



Som natt og dag?

- Om forskjeller i forståelse mellom
misfornøyde brukere og ansatte om bruk av
tvