årene spesielt omhandlet tvang og brukermedvirkning (Vatne, 2006; Norvoll, 2013). Stang har på sin side hatt fokus på empowerment og har holdt flere foredrag og seminarer om temaet (Universitetet i Bergen, 2009). Stang (2001) sin teori om «Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor», og Vatne (2006) sin teori om «Relasjonens betydning i miljøterapi», samt Øye og Norvoll (2013) sin teori om «Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv» har slik vært naturlig for meg å studere for å belyse ulike sider ved makt og tvang i akuttpsykiatrien. Til sammen mener jeg at disse teoriene gir et godt bilde av mulige årsaker til truende atferd og utagering, samt forslag til hvordan bruk av tvangsmidler kan unngås.

Kari Martinsen er sykepleier, magister i filosofi og har filosofisk doktorgrad i historie. Hun har utgitt bøker og publiser artikler innenfor fenomenologi, omsorgsfilosofi, historie og sosialpolitikk (Martinsen, 2012a). Martinsen har ikke forsket direkte på konkrete, praktiske situasjoner relatert til tvang og tvangsproblematikk, men hennes filosofiske bidrag om skam (den før-etiske skammen) og viktigheten av å bruke skjønn i situasjoner ble viktig for meg å løfte fram etter at datamaterialet mitt var analysert. Hun tematiserer makt og motmakt, og skisserer samspillet mellom medfølelsen, den etiske fordring om å ta vare på den andre, og de kulturbestemte normene. Nestekjærlighet er et sentralt begrep, og hun understreker sykepleierens ansvar og det å se den andre som et tenkende subjekt med egne verdier og meninger (Martinsen, 2012a). Martinsens fenomenologiske og etiske ståsted kan gi nyttige innspill i tvangsdebatten fordi det underbygger relevante teorier om tematikken, samt funnene for denne studien. På den måten kan hennes filosofi bidra til refleksjon og nytenkning hos helsepersonell, noe som kan føre til et bedre samarbeid og redusert bruk av tvangsmidler.

3.1 Truende atferd og utagering

Malt, Retterstøl & Dahl (2003) peker på fire hovedkilder til sinne og aggresjon: 1. En drift til å tilfredsstille et ønske om forandring/hjelp, 2. Et uttrykk for sterk angst, 3. Et middel til selvhevdelse og dominans og 4. Et uttrykk for å markere territorium og ivareta sin intimgrense. Ved at helsepersonell tar hensyn til disse fire sidene i møte med pasientene kan tendensen til aggresjon dempes (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Hummelvoll (2005) fremmer at sinne kan oppstå når en person blir hemmet i sin selvutfoldelse; når det ikke er rom for alternative, akseptable løsninger. Videre viser han til Novaco (1976), som sier at aggresjon blant annet kan brukes for å gi en følelse av å ha større kontroll over en situasjon.

Vatne (2006) forklarer sinne som en motreaksjon, og peker på at sinne er den mest vanlige effekten av tvang. Hun hevder at sinne kan forklares som en normalreaksjon på eksempelvis provokasjon, og at utagering kan oppstå som følge av en motreaksjon når pasienten føler seg invadert av personalets negative diagnostisering; uttrykk fra pasientens livsverden settes opp mot systemets oppfatninger, og på denne måten kan eksempelvis kreativitet og engasjement bli tolket som manglende kontroll og aggressivitet. Når personalet blir usikre på om en pasient kan være farlig forekommer det bruk av tvangsmidler. Usikkerheten rommer lite kunnskap om pasienten og svak samarbeidsrelasjon/allianse. Tvangsmidlene har som formål å tvinge pasienten til å endre eller stoppe uønsket atferd, og bunner i ansattes behov for kontroll og mestring. Utagering kan ses på som en motreaksjon når pasienten opplever krenkelser. Det er sårbarhet i å oppleve en krise, og situasjoner preget av maktubalanse og uforutsigbarhet kan gi økt angstnivå (Vatne, 2006). Vatne (2006) fremmer at en i denne sammenhengen skal forsøke å unngå å bruke ord som uttrykker påbud og makt (skal, bør eller må) overfor pasienten, da det kan virke provoserende. Hun forklarer videre at ved å bruke slike maktuttrykk opplever pasienten et krav om underkastelse, noe som kan føre til økt maktuttrykk fra både pasient og personalet. Pasienter er i følge Vatne (2006) dømt til å tape i slike situasjoner.

3.2 Makt og tvang

Et vesentlig trekk ved psykisk helsevern er at de med loven i hånd kan utøve tvang overfor pasientene (se kapittel 1.0). Tvangen innebærer maktutøvelse og gjenspeiler en samfunnsmessig kontroll av sosiale avvik. Samhandlingen mellom personalet og pasientene, samt type behandling blir sterkt påvirket av mulighetene psykisk helsevern har til å benytte seg av makt, kontroll og tvang (Øye & Norvoll, 2013). Sosial kontroll er nært beslektet med maktutøvelsen overfor pasienten i psykisk helsevern, og retter seg mot regulering av avvikende atferd, noe Øye & Norvoll (2013) betegner å inngå som en del av «normaliseringsmakten». På denne måten kan det bli iverksatt ulike tiltak, slik som grensesetting, for å få pasientene til å oppføre seg i tråd med rådende normer for normal sosial atferd (Øye & Norvoll, 2013).

Stang (2001) fremmer at makt kan brukes i positiv forstand ved at personalet bemyndiger pasienten (empowerment). Bemyndigelse innebærer slik en maktoverføring fra den mektigste til den svakeste i en relasjon, for å styrke den sistnevntes situasjon. I følge Engelsk-Norsk ordbok (Clue) oversettes «empowerment» med «fullmakt, myndighet», mens «empower» oversettes med «bemyndige, gi makt til, sette en i stand til». Makten personalet innehar øker når pasienten er avhengig av godene, og den som innehar makten kan velge å innfri ønsket eller ikke (Øye & Norvoll, 2013). Respekt for enkeltindividet er grunnleggende i sykepleie, noe som innebærer at utøvelsen av sykepleie styres av troen på individet som et subjekt, ikke som et objekt. Dette innebærer å fokusere blant annet på mestring, nettverk, aktiv deltakelse og kompetanse. Ved å bruke sin kompetanse og posisjon kan personalet styrke pasientens kontroll, autonomi og medbestemmelse. Pasienten og personalet gjøres likeverdige og pasienten får slik mulighet til å være et subjekt i relasjonen og situasjonen, ikke et objekt for personalets handlinger (Stang, 2001). Øye & Norvoll (2013) poengterer at personer som er innlagt på tvang har begrensede valgmuligheter, og at det å være tvangsinnlagt synes å vanskeliggjøre tilretteleggelsen av brukermevirkning og bemyndigelse siden dette forutsetter frivillighet og eget ansvar.

Stang (2001) peker på at objektivisering, eller tingliggjøring, av pasienten fører til maktesløshet. Hun beskriver objektivisering med at en person ikke blir ilagt evner til å uttrykke seg eller ta avgjørelser vedrørende sine tanker, verdier, meninger eller følelser. Det motsatte vil være å bli behandlet som et subjekt; en person med meninger, verdier og følelser, som blir tatt hensyn til i relasjoner (Stang,

2001). Makt kan brukes positivt ved å tilrettelegge hjelpen på en slik måte at pasienten opplever trygghet og tilgang på egne personlige ressurser. Samtidig kan krenkelser av pasienten forverre hans psykiske helse og ødelegge tillitsforholdet til personalet (Øye & Norvoll, 2013). Et slikt uheldig samhandlingsforløp synes å føre til en opplevelse av avmakt, både hos personalet og pasienten (Vatne, 2006). Begge partene opplever avmakt i forhold til hvordan de skal løse en situasjon, og er redde for hverandres voldsutøvelse, noe som kan føre til uheldig tvangsbruk (Øye & Norvoll, 2013).

3.3 Kari Martinsen om skam og skjønn

Martinsen (2000; 2012a) diskuterer temaet «skam», og spør om det er for lite skam i helsevesenets rom. Hun mener at skam kan hindre helsepersonell i å se på pasienten som en gjenstand som de kan og må gjøre noe med. Hun peker på at skammen kan være livgivende ved at den kan hjelpe ansatte til en sansende tilbakeholdenhet, og med dette åpne opp for å vise skjønn på en taktfull måte. Dette vil si at en ikke behandler pasienten som et objekt, men at en kjenner på seg selv hvor grenser går og med dette unngår å krenke pasienten. «For å unngå blottelse av den andre som et objekt må vi eie skam i kroppen.» (Martinsen, 2012a s. 72). Martinsen betegner denne skammen som en god skam, og setter den i sammenheng med bluferdighet og aktelse, som holder en tilbake fra å påføre pasienten skam ved å krenke hans grenser og integritet. «Gjør det ikke, hvis du ikke vil pådra deg den vonde skammen og krenke den andre.» (Martinsen, 2012a s. 70). Hun viser videre til at ved å inneha den gode skammen settes det grenser for sosial og kulturell kontroll, og en kan i stedet akseptere og verdsette det fremmede. Dette gir pasienten verdighet.

Den gode skammen kalles også den før-etiske skammen, og Martinsen benytter Løgstrups suverene livsytringer; «fenomener som tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse.» (Martinsen, 2012a s. 48). Hun skriver at vond skam kan påføres gjennom makt- og hersketeknikker. Maktstrukturene i helsevesenets rom kan slik bidra til at sykepleieren påfører pasienten vond skam ved at travelhet, normer og regler hindrer henne fra å bruke faglig skjønn i situasjonen, samt å vektlegge erfaringer. Å bruke faglig skjønn og erfaring har sammenheng med å være oppmerksomt til stede og tyde situasjonen. Martinsen skiller mellom tydning og fortolkning, hvor sistnevnte beskrives som utflukter fra forståelsen hvor en ikke lenger lar seg bevege av den andre, men mener å vite nøyaktig

hvordan den andre har det. Slike situasjoner muliggjør overgrep, utført i beste mening (Martinsen, 2012a; Kjær, 2012). Tydningen derimot, krever at en er mottakelig og stemt, og at en slik forsøker å forstå «den appell som utgår fra møtet med den andre om å bli tatt vare på.» (Martinsen, 2012a s. 15). Hun viser til Løgstrups situasjonsetikk, og forklarer at overveielser kan overføres fra en situasjon til en annen. En kan ikke forandre hvordan en har handlet i en situasjon, men dersom en reflekterer over handlingene i etterkant kan en være i stand til å handle annerledes neste gang en lignende situasjon oppstår. Å bruke skjønn i situasjonen åpner opp for kjærligheten (Martinsen, 2012a).

3.4 Kari Martinsen om makt og nestekjærlighet

Som mennesker er vi sårbare og avhengige av hverandre, og vi er utlevert til andres ivaretagelse. Gjennom våre holdninger kan en få en annen person til å føle seg utrygg, eller en kan bidra til trygghet gjennom tillit, håp og barmhjertighet (Martinsen, 2000; 2012a). Når Martinsen forklarer uttrykket nestekjærlighet legger hun vekt på at vi er utlevert til hverandre, og at vi slik sett er tiltrodd noe av den andres liv i våre hender. I dette ligger det en etisk fordring om å ivareta det som er betrodd en i situasjonen, å sette seg inn i den andres sted for å handle godt mot han. «Kjærligheten som nestekjærlighet er en spontan livsmulighet, slik tilliten, medfølelsen og barmhjertigheten er det, uten vår fortjeneste.» (Martinsen, 2012a s. 26).

Martinsen (2012a) peker på at personalet [den profesjonelle sykepleieren] innehar makt til å makte noe i situasjonen, som kan brukes slik at pasienten kan makte mer. Hun forklarer at når observasjonsteknikker og gjøremål er i fokus vil ikke personalet [sykepleieren] være sansende stemt til stede. Dette setter hun i sammenheng med forbauselse; når personell blir forbauset over noe plutselig og uventet kan de reagere med å sette gjøremålet i sentrum, handle ut i fra ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap, uten å se eller lytte til pasienten. Dermed vil makten til å makte noe fratras pasienten, han blir et objekt. Martinsen fremmer undring som et middel til fantasi og kreativitet. Ved å undre seg i situasjonen kan personalet distansere seg fra standarder og slik få utvidet forståelse for pasienten og hans situasjon. Undringen kan slik åpne opp for en nysgjerrighet til å søke etter kunnskap for å gjøre det best mulig for pasienten. Den gyldne regel er en forutsetning for å bruke sin fantasi i slike situasjoner. En må sette seg inn i pasientens sted, og se hva det er i den andre som en skal ta vare på (Martinsen 2012a). Martinsen kaller dette «meg i den andre», og sier at

det vekker medfølelse og ansvarsfølelse til å ta vare på den andre og møte han slik en selv ville blitt møtt. Makt, kunnskap og normer kommer en ikke utenom, noe som gjør skjønnsmessige vurderinger og fantasien så avgjørende:

Det er et problem når mye gjøres til regler, standarder og vitenskaplige metoder, fordi det kan bety at vi blir låst fast i én tenke- og handlemåte. Hvis dette er det eneste, mister vi siktet, normene har ingen retning utover seg selv. Vi blir fordomsfulle og treffer beslutninger før vi har overveid situasjonen i forhold til det siktet fordringen gir i den gylne regel. (Martinsen, 2012a s. 55).

Martinsen (2005; 2012a) skriver om sykepleierens travelhet; gjøremål og hektisk virkestrang. Travelheten kan føre til at grenser flyttes og at tilstedeværelse i situasjoner uteblir; sykepleieren lar seg ikke berøre av pasientens tilstand. Dette kan være en grunn til objektivisering siden sykepleieren reduserer kravene og tilpasser seg en kultur med tiltakende kynisme. Sykepleierens økende travelhet tematiseres av Martinsen (2005), hvorpå hun hevder at «Hastighet og effektivitet er ødeleggende for samtalen.» (Martinsen, 2005 s. 43). Hun taler for en endring i helsepersonells syn på tiden, for slik å gi rom for den gode samtalen.

4.0 Metode

4.1 Valg av metode

Studien er gjennomført med et kvalitativt, fenomenologisk forskningsdesign. Kvalitative studier kan gi stor innsikt i hvordan mennesker opplever og erfarer et fenomen. Fenomenologi i kvalitativ forskning gjenspeiler en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra perspektivet til de menneskene det gjelder (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg har derfor valgt en fenomenologisk tilnærming for å få en beskrivelse av informantenes opplevelse av tematikken. Det kvalitative forskningsintervjuet er valgt fordi metoden er spesielt egnet til å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden. Det egner seg slik godt for å forstå sider ved menneskers livserfaringer, sett i fra deres egne opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck 2010). På denne måten har

jeg tilstrebet å frambringe en dybdeforståelse om pasienters erfaringer med årsaker til truende atferd eller utagering, samt hva de mente kunne bidratt til redusert tvangsmiddelbruk.

4.2 Det kvalitative forskningsintervju

Ved bruk av det kvalitative forskningsintervju kunne jeg tillate meg å gå åpent ut, og få tak i uttrykk og nyanser som for eksempel kunne gått tapt ved bruk av et spørreskjema. Videre er intervju-metoden velegnet når en søker nyanserte beskrivelser av informantenes livsverden, og det gir slik mulighet til å innhente beskrivelser av spesifikke situasjoner og handlinger (Kvale & Brinkmann, 2012). Målet var å utvinne innenfrakunnskap om hva som kunne bidra til truende atferd eller utagering, samt hvordan tvangsmiddelbruk kunne vært unngått. Med innenfrakunnskap forstås den kontekstuelle kunnskapen; opplevelser og erfaringer, samt refleksjoner den enkelte har ut i fra sine livserfaringer. Kvalitative forskningsintervjuer er godt egnet for å få fram denne typen kunnskap (Bøe & Thomassen, 2007).

Som alle metoder har også intervjuformen sine begrensninger. Det kvalitative forskningsintervju anses å inneha et klart asymmetrisk maktforhold mellom forsker og informant. Med dette forstås at forskeren har lagt rammene for intervjuet; har bestemt temaet og er den som avgjør hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles. Videre er intervjuformen i hovedsak en enveisdialog, hvor forskeren spør og informanten svarer. Forskningsintervjuet har slik sett ikke som mål å være en god samtale, men er heller en metode for forskeren å få fram informasjon i samsvar med sine forskningsinteresser (Kvale & Brinkmann, 2012). Intervjuformen er klientsentrert, men kan ikke anes å være ikke-ledende, siden alle intervju i en viss grad er styrt (Kvale & Brinkmann, 2012). En må også ta i betraktning at informantene ikke nødvendigvis husker alt som hendte i de eksakte situasjonene. Muligens kan de også unnlate å fortelle om enkelte aspekter siden de kanskje ikke anser det som viktig, eller at det er hendelser de har lagt lokk på grunnet sterke følelser som sorg eller skam. Å snakke om en situasjon er forskjellig fra å være i en situasjon, og hva mennesker husker og anser som relevant å fortelle om, er individuelt. Likevel er det akkurat de individuelle opplevelsene som ønskes å belyses med intervjuformen, noe som peker på at metoden er hensiktsmessig.

4.3 Utvalg

Personer som ble spurt om å være informanter i studien var voksne, myndige, mennesker (over 20 år) som hadde vært innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, og som hadde erfaring med at det var blitt benyttet tvangsmidler fordi de hadde blitt oppfattet som truende eller utagerende/voldelige. Erfaringen skulle gjelde for høyst ti år tilbake i tid. Mennesker som var innlagt ved sykehus, eller annen psykiatrisk institusjon, når intervjuet skulle finne sted, og personer som var under tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold etter Psykisk Helsevernloven, kapittel 3, §§ 3-3, 3-5 (Lovdata, 2014b), samt mennesker uten samtykkekompetanse, med demenssykdom eller psykisk utviklingshemming, ble ekskludert fra studien.

For å få informanter til studien tok jeg kontakt med bruker- og interesseorganisasjonen We Shall Overcome (WSO). WSO arbeider aktivt; politisk og faglig, for å hindre overgrep i psykiatrien, sentrert om hjelp uten tvang og omsorg uten krenkelser. De har blant annet fokus på menneskerettigheter, autonomi og rettsikkerhet i det psykiske helsetilbudet, med vektlegging av erfaringsbasert kunnskap og brukerstyring (WSO, 2014). Informasjon om studien ble lagt ut på organisasjonens side på det sosiale mediet facebook, hvor jeg kom i kontakt med Liv Skree, som er nestleder i sentralstyret i WSO. Hun var behjelpelig med å videreformidle informasjon om studien til aktuelle informanter. Imidlertid innbrakte ikke dette tilstrekkelig antall informanter. Etter tips fra biveileder, Odd Volden, tok jeg kontakt med Erfaringsnettverket på facebook, samt psykiatriske dagsentre. Erfaringsnettverket er en åpen gruppe, hovedsakelig for mennesker som har erfaringer med psykiatrien, enten som pasient eller pårørende. Ved at siden er åpen er den imidlertid tilgjengelig for alle. På Erfaringsnettverket kan mennesker dele informasjon, livserfaringer eller publisere relevant fagstoff, samt kommentere eller diskutere hverandres innlegg. Ved å ta kontakt med denne gruppen kom jeg i kontakt med Siv Helen Rydheim, som opprettet Erfaringsnettverket og er varamedlem i WSO. Informasjon om studien ble etter hennes anbefaling lagt ut på Erfaringsnettverkets side. På denne måten kunne aktuelle informanter selv ta kontakt med meg for å bli tilsendt ytterligere informasjon om studien – for så å ta stilling til om de ønsket å delta eller ikke. Etter telefonsamtaler med lederne ved psykiatriske dagsentre i Agder-regionen, ble informasjon om studien sendt til dem. Lederne videreformidlet informasjonen til brukere som de mente å være innenfor de gitte inklusjonskriteriene, slik at de kunne ta stilling til om de ønsket å delta. Ved hjelp av disse framgangsmåtene ble det sendt informasjon til flere personer som meldte sin interesse. Noen ga tilbakemelding på at de ikke var innenfor inklusjonskriteriene, og én trakk seg underveis i

prosessen. Omsider var det gjort avtale med fem personer, som stilte som informanter til studien: tre kvinner og to menn, i alderen 39 – 58 år, med en geografisk spredning fra Trøndelag, Akershus, Agder og Rogaland.

4.4 Datainnsamling

Data ble samlet ved å foreta individuelle dybdeintervju, med bruk av en semistrukturert intervjuguide hvor jeg gikk forholdsvis åpent ut, men hadde enkelte punkter som holdt tråden i intervjuet (vedlegg 1). Ved bruk av den semistrukturerte intervjuguiden var jeg ute etter å få fram informantenes opplevelser av tematikken. Jeg stilte åpne spørsmål, og gikk så videre med oppfølgingsspørsmål ut i fra informantens svar (Kvale & Brinkmann, 2012). Slik holdt jeg informantenes opplevelser av årsaker til truende atferd eller utagering, samt deres forslag til endringer av praksis for å unngå tvangsmiddelbruk i sentrum. Ett av intervjuene ble gjennomført over Skype, to ble holdt i Kristiansand, mens de to resterende ble utført ved at jeg reiste til Akershus og møtte informantene der. Intervjutiden var fastsatt på inntil én time per intervju. Dette viste seg å være tilstrekkelig siden informantene mot slutten av tiden selv sa at de hadde fått sagt det de ønsket, og at de ikke hadde noe ytterligere å tilføye.

4.5 Bearbeiding av data

Intervjuene ble tatt opp med diktafon. Jeg var fokusert på å lytte, ikke snakke, ikke argumentere eller gi råd. For ikke å avbryte informanten midt i en beretning noterte jeg stikkord underveis i intervjuet, dersom det var noe jeg la merke til, verbalt eller nonverbalt, som jeg ville spørre informanten om videre. Jeg var imidlertid bevisst på å vise interesse, men forsøkte samtidig å framstå som nøytral slik at ikke min nonverbale kommunikasjon ledet informanten i bestemte retninger. Jeg transkriberte selv hvert intervju fortløpende etter hvert som de var gjennomført. For å sikre en så nøyaktig gjengivelse som mulig ble transkripsjonen utført samme dag som intervjuene fant sted. Transkriberingen ble utført detaljert gjengivende ord for ord, og eksempelvis nøling, latter eller tenkepauser ble merket av i teksten. Dette gav 53 sider råmateriale.

4.6 Analyse

For å få et helhetlig bilde ble hvert enkelt intervju grundig gjennomgått i sin helhet, før oppmerksomheten ble rettet spesifikt mot grunner til truende atferd eller utagering, samt forslag til hva personalet kunne gjort annerledes for å unngå bruk av tvangsmidler. Det andre nivået besto av å identifisere episoder og uttalelser relatert til problematikken. Dette ble gjort etter Giorgi's modell (Kvale & Brinkmann, 2012) hvor naturlige enheter ble forkortet til sentrale, dominerende tema (vedlegg 2). Materialet var nå redusert til 12 sider. Det tredje nivået besto av å kartlegge mønstrer, temaer og gjentakelser (Kvale & Brinkmann, 2012). Spørsmålet om årsaker til truende atferd eller utagering, samt hvordan tvangsmiddelbruk kunne vært unngått, ble stilt til teksten. Fremgangsmåten identifiserte tre temaer: a) Regler, b) Provoserende hjelpetiltak og c) Mellommenneskelig kontakt. (Disse temaene redegjøres for, utdypes og knyttes til empiri i vedlagte artikkel.) Det fjerde nivået besto av mine umiddelbare refleksjoner vedrørende de empirinære data, såkalt kritisk forståelse basert på sunn fornuft (Kvale & Brinkmann, 2012). (Refleksjonene knyttes til temaene i vedlagte artikkel).

5.0 Metodiske og etiske overveielser

Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 3). En forespørsel ble først sendt til norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som informerte om at studien måtte godkjennes av REK. «Studentoppgaver som skal oppfylle vitenskapelige krav og har som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», er pålagt å søke REK om godkjenning før forskningsprosjektet iverksettes (REKa, 2014). Ved første innsendelse ønsket REK utdypinger i forhold til datasamling og tilgjengelig oppfølging i etterkant av intervjuene, samt tydeligere presisering av utvalg. Endringene ble utført etter anbefaling og prosjektet ble så godkjent.

Skriftlig, informert samtykke ble innhentet fra fem personer (se kapittel 4.3). REK har som hovedregel at samtykke skal innhentes skriftlig (REKb, 2014). Siden dette var mennesker med sterke livserfaringer ble det etiske aspektet nøye overveid, både i forkant av, og under arbeidet med studien. Fordelene med studien ble ansett å veie opp for ulempene da intervjuundersøkelsen har en

vitenskapelig verdi, og bidrar til økt kunnskap om tematikken. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv på e-post i forkant av intervjuene, mens samtykkeerklæringen ble underskrevet da informantene møtte til intervju. Siden det var gjort avtale om dette på forhånd ble det naturlig å signere erklæringen i forkant av hvert intervju. Informanten som ble intervjuet over Skype sendte signert samtykkeerklæring til meg med post. Jeg tok ikke selv direkte kontakt med aktuelle informanter, for slik å unngå at de følte et press til å delta i studien. Siden informasjonen om studien ble lagt ut på de nevnte nettsidene, eller ble gitt gjennom en uavhengig tredjeperson (ledere ved dagsentre), kunne informantene selv ta et valg om å sende en e-post eller ringe for å etterspørre ytterligere informasjon. Likevel kan det ikke vites om informantene har følt press til å delta i studien fra andre personer enn meg. Det ble derfor informert ettertrykkelig om, både i forkant av intervjuene over e-post, samt før hvert intervju, at informanten kunne trekke seg dersom han/hun ønsket det. Informantene fikk også tilbud om å ta kontakt direkte med meg, med Mental Helse sin hjelpetelefon eller psykolog Alain Topor dersom de skulle ha behov for samtale i etterkant av intervjuene. Imidlertid ga informantene uttrykk for at det var positivt å kunne bidra til å kaste lys over tematikken og fremme forslag til endring av praksis.

Det kvalitative forskningsintervjuet ble ansett som mest hensiktsmessig siden temaet for studien kunne oppleves følsomt og tabubelagt, og at det gjennom intervjuene sannsynligvis ville fremkomme sensitiv informasjon om informantene, som den enkelte kunne finne det ubehagelig å dele med andre i for eksempel et fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju kunne vært hensiktsmessig dersom informantene kjente hverandre fra før og var trygge på hverandre. En slik form for intervju kan også være formålstjenlig når en skal snakke om vanskelige tema, for slik å finne støtte i andres lignende opplevelser. Imidlertid kunne det tenkes at enkelte ville latt være å bidra med opplysninger når det var flere til stede, noe som ville gjort det vanskelig å nå formålet med studien. Et annet moment som utgjorde at metoden ble ansett som mest hensiktsmessig var at informantene bodde geografisk spredt, og at flere ikke hadde økonomiske midler til å reise til et felles samlingssted for å gjennomføre et fokusgruppeintervju. Under intervjuene ble det lagt vekt på å gå varsomt frem, og være bevisst på informantens nonverbale så vel som verbale uttrykk. Konfidensialitet er ivaretatt ved at informantene er anonymiserte. Samtykkeerklæringer, lydbånd og det transkriberte materialet er forsvarlig oppbevart. Navnene er kodet og kan ikke settes i forbindelse med det enkelte, transkriberte intervju. Navnene som gjengis i studien er fiktive.

6.0 Egen rolle som forsker

Under arbeidet med studien har jeg vært bevisst på å inneha moralsk ansvarlig forskningsatferd. Det etiske aspektet ved tvangsforskning har vært av stor betydning, og jeg har lagt stor vekt på å beskytte og ivareta mine informanter (som beskrevet i kapittel 5.0). Studien fører til produksjon av betydningsfull kunnskap. Tematikken er dagsaktuell, og det etterlyses mer forskning på området (Helsedirektoratet, 2009; Sykepleien, 2014). Jeg har tilstrebet gjennomsiktighet i forhold til prosedyrene som danner grunnlag for funn og konklusjoner.

Siden jeg har arbeidet i akuttpsykiatrien har jeg min forforståelse relatert til tvangsproblematikk og utagering. Dette kan ses på som både positivt og negativt. Jeg har arbeidet ved to ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, og har erfaring med at rutinene for utøvelse av tvang, samt opplæring og trygging av personalet, varierer fra den ene avdelingen til den andre. Jeg har slik erfaring med at personale som er godt trent og opplært i å kommunisere og håndtere truende eller utagerende atferd vil kunne velge andre måter å møte pasienten på enn personale som føler seg usikker og truet. Videre har jeg sett at graden av medmenneskelighet og brukervedvirkning kan variere stort, ikke kun mellom de to avdelingene, men også fra situasjon til situasjon i møte med pasienter. Likevel er det et fellestrekk ved de to avdelingene at regler og rutiner anses som viktige for å holde orden og kontroll i avdelingene. Det er også et fellestrekk at diagnose og symptomer ofte er overordnet ressurser og pasientens egne meninger om hva som kan hjelpe han/henne til bedring. Det å stille spørsmål i etterkant av en situasjon hvor tvangsmidler er blitt brukt, og slik forsøke å rokke ved veletablerte rutiner, har gjerne ført til en diskusjon, men ofte ikke til holdnings- eller rutineendring på området. Mitt ønske om å bidra til mer innenfrakunnskap om tematikken har utspring i denne forforståelsen. Dette anser jeg som positivt siden det kan gi helsepersonell ny kunnskap til å møte pasienter på alternative måter, og slik være med på å redusere bruken av tvangsmidler.

På en annen side kan min forforståelse ha en negativ effekt; ved at mine fordommer stenger for eventuelle nye og uventede aspekter, for eksempel ved hvilke oppfølgingsspørsmål jeg har valgt å stille under intervjuene. Dette har jeg vært bevisst på gjennom arbeidet med studien, og jeg har tilstrebet en bevisst naivitet og fordomsfrihet. Jeg har vært bevisst min rolle i forsker-situasjonen, og at den rollen inkluderer et asymmetrisk maktforhold mellom informanten og meg (se kapittel

4.2). Jeg har reflektert over denne maktubalansen, og hvordan den har kunnet påvirke intervjukunnskapen. Informantene har derfor hatt medvirkning i hvor intervjuene skulle finne sted, og jeg har gjort det jeg kunne for å ivareta en avslappet og likeverdig stemning under intervjuene.

7.0 Studiens validitet

For å sikre validitet er informantenes erfaringer med truende atferd, utagering og tvangsmiddelbruk gjengitt empirinært ved bruk av direkte beskrivelser av praksis hentet fra intervjuene. Slik belyses konkrete situasjoner som innebærer informantenes erfaringer med truende atferd, utagering og bruk av tvangsmidler relatert til dette, samt hva de mener kunne vært gjort annerledes i de gitte situasjonene. Jeg valgte ikke selv personene jeg ville intervju. Imidlertid hadde tre av informantene tilknytting til WSO, som engasjerer seg sterkt i kampen mot tvang i psykiatrien (se kapittel 4.3). På denne måten var det en fare for at funnene ble styrt i denne retningen. Samtidig viste det seg at de to informantene som ikke hadde tilknytting til WSO hadde tilsvarende erfaringer som de andre. Det kan derfor tenkes at denne typen studie tiltrekker seg mennesker som hovedsakelig har negative erfaringer med temaet. Videre må det tas i betraktning at jeg selv har jobbet i akuttpsykiatrien, og at jeg dermed hadde min forforståelse av feltet, selv om jeg ikke har arbeidet ved de aktuelle avdelingene (se kapittel 6.0).

8.0 Funn

Intervjuundersøkelsen gav tre funn: Regler og provoserende hjelpetiltak ble funnet å være årsaker til truende atferd og utagering. Mellommenneskelig kontakt ble funnet å være manglende i situasjoner som førte til tvangsmiddelbruk, og pekte seg ut som et funn for hvordan tvangsmidler kunne vært unngått. Siden funnene blir redegjort for og dokumentert ved hjelp av empiri i vedlagte artikkel, blir de kun kort presentert for her.

En del regler var gjennomgående beskrevet som meningsløse og provoserende, selv om noen også mente at enkelte regler kunne være nødvendige. Likevel ble regler forbundet med unødvendige

kontrolltiltak som kunne utløse truende atferd eller utagering. Tiltak med den hensikt å hjelpe pasienten til bedring, slik som skjerming eller tvangsmedisinering, ble beskrevet som provoserende. I noen tilfeller resulterte hjelpetiltakene i verbale trusler eller utagering siden informanten følte seg krenket, redd og/eller misforstått.

Alle informantene savnet mellommenneskelig kontakt i form av nærhet, samtaler eller begge deler. Samtlige ga uttrykk for å ha opplevd avmakt i møte med akuttpsykiatrien, som følge av eksempelvis nedverdiggelse og sykeliggjøring. Det ble trukket fram at det å være tvangsinnlagt er en stor påkjenning i seg selv, og at mer medmenneskelighet og omsorg kunne hjulpet dem i en slik fortvilet situasjon. Å bli møtt med respekt og individtilpasset tilnærming ble løftet frem som alternativer til tvangsmidler.

9.0 Diskusjon

Som nevnt i kapittel 8.0 (og utdypet i vedlagte artikkel) er kritikken av det psykiatriske systemet svært krass. Personalet som arbeider i dette systemet gjør sannsynligvis sitt aller beste for å være til hjelp. Derfor vil de nok erfare funnene som både urettferdige og kanskje urimelige. Likevel mener jeg det er vel verd å lytte til kritikken fra de menneskene som selv har vært truende eller utagerende, selv om personalet kanskje ikke vil kjenne seg igjen. Terkelsen & Larsen (2012) viser i sin studie til at ansatte også opplevde avmakt i situasjoner hvor tvangsmedisinering ble utført, og at de gjorde alt de kunne for å formidle empati og omsorg overfor pasienten i disse situasjonene. Dette er å forstå som en kløft mellom hvordan pasientene selv erfarer slike vanskelige situasjoner, og de ansattes erfaringer i de samme situasjonene. Med dette som utgangspunkt underbygges Norvoll & Husum (2011) sitt funn på «forståelseskløften» mellom ansatte og pasienter.

Selv om en går ut i fra at personalet i de fortalte situasjonene handlet som de gjorde med et ønske om å hjelpe, kan det ikke overses at hjelpen ikke opplevdes slik den i så fall var ment av de jeg har intervjuet. Det er mulig at dette også har noe å gjøre med det Øye & Norvoll (2013) poengterer; at det å være tvangsinnlagt i seg selv vanskeliggjør pasientenes muligheter til å medvirke. Selv om dette er tilfelle kan det hevdes at deres mulighet til å medvirke i de små avgjørelsene dermed blir

ekstra viktige. Det var nettopp begrensninger i dagliglivets utfoldelser som ble fortalt å være provoserende av informantene. Likevel kan det tenkes at personalet hadde sine grunner for å begrense pasientene. Av erfaring vet jeg at slike situasjoner er komplekse, og ofte vanskelige for både pasienter og ansatte. Likevel tenker jeg at det er naturlig å reagere når eksempelvis skjerming og regler setter stopper for de behov som en selv anser å være viktigst. En kan slik sett undre seg over hvorfor ikke pasientene fikk ta del i disse avgjørelsene, som resulterte i situasjoner som i følge informantene kunne vært unngått med medmenneskelighet og samtale.

Dette bringer Kari Martinsen inn i bildet, og hennes tenkning om tydning og fortolkning. Slik kan en forstå at personalet fortolket situasjonene i stedet for å tyde dem; de syntes å vite nøyaktig hvordan pasienten hadde det. Det som informantene opplevde som overgrep ble på denne måten utført i beste mening. Tydning i situasjonen kunne på den annen side åpnet opp for forståelse for pasientens perspektiv. Ved å benytte Martinsens teorier om forbauselse og undring i situasjonen kan en også se at utfallene kunne blitt annerledes. Slik jeg forstår det, ut i fra informantenes erfaringer, ble personalet forbauset i situasjoner hvor pasienten fremsto som truende eller aggressiv. Slik Martinsen forklarer det fører forbauselsen til at en setter gjøremålet i sentrum, handler ut i fra ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap, uten å se eller lytte til pasienten. Om en benytter Martinsens tanker om å bruke undring i situasjonen kunne det åpnet opp for fantasi og kreativitet; personalet kunne med dette fått ny forståelse for pasienten og hans situasjon. Imidlertid skriver Martinsen at dette krever at en setter seg inn i den andres sted, er medfølende, og har tid til å vike fra normer og prosedyrer. Dette kan ses å være et dilemma på flere områder i en hektisk akuttavdeling, men som Martinsen sier fører travelheten til objektivering av pasienten, noe som i sin tur kan synes å få utfall i episoder med truende atferd, utagering og tvangsmiddelbruk. Dette tar også tid, og det kan hevdes at det da er personalets ansvar å bruke tiden til samtale og mellommenneskelig kontakt, som synes å være sårt tiltrengt, for slik å forebygge situasjoner hvor tiden blir brukt på å kontrollere pasienten ved hjelp av tvangsmidler. Dersom en ser til andre studier (eksempelvis Holmes et al., 2004; Hem et al., 2008) finner en også underbyggelse av dette; mellommenneskelig kontakt kan forebygge uro/utagering og tvangsmidler.

Jeg vil vie mine siste refleksjoner til Vatne (2006) og Stang (2011) sine teorier, og vise hvordan de sammenfaller med studiens funn. To av informantene ga uttrykk for at enkelte regler kunne anses som nødvendige. Samtidig ble det sagt at regler fikk dem til å føle seg blant annet krenket og

provosert. Terkelsen & Larsen (2012) viser til at tvangsmedisinering noen ganger ble ansett som nødvendig av pasienten i etterkant av tiltaket. Dette var imidlertid i situasjoner hvor pasienten selv beskrev at han var psykotisk og kunne blitt farlig foruten. Informantene i min studie hadde ikke lignende opplevelser, noe som kan tolkes som at tvangsmidler ble brukt også når pasienten ikke var til fare for seg selv eller andre (Lovdata, 2014a). Dette kan settes i sammenheng med det Vatne skriver; at tvangsmidler kan forekomme når personalet blir usikre på om pasienten kan være farlig. En kan se forståelse for dette fra personalets side, siden de (som Vatne hevder) sannsynligvis hadde et behov for kontroll og mestring av situasjonen. Hvordan personalet tolker situasjoner og vurderer farekriteriet kan dermed ses som en utfordring. Vatne fremmer at mer kunnskap om pasienten og økt samarbeidsrelasjon er tiltak som kan redusere personalets usikkerhet i slike situasjoner. Som enkelte av mine informanter også hevdet kunne en samtale oppklart misforståelser. For å få til dette tenker jeg at respekt er grunnleggende. Stang understreker at respekt er tilknyttet et subjektivt menneskesyn; en blir tatt hensyn til i relasjonen. Informantene i denne studien hadde imidlertid opplevelser med å bli behandlet som objekter i relasjonen, eller «tingliggjøring» som Stang skriver. Dette kan også settes i sammenheng med Vatnes forklaring på hva som kan forårsake utagering; at uttrykk fra pasientens livsverden settes opp mot systemets oppfatning, noe som fører til at engasjement kan bli tolket som manglende kontroll eller aggressivitet. Å kjenne pasienten, og å åpne opp for det fremmede og ta seg tid til undring og samtale kan dermed forstås som forebyggende for situasjoner som ender med utagering og tvangsmiddelbruk.

10.0 Avsluttende refleksjoner

Med utgangspunkt i studiens funn, sett i sammenheng med utvalgte teori og tidligere forskning, kan en se at relasjonsbygging, samtaler og medmenneskelighet; aspekter knyttet til et subjektivt menneskesyn, kan redusere truende eller utagerende atferd, samt være alternativer til tvangsmiddelbruk. Imidlertid viser funnene at dette sjeldent ble gjort. Det objektive menneskesynet framstilles som rådende og situasjoner med tvangsmiddelbruk kunne vært forhindre ved at personalet endret sin tilnæringsmåte til pasientene. Det ville vært interessant å få innsyn i personalets erfaringer og meninger om dette, og hvorfor de handlet som de gjorde. Jeg vil til slutt påpeke at tvangsproblematikken er svært kompleks, og at den rommer mange erfaringer og meninger som det er viktig å få fram gjennom forskning, da både fra personell og pasienter. De som selv sitter med erfaringene i kroppen er etter min mening svært vesentlige for å utvinne denne kunnskapen. Likevel

ME-504 2014 vår masteroppgave Marianne Einbu

underbygger mine funn tidligere forskning og teori på området. Et interessant forskningsspørsmål vil derfor kanskje være hvordan kunnskapen kan implementeres i akuttavdelingene for å nå målet om et bedre samarbeid med redusert bruk av tvangsmidler.

Referanser

Aftenposten (2013). 24. oktober 2013: *Enkle tiltak kan få ned beltebruk i psykiatrien*. Hentet 21. mars 2014 fra

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Enkle-tiltak-kan-fa-ned-beltebruk-i-psykiatrien-7342977.html#.UyxPhIVG5PY>

Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T.L. (2014). Alternativer til tvang I Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshefte. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Hentet 10. april 2014 fra

<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/alternativer-til-tvang-i-ressurshefte>

Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (6), 510-518.

Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Clue. *Ordbokprogram designet for PC*. Kjøpt og installert i mars 2013.

Dagbladet (2013). 10. april 2013: *Denne tas i bruk 200 ganger i året på psykiatriske sykehus*.

Hentet 21. mars 2014 fra

<http://www.dagbladet.no/2013/04/10/nyheter/innenriks/psykiatri/tvang/26590910/>

Erfaringsnettverket. *Gruppe ved det sosiale nettverket facebook*. Hentet 2013 – 2014 fra

<https://www.facebook.com/groups/erfaringsnettverket/>

Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I: Norvoll, R. (Red.). *Samfunn og psykisk helse* (s. 243 – 284). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2009). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.*

Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Universitetet i Tromsø. Hentet 10. april 2014 fra [http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter /
Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf](http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.* NOU 2011: 9.

Hentet 13. februar 2014 fra

<http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015).* Hentet 10. april 2014 fra

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Hem, M.H., Heggen, K. & Ruyter, K.W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward.

Nursing Ethics, 15 (6), 776 – 788.

Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R. & Roll, J. (2010). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37 (2), 272-281.

Holmes, D., Kennedy, S.L. & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 559-578.

Hummelvoll, J.K. (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal.

ME-504 2014 vår masteroppgave Marianne Einbu

Johnson, B., Martin, M. L., Guha, M. & Montgomery, P. (1997). The experience of thought-disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4 (3), 13 – 20.

Kjær, T.A. (2012). Løgstrup og samtalens kunst i sykepleien. I: Martinsen, K. *Løgstrup og sykepleien* (s. 152-187). Oslo: Akribe.

Koukia, E., Madianos, M.G., & Katostaras, T. (2009). "On the spot" Interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 327-336.

Kristiansen, G.H., Rydheim, S.H. & Thyness, E.M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Larsen, I.B. & Terkelsen, T.B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 10, 1-11.

Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S. & Wigerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 569-576.

Lovdata (2014a). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (lov om psykisk helsevern)*. § 4-8 *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold*. Hentet 13. mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_4

ME-504 2014 vår masteroppgave Marianne Einbu

Lovdata (2014b). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (lov om psykisk helsevern)*. § 3-3 *Vedtak om tvungent psykisk helsevern*. § 3-5 *Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte*. Hentet 13. mars 2014 fra

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3

Malt, U.F., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2012b). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norvoll, R. (2008). *Delrapport I Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Oslo: Sintef helse; Sosial- og helsedirektoratet; Rådet for psykisk helse.

Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.

Norvoll, R. & Husum, T.L. (2011). *Som natt og dag?* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; Rådet for psykisk helse; Sintef, 2011:9.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research*. (7th ed.). Amerika, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

ME-504 2014 vår masteroppgave Marianne Einbu

REKa (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Hentet 13. februar 2014 fra REKs hjemmeside:

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dim=34998

REKb (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Hentet 13. februar 2014 fra REKs hjemmeside:

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/samtykketaushetsplikt?p_dim=35000

Rydheim, S.H. (2008). *Kjærligheten spør ikke den bare er*. Bodø: Licentia Forlag.

Scanlan, J.N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatients psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56 (4), 412-423.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Sider/default.aspx>

Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse – Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal.

Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 416-427.

Sykepleien (2014). *Dette bør det forskes på*. Norsk sykepleieforbund: (2) 6. februar 2014.

ME-504 2014 vår masteroppgave Marianne Einbu

Terkelsen, T.B. (2010). Håndtering av engler og ufoer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.

Terkelsen, T.B. & Larsen, I.B. (2012). Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 (2), 123-132.

Universitet i Bergen (2009). Hjemmeside. Hentet 25. februar 2014 fra
http://www.uib.no/info/dr_grad/2009/Stang_Ingun.html

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal.

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*, 57, 453-459.

WSO (We Shall Overcome). Hentet 19. februar 2014 fra WSOs hjemmeside:
<http://www.wso.no/?s=2&id=56>

Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I: Norvoll, R. (Red.). *Samfunn og psykisk helse* (s. 73 – 97). Oslo: Gyldendal.

Del 2:

Artikkel

Marianne Einbu
Universitetet i Agder
Våren 2014

Link til Tidsskrift for psykisk helsearbeid:

<http://www.psykiskhelsearbeid.net/>

Marianne Einbu, sykepleier, f. 1983

Universitetet i Agder

Adresse: Jon Lilletunsvei 9, 4879 Grimstad

E-post: mariei12@student.uia.no

Veileder:

Førsteamanuensis Inger Beate Larsen

Tvangsmiddelbruk i akuttpsykiatriske avdelinger

Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller
aggresjon og alternativer til tvangsmidler

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Antall tegn: 30 635

Sammendrag

Hensikten med studien er å analysere hva mennesker som har vært tvangsinnlagt i akuttpsykiatriske avdelinger mener har bidratt til at de har vært truende eller utagerende, samt hvordan tvangsmiddelbruk relatert til dette kunne vært unngått. Studien bygger på individuelle dybdeintervju med fem voksne personer som har vært innlagt ved ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Analysen er utført etter Giorgi's modell, slik den er gjengitt i Kvale & Brinkmann (2012). Funnene oppsummeres i tre hovedpunkter: a) Enkelte regler ved avdelinger ble beskrevet å være meningsløse og provoserende, og ble forbundet med unødvendige kontrolltiltak som kunne utløse truende atferd/utagering. b) Tiltak med den hensikt å hjelpe pasienten til bedring, slik som skjerming eller tvangsmedisinering, ble beskrevet som provoserende, og resulterte noen ganger i verbale trusler eller utagering. c) Alle informantene savnet mellommenneskelig kontakt i form av omsorg og samtaler, noe som ble løftet fram som alternativer til tvangsmidler.

Nøkkelord: akuttpsykiatri, utagering, tvang, pasienterfaringer, kvalitativ undersøkelse.

Abstract

The use of physical restraint in acute psychiatric wards.

Subjective experiences on causes of threatening behavior or aggression and alternatives to physical restraint.

The study analyze the experiences by subjects formerly involuntarily submitted to acute psychiatric wards, on situations leading to threatening and aggressive behavior and their oppinions on how the consequent use of physical restraint could have been prevented. It is based on individual in-depth interviews of five adult respondents formerly invountarily submitted to different acute psychiatric wards in Norway. The analysis is conducted in accordance to the Giorgi-model as it is recited in Kvale & Brinkmann (2012). The findings are: a) Some of the rules practised at the wards were deemed as unnecessary means of controll, perceived provocative, thus leading to threatening/aggressive behaviour. b) Measures intended to further the patients recovery, such as seclusion or compulsory medication, were described as provocative, potentially leading to verbal threats/agression. c) All the respondents underlined a lack of interpersonal-contact in the form of care and conversation, this being sugested as alternatives to using physical restraint.

Key words: acute psychiatric ward, aggression, restraint, patient experiences, qualitative research.

Innledning

Du var så forlatt, og du var så ensom. (...) Aldri vært så alene. (...) Det er en del aspekter... Eh... Der som... Som... Setter sånne spor. (...) Jeg har mistet et barn, og det blir sagt at det er det verste du kan oppleve. Men... Det... Jeg har faktisk, enkelte ganger... Eh... Tenkt som så at den reimehistorien, tar på en måte kaka, ass. Fordi at, det å miste et barn, det er noe livet gjør deg. Mens, det å bli lagt i reimer, det er noe som andre mennesker gjør imot deg. Og, det berører en (...). Det rokker ved noen ting... (...) Jeg vet ikke helt om jeg får satt ord på det... Men... Men det er noe med den der... Ehm... Grusomheten, liksom.

Sitatet over er fortalt av en tidligere pasient som inngår i denne studien. Det er en sterk illustrasjon på hvor vondt det kan oppleves å bli utsatt for tvangsmidler. Studiens mål er å fremskaffe kunnskap om hva mennesker som har vært tvangsinnlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling mente førte til at de var truende/utagerende, samt hvordan tvangsmiddelbruk relatert til dette kunne vært unngått. Til tross for smerten tvang medfører, brukes belter eller medisiner i norsk psykiatri med den hensikt å berolige pasienten. Dette er tillatt når lempeligere midler har vist seg å være utilstrekkelige (Lovdata, 2014). Helse- og omsorgsdepartementet (2012) peker på at det ikke finnes gode data til å anslå nøyaktig omfang av tvangsbruk i psykisk helsevern i Norge, men at den i liten grad har blitt redusert de senere årene. Videre hevdes det å være et stort endringspotensiale, og at situasjoner som tradisjonelt har blitt løst med tvang kan erstattes med trygge, frivillige løsninger.

Det er en pågående kritikk mot tvangsbruk fra brukerorganisasjoner. We Shall Overcome (WSO), og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse retter søkelyset på alternativer til tvang. De fremhever betydningen av trygghet, omsorg og økt toleranse for følelser (Bjørgen, Storvold, Norvoll & Husum 2014). Helsepolitisk understrekes det mer brukervedvirkning og frivillighet, og de siste årene har dette vært uttrykt i flere nasjonale strategier (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Helsedirektoratet (2009) hevder at det tradisjonelt har vært forsket lite på tvang i Norge, og at det er et stort behov for ny kunnskap. Artikkelen løfter fram pasienterfaringer, og har problemstillingene:

- 1. Hva mener mennesker som har vært innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling, og har erfaring med tvangsmidler, bidro til at de var truende og/eller utagerende?*
- 2. På hvilken måte kunne episoder med tvangsmiddelbruk vært unngått?*

Tidligere forskning

Ved å intervju pasienter med egenerfaring, fant Johnson, Martin, Guha & Montgomery (1997) blant annet at aggresjon var et resultat av selvhevdelse; en måte å gjenvinne makt på når pasienten opplevde seg maktesløs. Wynn (2003) fant at flesteparten av personalet mente at tvangsmidler og skjerming ikke medføre aggresjon, uro/angst eller skader; samtidig hadde 70% av de spurte blitt angrepet av pasienter i slike situasjoner. I følge Holmes, Kennedy & Perron (2004) utagerte pasienter for å få kontakt med personalet. Hem, Heggen & Ruyter (2008) fant at regler og rutiner ved en akuttpsykiatrisk post førte til mistillit mellom sykepleiere og pasienter; situasjoner preget av konflikt kunne stabiliseres ved å opprette kontakt og tillit med pasienten.

I følge Norvoll & Husum (2011) var det betydningsfulle forskjeller i menneskesyn mellom ansatte og pasienter på hvordan de forsto tvang, psykisk sykdom og behandling. Ivaretagelse, omsorg og konfliktforebygging ble funnet å være viktig for å redusere tvang. Omsorg ble også funnet i andre studier å være sentralt for å unngå tvangsmiddelbruk som følge av utagering (Wynn, 2003; Holmes et al., 2004). Björkdahl, Palmstierna & Hansebo (2010) peker på viktigheten av at sykepleiere reflekterer over hvordan de samordner sine formynderiske og omsorgsgivende tilnæringsmåter. Norvoll (2008) dokumenterer at pasienter foreslo mindre korrigerende grensesetting og mer individuelle løsninger som alternativer til tvang. I følge Bjørgen et al. (2014) savnet pasienter å bli møtt med respekt; å bli akseptert uansett bakgrunn og verdensbilde. De fant også at trygghet og en god samtale kunne forebygge situasjoner med tvangsmiddelbruk. Dette underbygges av Larsen & Terkelsen (2013) som fant at når personalet behandlet pasienten som et likeverdig medmenneske, og lærte personen å kjenne, kunne en sint pasient roes ned ved hjelp av samtale. Økt brukermedvirkning og bedringsorientert praksis viser seg å være sentralt for å redusere tvangsmiddelbruk; skjerming og bruk av tvangsmidler kunne unngås, og bedring oppnås ved hjelp av samarbeid (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll, 2010).

Teori

Den norske filosofen Kari Martinsen (2012a) tematiserer makt og motmakt, og skisserer samspillet mellom medfølelsen, den etiske fordring om å ta vare på den andre, og de kulturbestemte normene. Nestekjærlighet er et sentralt begrep, og hun er opptatt av sykepleierens ansvar og å se den andre som et tenkende subjekt med egne verdier og meninger. Martinsens fenomenologiske og etiske ståsted kan gi nyttige innspill i tvangsdebatten. Hennes teorier om skam og skjønn, makt og nestekjærlighet utgjør studiens teori.

Martinsen (2000; 2012a; 2012b) spør om det er for lite skam i helsevesenets rom, og hevder at god skam kan hindre sykepleieren i å se på pasienten som en gjenstand som de kan og må gjøre noe med. Hun peker på at skammen kan hjelpe ansatte til en sansende tilbakeholdenhet, og med dette åpne opp for å vise skjønn. Dette hindrer en i å behandle pasienten som et objekt fordi en kjenner på seg selv hvor grenser går og unngår å krenke pasienten. God skam betegner hun som den før-etiske skammen; den åpner opp for aksept og verdsettelse av det fremmede, noe som gir pasienten verdighet. Hun benytter Løgstrups suverene livsyttringer; «fenomener som tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse.» (Martinsen, 2012a s. 48). Martinsen skriver at vond skam kan påføres gjennom makt- og hersketeknikker, noe som kan være et resultat av at sykepleieren styres av normer og regler de tar for gitt. Dette hindrer henne i å bruke faglig skjønn og erfaring i situasjonen, noe som har sammenheng med å være oppmerksomt til stede og tyde situasjonen. Det skilles mellom tydning og fortolkning, hvor sistnevnte beskrives som utflukter fra forståelsen hvor en ikke lenger lar seg bevege av den andre, men mener å vite nøyaktig hvordan den andre har det. Slike situasjoner muliggjør overgrep, utført i beste mening (Kjær, 2012). Tydningen derimot, krever at en er mottakelig og stemt, og at en slik forsøker å forstå «den appell som utgår fra møtet med den andre om å bli tatt vare på.» (Martinsen, 2012a s. 15).

Som mennesker er vi sårbare og avhengige av hverandre, og utlevert til andres ivaretagelse (Martinsen, 2000; 2012a). Martinsen hevder at nestekjærligheten innebærer en etisk fordring om å ivareta det som er betrodd en i situasjonen; å sette seg inn i den andres sted for å handle godt mot han. Sykepleieren har makt til å make noe i situasjonen, som kan brukes slik at pasienten kan make mer. Martinsen forklarer at med observasjonsteknikker og gjøremål i fokus vil ikke sykepleieren være sansende stemt til stede. Dette setter hun i sammenheng med forbauselse: Når sykepleieren blir forbauset over noe plutselig og uventet kan hun reagere med å sette gjøremålet i sentrum, handle ut i fra ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap, uten å se eller lytte til pasienten. Dermed vil makten til å make noe fratas pasienten; han blir et objekt. Undring fremmes som et middel til fantasi og kreativitet. Da kan sykepleieren distansere seg fra standarder, få utvidet forståelse for pasienten, og med dette handle best for han. Martinsen hevder at «Hastighet og effektivitet er ødeleggende for samtalen.» (Martinsen, 2005 s. 43), og taler for en endring i sykepleierens syn på tiden for å gi rom for den gode samtalen.

Det kvalitative forskningsintervju

Studien har et kvalitativt, fenomenologisk forskningsdesign, som er ment å gi innsikt i hvordan mennesker opplever og erfarer et fenomen. Fenomenologi i kvalitativ forskning gjenspeiler en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra perspektivet til de menneskene det gjelder (Kvale & Brinkmann, 2012). Målet var å skaffe til veie innenfrakunnskap om hva som kunne bidra til truende/utagerende atferd, samt hvordan tvangsmiddelbruk kunne vært unngått. Med innenfrakunnskap forstås den kontekstuelle kunnskapen; opplevelser og erfaringer, samt refleksjoner den enkelte har ut i fra sine livserfaringer. Kvalitative forskningsintervjuer er godt egnet for å få fram slik kunnskap (Bøe & Thomassen, 2007).

Data ble samlet med individuelle dybdeintervju og bruk av en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2012). Informantenes opplevelser var hele tiden i fokus. Intervjuene ble tatt opp med diktafon, og jeg noterte stikkord underveis i intervjuet til bruk for oppfølgingsspørsmål.

Analyse

For å få et helhetlig bilde av den enkelte informant ble først hvert enkelt intervju grundig gjennomgått, før oppmerksomheten ble rettet spesifikt mot grunner til truende atferd/utagering, samt forslag til hva personalet kunne gjort annerledes for å unngå tvangsmidler. Det andre nivået besto av å identifisere episoder og uttalelser relatert til problematikken. Dette ble gjort etter Giorgi's modell (Kvale & Brinkmann, 2012) hvor naturlige enheter ble forkortet til sentrale, dominerende tema. Et materiale på 53 sider ble redusert til 12. Det tredje nivået besto av å kartlegge mønstre, temaer og gjentakelser (Kvale & Brinkmann, 2012). Spørsmålet om årsaker til truende atferd/utagering, samt hvordan tvangsmiddelbruk kunne vært unngått, ble stilt til teksten. Fremgangsmåten identifiserte tre temaer: a) Regler, b) Provoserende hjelpetiltak og c) Mellommenneskelig kontakt. Det fjerde nivået besto av mine umiddelbare refleksjoner vedrørende de empirinære data, såkalt kritisk forståelse basert på sunn fornuft (Kvale & Brinkmann, 2012). Det teoretiske nivået utgjør diskusjonen med Kari Martinsens teorier om den før-etiske skammen og hvordan bruk av skjønn i situasjonen kan tenkes å fremme nestekjærlighet og hindre situasjoner med utagering og tvangsmiddelbruk.

Metodiske og etiske overveielser

For å få informanter til studien tok jeg kontakt med bruker- og interesseorganisasjonen WSO, Erfaringsnettverket ved det sosiale mediet facebook, samt psykiatriske dagsentre. Informasjon ble slik viderefremmet til aktuelle personer; voksne, myndige, mennesker som hadde vært innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, og som hadde erfaring med at det var blitt benyttet tvangsmidler fordi de hadde blitt oppfattet som truende/utagerende. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra fem personer: tre kvinner og to menn i alderen 39 – 58 år. Prosjektet ble godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, referansenummer: 2013/1247).

Siden dette var mennesker med sterke livserfaringer ble det lagt vekt på å gå varsomt frem. For å unngå at de følte press til å delta tok jeg ikke selv direkte kontakt. Samtykkeerklæring ble signert i forkant av hvert intervju, og det ble informert ettertrykkelig om at informanten kunne trekke seg underveis dersom han/hun ønsket det. Informantene fikk tilbud om å ta kontakt med meg, med Mental Helse sin hjelpetelefon eller psykolog Alain Topor dersom de skulle ha behov for samtale i etterkant av intervjuene. Imidlertid ga informantene uttrykk for at det var positivt å kunne bidra til en eventuell endring av praksis. Konfidensialitet er ivaretatt ved anonymisering.

Studiens validitet

For å sikre validitet er informantenes erfaringer gjengitt empirinært ved bruk av direkte sitater og fenomennære beskrivelser. Slik belyses konkrete situasjoner som innebærer informantenes erfaringer med truende atferd/utagering og bruk av tvangsmidler relatert til dette, samt hva de mener kunne vært gjort annerledes i de gitte situasjonene. Jeg valgte ikke selv personene jeg intervjuet. Imidlertid hadde tre av informantene tilknytning til WSO, som engasjerer seg sterkt i kampen mot tvang i psykiatrien. På denne måten er det en fare for at funnene kan ha blitt styrt i en kritisk retning. Samtidig viste det seg at de to informantene som ikke hadde tilknytning til WSO hadde tilsvarende erfaringer som de andre. Det kan derfor tenkes at denne typen studie tiltrekker seg mennesker som hovedsakelig har negative erfaringer med temaet. Videre må det tas i betraktning at jeg selv har arbeidet som sykepleier i psykisk helsevern, og at jeg dermed hadde min forforståelse av feltet.

Hva oppleves som årsaker til truende atferd eller utagering?

Regler

I ulike psykiatriske avdelinger har de både konkrete, skriftlige regler og uskrevne regler, som er innarbeidet i institusjonens rutiner og ofte tatt for gitt. Slike typer regler var gjennomgående beskrevet av fire informanter som meningsløse og provoserende, selv om to (Even og Anita) også mente at regler kunne være nødvendige: «Det er klart, jeg forstår jo at det må være regler, det har jeg ingen problemer med å forstå. (...) Men man føler seg... Man føler seg veldig krenket og provosert, ensom og misforstått.» (Even, 2013). Likevel ble regler forbundet med truende atferd eller utagering. Det ble hevdet at personalet, som håndhevet reglene, brukte regler som et kontrolltiltak med lite rom for å fatte individuelle, situasjonsbestemte avgjørelser: «De [reglene] har bestandig virket provoserende på meg. Iallfall en del av de virker litt sånn, ja... Nesten at det er regler for at det skal være regler. (...) Det er lov å tenke selv.» (Anita, 2013). Dina fortalte at regler som kontrolltiltak provoserte henne: «Alle bestemmer, alt. (...) Altså, da blir man sint, på både den personen, og på systemet. (...) Så det eskalerer da, veldig.» I følge Anita provoserte det at reglene understreket en «pasient-pleier-situasjon» og at personalet heller håndhevet regler enn å vise omsorg. Hun skildret en episode hvor hun hadde blitt nektet å ta en telefon, som førte til at hun ble sint og utagerte. Cato fortalte at han en gang var blitt lagt i belter fordi han motsatte seg å legge seg til å sove når det ble pålagt han.

Det er interessant at funnene viser at en del av reglene opplevdes som meningsløse og provoserende, men at det ble vist forståelse for at det måtte være noen regler. De hjalp sannsynligvis personalet å overholde kontroll og disiplin i en avdeling hvor det ofte kunne oppstå utrygge situasjoner. Det er forståelig at utrygghet skaper behov for kontroll. Likevel undrer det meg at reglene opplevdes overordnet omsorg og medmenneskelighet. Dette tyder på at det var vanskelig å ta individuelle avgjørelser da informantene opplevde å ikke bli spurt om hva de ønsket. Det tankevekkende er at den kontrollen og tryggheten personalet antakelig søkte med reglene, førte til det motsatte; sinne/utagering og utrygghet i følge informantene.

Provoserende hjelpetiltak

I akuttpsykiatriske avdelinger kan det iverksettes ulike hjelpetiltak selv om disse går i mot pasientens vilje. Det kan anses som nødvendig å holde pasienten skjermet fra andre pasienter og fra ulike stimuli, eller det kan fattes vedtak i form av tvangsmedisinering for å roe pasienten i en akutt situasjon. Tiltakene gjøres i beste hensikt, og begrunnes ofte ut i fra pasientens diagnose og symptomer. Even og Cato ga uttrykk for at skjerming som et slikt hjelpetiltak opplevdes provoserende, og at det var opphavet til verbale trusler og utagering. Catos fortvilelse bunnet i at isoleringen hindret han fra å få betalt regninger, noe som ga han bekymring om inkassokrav. Even beskrev at han på skjermingen følte seg «(...) veldig krenket og provosert, ensom og misforstått.»

Man føler seg så urettferdig behandlet (...) Jeg vil jo ikke være her inne [på den skjermede enheten] alene (...) jeg vil være sammen med andre mennesker. (...) Og så da løp jeg bortover en korridor og sparket opp en dør, for å komme meg ut. Jeg ville så gjerne være sammen med medpasienter. (...) og så kom de løpende og dro meg med inn og beltela meg i en belteseng, da. (Even, 2013).

Even fortalte at han den gangen også ble gitt en injeksjon med beroligende medisin mot sin vilje, noe han ikke helt forsto siden han da lå rolig i beltesengen. Bente hadde også erfaring med tvangsmedisinering, og fortalte om ytterligere forverring av situasjonen en gang hun ble gitt tvangsinjeksjon: «Sprøyte ble satt for å roe meg ned og... Jeg er livredd for sprøyter. Så da kjempet jeg jo enda mer.» (Bente, 2013).

Det kan synes som om tiltak som ble iverksatt for å hjelpe pasienten gjorde situasjonen verre for han/henne. Selv om noe av hensikten med skjerming eller tvangsmedisinering er å få kontroll over situasjonen for personalets del, må jeg også gå ut fra at hensikten med hjelpetiltakene var at pasienten på sikt skulle bli bedre. Og noen ganger kan muligens slike tiltak hjelpe. Imidlertid viser mine funn at dette ikke var tilfelle for informantene; hjelpetiltakene førte til frustrasjon og/eller utagering, som forverret situasjonen.

Hvordan kan tvangsmidler unngås?

Mellommenneskelig kontakt

Alle informantene hadde meninger om hvordan tvangsmiddelbruk kunne vært unngått. Det var påfallende at samtlige savnet mellommenneskelig kontakt i form av nærhet, samtaler og omsorg. «Og så snakke med folk er viktig, for det løser mange problemer (...) Du skal egentlig ha varme, trygge, gode omgivelser og ha kontakt med folk.» (Cato, 2013). «Når man har det vanskelig, så er det veldig okei, synes jeg, at noen er mild... Og har tid til å sette seg ned, spørre, være til stede.» (Dina, 2013).

Å være innlagt på tvang ble i seg selv betegnet som en stressfylt og vanskelig situasjon, og samtlige av informantene fortalte om situasjoner hvor de hadde erfart personalets overmakt.

Det er noen ting med å være psykiatrisk pasient som gjør deg ekstra liten. Og det er noe farlig i den der hjelperollen. Det er noen ting med når vi hjelper folk så føler vi oss litt bedre, litt større. (...) Og kanskje som innlagt så er en veldig oppmerksom på det. Fordi at en er så liten i utgangspunktet. At, det skal veldig lite til da. (Anita, 2013).

Dina og Even mente seg misforstått av personalet i forkant av episoder hvor tvangsmidler ble brukt; at sorg, angst eller frustrasjon kom til uttrykk som sinne og ble møtt med tvangsmidler. Både Anita, Even og Bente etterlyste mer fysisk nærhet; en hånd å holde i eller en klem, for å bli beroliget og unngå tvangsmidler. «Det mest angstdempende middelet du kan ha, det er en klem.» (Anita, 2013). Å bli møtt som en likeverdig ble trukket fram som viktige tiltak for å dempe avmakt og unngå tvangsmidler. Det var påfallende at samtlige hadde opplevelser fra akuttpsykiatrien hvor de ikke hadde blitt møtt med respekt. Bente sa:

Det går an å snakke med oss fordi om vi er psykisk syke. Vi er mennesker for det. (...) å lytte til som en person, ikke bare en gjenstand. Fordi om en har det fryktelig vondt så er en jo en person som har meninger og tanker, som kan være ganske konstruktive fordi om en er ganske dårlig. (Bente, 2013).

Dina og Even understøttet dette. De fortalte at de følte seg sykelliggjort, og at i stedet for tvang

kunne de blitt respektert og akseptert. Dina uttrykte: «(...) Alltid hatt veldig mye sånn eksistensielle problemstillinger som jeg har bakset med og som jeg har syns har vært spennende... Og mye av det ble jo omtolket til vrangforestillinger automatisk da jeg havnet i systemet, og det tenker jeg var feil da.»

Det er ikke overraskende at samtaler og medmenneskelighet ble fremmet som et ledende forslag til hvordan personalet kunne hjulpet i en vanskelig situasjon. Det som overrasker er at informantene hadde opplevelser av at det sjeldent ble gjort. Muligens kan dette skyldes frustrasjonen som lå i å være tvangsinnlagt; at den kom til uttrykk på en måte som personalet tolket som sinne. Men det kan også knyttes til personalets frykt, og er en redd blir det naturlig å gjenvinne kontroll over situasjonen. Dersom personalet hadde hatt en forståelse av følelsene som lå til grunn for sinnet kunne kanskje situasjonene utviklet seg annerledes. Det er bekymringsverdig at respekten for den andre opplevdes å være så lite tilstedeværende, og at det ble fremmet at annerledeshet ble sett på som sykdom. Jeg undrer meg over om dette kan ha noe med kunnskapssyn å gjøre; at akuttpostene hadde et biomedisinsk perspektiv som sitt hovedfokus. I så fall er det naturlig at pasientene ble behandlet mer som objekter som hadde en sykdom som måtte behandles. Og i dette tilfelle var behandlingen å hjelpe den ukontrollerte ved hjelp av kontrolltiltak.

Skjønn og nestekjærlighet – nødvendig, men vanskelig

I lys av Martinsen kan truende eller utagerende atferd forstås som en motreaksjon på det som i følge informantene kan tolkes som personalets manglende skjønn i situasjonen. Informantenes opplevelser av regelbruk kan innebære at personalet tok for gitt at god omsorg handlet om å roe ned pasienten ved hjelp av felles regler og rutiner. Men slike tiltak så ut til å stenge for den før-etiske skammen. Pasientene opplevde ikke at deres egne tanker og meninger ble tatt hensyn til, og personalets bruk av skjønn ble erfart som fraværende, noe som resulterte i vond skam og krenkelse. «Gjør det ikke, hvis du ikke vil pådra deg den vonde skammen og krenke den andre.» (Martinsen, 2012a s. 70). Informantenes beskrivelser kan slik vitne om at de aktuelle avdelingene var preget av et objektivt menneskesyn. Ekeland (2004) knytter objektivisering til det biomedisinske perspektiv, og presiserer at objektivisering innebærer et fokus på sykdommen, mens subjektivisering innebærer fokus på den syke personen. Samtidig hevder han at god hjelp inkluderer begge disse perspektivene, men at subjektivisering må være overordnet. Siden det ble vist forståelse for at enkelte regler var nødvendige, kan det tenkes at det mest provoserende var måten reglene ble håndhevet på, og at det ikke ble tatt individuelle, situasjonsbestemte hensyn.

Så hva kan det egentlig skyldes at personalet opplevdes å være så hensynsløse? Martinsen forklarer at den vonde skammen har forbindelse med travelhet, og at den påføres med makt- og hersketeknikker. Det kan tenkes at en form for objektivitet hvor alle pasientene med lik problematikk måtte ha de samme reglene, hjalp personalet å mestre en travel arbeidsdag. Det er også sannsynlig at reglene og tiltakene ble erfart som nødvendig fra personalets side. Dersom de fortolket situasjonen i stedet for å tyde den, tok de sine avgjørelser med beste mening for pasienten. Imidlertid er det urovekkende at informantene opplevde at reglene var viktigere enn omsorg, og at hjelpetiltakene opplevdes å være mer til frustrasjon enn til hjelp. Når mennesker i vanskelige situasjoner blir møtt med kontrolltiltak som oppleves som uhensiktsmessige kan det forstås at de reagerer med trusler eller utagering. Utfordringen kan synes å være hvordan personalets evne til å bruke tydning i situasjonen kan forbedres. Dette krever i følge Martinsen tid, faglig skjønn og vektlegging av erfaring; en kan da unngå å følge normene og reglene slavisk.

Som alternativer til tvang ble det av informantene etterspurt mer mellommenneskelig kontakt. Dette kan ses i lys av Martinsen, og det hun skriver om nestekjærlighet; at vi er utlevert til hverandre med en etisk fordring om å ta vare på det som er betrodd oss i situasjonen. I situasjoner hvor det ble benyttet tvangsmidler hevdet informantene at medmenneskelighet, omsorg og respekt kunne vært alternativer til tvang. Med observasjonsteknikker og gjøremål i fokus vil ikke personalet være sansende stemt til stede (Martinsen, 2012a). Martinsen hevder at når personalet blir forbauset over noe plutselig og uventet kan de reagere med å sette gjøremålet i sentrum og handle ut i fra ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap, uten å se eller lytte til pasienten. Dette kan ses å være tilfelle i situasjoner hvor det ble benyttet tvangsmidler. Det er forståelig at når en pasient opplevdes som utagerende søkte personalet å få kontroll over situasjonen på en rask og effektiv måte; for å unngå at noen kom til skade. Regler og prosedyrer ble derfor fulgt, og på den ene siden kan en se at personalet handlet ut i fra den etiske fordring; de forsøkte som best de kunne å ta vare på det som var betrodd dem i situasjonen. På den andre siden forteller informantenes utsagn at dette ikke var til det beste for dem. Slik kan det forstås at personalets skjønn var overskygget av en formening om å vite hva som var det beste for pasienten; de fortolket situasjonen i stedet for å tyde den, og, som Martinsen sier, ble overgrep utført i beste mening.

Det er mulig at utageringen kunne uteblitt dersom personalet hadde gått i dialog med pasienten. I stedet for å behandle pasienten som et objekt som trengte behandling, kunne forbauselse og undring i situasjonen åpnet opp for samtale. Informantene fremmet nettopp dette; at en god samtale kunne

oppklart misforståelser, og vært alternativ til tvangsmidler. Martinsen (2005) hevder at hastighet og effektivitet er ødeleggende for samtalen, noe som taler for at personalet må ha tid til de gode samtalene. Det kan være at det som ble hevdet av informanter å være misforståelser ble tolket av personalet som sykdom. En kan forstå dette som at en samtale alene ikke er nok. En endring i kunnskapssyn kan synes tiltrengt, hvor en åpner opp for at mennesker er forskjellige, og at ulikheter ikke nødvendigvis er sykdom.

Avsluttende refleksjoner

Ved å se studiens funn i sammenheng med Martinsens filosofi, kan en se at bruk av skjønn og nestekjærlighet, inkludert samtale, omsorg og respekt kan fremmes som alternativer til truende/utagerende atferd og tvangsmiddelbruk. Imidlertid viser funnene at dette sjeldent ble gjort. Det objektive menneskesynet framstilles som rådende foran det subjektive og situasjoner med tvangsmiddelbruk kunne vært forhindre ved at personalet endret sin tilnæringsmåte til pasientene. Det ville vært interessant å få innsyn i personalets erfaringer og meninger om dette, og hvorfor de handlet som de gjorde. Jeg vil til slutt påpeke at tvangsproblematikken er svært kompleks, og at den rommer mange erfaringer og meninger som det er viktig å få fram gjennom forskning, både fra personell og pasienter. De som selv sitter med erfaringene i kroppen er etter min mening vesentlige for å utvinne kunnskapen, og mer forskning på området kan synes tiltrengt. Likevel underbygger mine funn tidligere forskning og teori på området. Et interessant forskningsspørsmål vil derfor kanskje være hvordan kunnskapen kan implementeres i akuttavdelingene for å nå målet om et bedre samarbeid med redusert bruk av tvangsmidler.

REFERANSER

- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T.L. (2014). Alternativer til tvang I Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshefte. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/alternativer-til-tvang-i-ressurshefte>
- Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (6), 510-518.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6. Høgskolen i Oslo: Senter for profesjonsstudier.
- Helsedirektoratet (2009). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet*.
Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Universitetet i Tromsø. Hentet 10. april 2014 fra http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)*. Hentet 10. april 2014 fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Hem, M.H., Heggen, K. & Ruyter, K.W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15 (6), 776-788.

- Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R. & Roll, J. (2010). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37 (2), 272-281.
- Holmes, D., Kennedy, S.L. & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 559-578.
- Johnson, B., Martin, M.L., Guha, M. & Montgomery, P. (1997). The experience of thought-disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4 (3), 13-20.
- Kjær, T.A. (2012). Løgstrup og samtalens kunst i sygeplejen. I: Martinsen, K. *Løgstrup og sykepleien* (s. 152-187). Oslo: Akribe.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Larsen, I.B. & Terkelsen, T.B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 10, 1-11.
- Lovdata (2014). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (lov om psykisk helsevern)*. § 4-8 *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold*. Hentet 13. mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_4
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012b). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norvoll, R. (2008). *Delrapport I Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Oslo: Sintef helse; Sosial- og helsedirektoratet; Rådet for psykisk helse.

Norvoll, R. & Husum, T.L. (2011). *Som natt og dag?* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; Rådet for psykisk helse; Sintef, 2011:9.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning -mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Sider/default.aspx>

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*, 57, 453-459.

INTERVJUGUIDE

Intervjuet åpnes med at vi presenteres oss for hverandre og blir litt kjent (tilby kaffe/vann). Dette for at stemningen skal bli så trygg og avslappet som mulig. Videre vil jeg informere om at intervjuet vil holdes i høyst én time, og at informanten kan ta pauser eller trekke seg underveis dersom han/hun vil det. Jeg informerer om at jeg vil stille spørsmål, notere stikkord underveis, og be informanten om å utdype underveis i intervjuet.

1. Jeg ber informanten om å fortelle om sine opplevelser og erfaringer med trusler/utagering, og det å bli utsatt for tvangsmidler i på grunn av dette.
2. Det går videre inn på hva informanten mener var grunn til at han/hun var/ble oppfattet som truende/utagerende. (Sier informanten at han/hun var utagerende, eller at han/hun ble oppfattet slik?)
3. Hva mener informanten kunne vært gjort annerledes for at han/hun skulle slippe å bli sint/true/utagere.
4. Informanten vil så bli bedt om å komme med sine forslag til hva han/hun mener personalet kunne gjort annerledes, for å få til et samarbeid for å unngå bruk av tvangsmidler.

Utdrag av analyseprosessen etter Giorgi's modell (Kvale & Brinkmann, 2012)

	Naturlig enhet	Sentralt tema
1	Eh, ja, asså... Den første gangen det skjedde, at jeg ble lagt i reimeseng, em... Det var... (...) Da hadde jeg snakket med eksmannen min i telefonen, vi var i sånn oppbruddsfase, så det var litt anspent tone mellom oss og sånn, og som resulterte i at jeg la på i sinne. (...) Og så, eee... Angret jeg i neste minutt, sant. Og så bad jeg da om å få ringe opp igjen, og rydde opp, sant, for det, kan du si, eee... Det er ikke noe grei måte å avslutte en samtale på. (...) Og det fikk jeg rett og slett ikke lov til. Fordi at da var det én telefon ut, og den hadde jeg da brukt. (...) Og da var det veldig, veldig, rigid i forhold til det. Og det fant jeg jo da så urimelig... (...) Og da ble jeg ordentlig sint. (...) Og da gikk jeg løs på dem til slutt. (...) Så det var liksom første møtet da... (...) med all dem der reglene... (...) Som er i psykiatrien.	Regler satte grenser for å kunne hjelpe seg selv til å få det bedre, og bidro til frustrasjon, sinne og utagering.
2	De har bestandig virket provoserende på meg (reglene). Iallfall en del av de virker litt sånn, ja... nesten at det er regler for at det skal være regler. (...) det er lov å tenke selv, eller bruk paragraf null, som det blir sagt enkelte plasser. Eh... Og, ja... Eh... Bruke litt smidighet. (...) Det er greit nok med regler, men, men noen ganger så møter en på folk som, eh... gjerne dekker seg bak dem. Og det er jo gjerne egen usikkerhet.	Mange regler opplevdes å være meningsløse, og dermed provoserende. Personalet opplevdes å håndheve reglene for å slippe å ta subjektive, individuelle avgjørelser.
	Naturlig enhet	Sentralt tema
1	En gang, så... Har jeg opplevd å bli lagt i sånn transportbelter, eller satt i transportbelter. Eh... Da var det en... En slags missforståelsesituasjon... Eh... Hvor det var nok litt aggresjon inni bildet og. Eh... Men det var, altså, noen som hadde, på en måte, tolket situasjonen dit hen at jeg var i ferd med å utagere. Jeg var bare... Altså, jeg var sint på, liksom, hele systemet, og situasjonen jeg var i, men jeg var ikke... Altså, jeg var ikke fysisk utagerende. Det har jeg vel aldri vært...	Å ikke bli vist forståelse i en fortvilet situasjon (tvangsinnleggelse) førte til sinne og utagering – bruk av tvangsmidler.
2	Ja, i forkant har... På en måte, hele konteksten har jo vært at jeg har vært fryktelig frustrert, over at jeg har opplevd meg så misforstått... (...) bare det å være under tvang, tvangsinnlagt og hele pakka, var liksom opplevd som en eneste stor misforståelse. Og... Eh... Man blir jo frustrert.	Å være tvangsinnlagt, og ikke bli møtt som et medmenneske, ga en frustrasjon som førte til aggresjon – bruk av tvangsmidler.

Vedlegg 2

	(...) Jeg vil si at, sånn i forkant, så har det nok, mye, handlet om at jeg... Jeg har ikke opplevd meg sett og hørt og ivaretatt på gode måter i det hele tatt. Jeg har følt meg fryktelig sånn... Overlatt, til... Eh... Til min egen... Situasjon. Så har jeg egentlig hatt veldig behov for omsorg og... Trygghet, nærhet, forståelse og... Samtaler.	Omsorg og trygging gjennom samtale kunne forebygge.
	Naturlig enhet	Sentralt tema
1	Jeg har vel, på en måte... Reagert, eh... Som følge av provokasjon på at jeg... Ehm... Likte svært dårlig å bli sperret inne bak... Ja, og skjermet da. (...) Jeg ville jo veldig gjerne være ute, være sammen med de andre pasientene, og... Og ha det... Ha et sosialt liv, der inne selv om jeg var innlagt, og det fikk jeg da ikke lov til. Så det var vel en gang at jeg reagerte, og si noen stygge ord til en pleier, da. Og da... Da måtte jeg gå rundt med sånne transportbelter, husker jeg. Og så... Hendene... Hendene festet sånn... Eh... Til midjen, eller hva jeg nå skal si. Og sånne fotlenker.	Å bli skjermet/isolert fra andre mennesker var opphav til frustrasjon som førte til trusler/utagering. Medmenneskelig kontakt.
2	Jeg synes de virket, for å si min ærlige mening, lite interessert i meg. Mest opptatt av å... Vise at her er det vi som bestemmer, liksom. Det var sånn jeg opplevde det. (...) De snakket ikke til meg, liksom. Var ikke interessert i å vite noe om... Eh... Hva som var årsaken til at jeg... At jeg ble så provosert. Jeg var jo ikke... Gikk jo ikke fysisk løs på noen, men... (...) Jeg følte meg urettferdig behandlet, kan man si.	Tvangsmidler opplevdes som et resultat av en misforståelse – at pasienten ikke fikk mulighet til å snakke om det som var vanskelig. Makt/avmakt.
6	Og så da løp jeg bortover en korridor og sparket opp en dør, for å komme meg ut. Jeg ville så gjerne være sammen med medpasienter. Jeg følte meg så ensom, og satt der alene og... Uten noen å prate med. Så da gjorde jeg det. Og så kom de løpende da, alarmen gikk, og så kom de løpende og dro meg med inn og beltela meg i en belteseng, da. Og da var jeg jo det man kaller utagerende da. Eller, det vil si, når den døren spratt opp så var jo jeg rolig igjen. Da, da hadde jeg jo oppnådd det jeg ville, kan du si. Jeg tenkte at det, nå skal jeg gå og prøve... Prøve, prøve å gå ut i avdelingen, tenkte jeg. Men det fikk jeg jo ikke da. (...) De måtte ha sett hvor redd jeg var. Jeg var livredd, jeg hadde så sterk angst at det kan ikke beskrives.	Angst/redsel og mangel på medmenneskelig kontakt bidro til utagering. Skjerming/isolasjon førte til utagering ved at pasienten kjedet seg. Det dannet seg en motstand hos pasienten da reglene (skjermingen) opplevdes som meningsløs – pasienten forsøkte å gå i mot reglene.

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jakob Elster	Telefon: 22845530	Vår dato: 30.10.2013	Vår referanse: 2013/1247/REK sør-øst B
			Deres dato: 23.09.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Inger Beate Larsen
Postboks 509

2013/1247 Tvangsmiddelbruk i akuttpsykiatriske avdelinger – en brukerundersøkelse

Forskningsansvarlig: Universitetet i Agder
Prosjektleder: Inger Beate Larsen

Vi viser til din tilbakemelding vedrørende ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen har vært vurdert av komiteens leder på delegert fullmakt.

Prosjektomtale

Formålet med prosjektet er å belyse hvilke erfaringer tidligere psykiatriske pasienter som har vært tvangsinnlagte ved akuttpsykiatriske avdelinger i Norge har i forhold til bruk av tvangsmidler. Studien ønsker å fokusere på utløsende årsaker til pasientenes truende og/eller utagerende atferd, samt hvordan bruk av tvangsmidler kunne vært unngått.

Deltakerne er voksne mennesker som tidligere har vært innlagt i akutt-psykiatriske avdelinger i Norge, og som har erfaring med at tvangsmidler og/eller tvangsmedisinering har blitt benyttet fordi de har blitt oppfattet som truende eller utagerende/voldelige. Studien innebærer et fokusgruppeintervju med 6 – 10 deltakere. Dette gjøres med lydopptak, hvor intervjuet i etterkant transkriberes.

Saksgang

Komiteen behandlet prosjektet første gang på sitt møte den 23.08.2013. Komiteen hadde noen merknader til prosjektet og utsatte endelig vedtak i påvente av prosjektleders tilbakemelding på disse merknadene. Prosjektleder sendte inn sin tilbakemelding den 23.09.2013.

Komiteen hadde følgende merknader til prosjektet:

1. «Fokusgruppeintervjuet skal omhandle deltagernes opplevelser og erfaringer med trusler, utagering og det å bli utsatt for tvangsmidler i akuttpsykiatriske avdelinger. Det er grunn til å tro at det i løpet av intervjuet kan fremkomme sensitiv informasjon om deltakerne, som den enkelte deltaker kan finne det ubehagelig at de andre deltakerne får vite om, noe som er forskningsetisk problematisk. Det er også mulig at den enkelte deltaker derfor vil kvie seg for å bidra med opplysninger som det er nødvendig å få frem for å nå formålet med prosjektet, noe som utgjør en metodologisk utfordring for prosjektet. I lys av dette, ber komiteen prosjektleder begrunne valg av metode nærmere. Hvilke forskningsetiske og metodologiske vurderinger ligger til grunn for valget av fokusgruppeintervju snarere enn individuelle intervjuer?»

2. «I søknadsskjemaet skriver prosjektleder at rekruttering skal skje via brukerorganisasjoner, slik som We Shall Overcome (WSO), og Erfaringsnettverket på det sosiale mediet facebook.com. Prosjektleder understreker flere ganger i søknadsskjemaet at nettopp denne rekrutteringsmetoden bidrar til å gjøre prosjektet forskningsmessig forsvarlig, da man vil nå pasienter som er vant til å snakke om tematikken, har et støttenettverk og dermed ikke er så sårbare. Komiteen anser at denne rekrutteringsmetoden virker fornuftig. I protokollen, står det imidlertid at rekruttering primært skal skje via et kommunalt drevet dagsenter i Vest-Agder og via interesseorganisasjonen Mental Helse i Kristiansand. Først hvis henvendelse til disse ikke er tilstrekkelig for å rekruttere, vil prosjektleder kontakte Erfaringsnettverket på Facebook. Gitt denne diskrepansen mellom søknadsskjema og protokoll, ber komiteen om en avklaring av hvordan rekrutteringen skal skje. Komiteen vil også understreke at rekrutteringen må skje på en slik måte at det ikke er noen tvil om at deltagelse er frivillig.»

3. «Bare samtykkekompetente deltakere skal inkluderes. I protokollen beskrives eksklusjonskriteriene som «mennesker med nedsatt funksjonsevne hvor evnen til realitetstesting og/eller refleksjon er betydelig nedsatt». Komiteen ber om tilbakemelding om hvem som skal vurdere deltakernes samtykkekompetanse og hvordan denne vurderingen skal gjøres.»

4. «Prosjektleder skriver i søknaden at det kan oppleves som en påkjenning for deltakerne å fortelle om opplevelser med tvangsmiddelbruk, da temaet er sårt, og kan frambringe vonde minner. Som tiltak for å ivareta deltakerne, anfører prosjektleder at hun skal få avklart med informantene på forhånd at de har noen de kan snakke med i etterkant av intervjuet, dersom intervjuet skulle vise seg å frambringe vonde minner og at dette trenger ikke nødvendigvis å være helsepersonell, men en person som de kan stole på og snakke godt med. Komiteen ber prosjektleder om å vurdere om dette er et tilstrekkelig tiltak, eller om det bør etableres en beredskap slik at de deltagerne som ønsker det kan få profesjonell oppfølging.»

Prosjektleders tilbakemelding

Ad 1, skriver prosjektleder at man har endret prosjektet, slik at det nå skal gjøres individuelle intervjuer i stedet for fokusgruppeintervjuer.

Ad 2, har prosjektleder rettet opp diskrepansen mellom søknadsskjema og protokoll. Slik komiteen forstår det, skal deltagerne rekrutteres parallelt via brukerorganisasjoner og psykiatriske dagsentre.

Ad 3, skriver prosjektleder at deltagerne i brukernettverkene er aktive formidlere av tematikken om tvangsbruk og må anses å være samtykkekompetente. Om brukere som rekrutteres fra dagsentrene, skriver hun at lederne ved dagsentrene vil vurdere samtykkekompetansen.

Ad 4, skriver prosjektleder at deltagerne kan ta kontakt med masterstudenten direkte og eventuelt anbefales å bruke Mental Helses hjelpetelefon.

Komiteens vurdering

Komiteen anser at prosjektleders tilbakemelding vedrørende intervjuene, rekruttering og vurderingen av samtykkekompetanse er tilfredsstillende.

Når det gjelder spørsmålet om hva slags beredskap det skal være i tilfelle deltagelse frembringer vonde minner, anser komiteen at det er ønskelig at deltagerne kan få et tilbud om profesjonell oppfølging og at de ikke selv må skaffe slik hjelp. Komiteen ber derfor om at prosjektet tilknytter seg en fagperson som kan tilby oppfølging om nødvendig. Informasjonsskrivet må endres slik at denne beredskapen er beskrevet.

I søknadsskjemaet står det at opplysningene skal slettes ved prosjektslutt. Komiteen gjør oppmerksom på at av dokumentasjonshensyn, skal opplysningene oppbevares aidentifisert i 5 år etter prosjektslutt. Dette bør også informeres om i informasjonsskrivet.

På dette grunnlag, stiller komiteen følgende vilkår for godkjenning:

1. Det skal være på plass en beredskap, i form av en fagperson tilknyttet prosjektet, som sikrer at deltagerne får et tilbud om profesjonell oppfølging om nødvendig.

2. Informasjonsskrivet må revideres i tråd med ovenstående merknader. Revidert informasjonsskriv sendes komiteen til orientering.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet slik det nå foreligger i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33 under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til ovennevnte vilkår, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og tilbakemeldingen.

Tillatelsen gjelder til 14.05.2014. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 14.04.2019. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema senest 14.11.2014, jf. hfl.

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Jakob Elster
Seniorrådgiver

Kopi til: Instituttleder Anders Johan W. Andersen, Universitetet i Agder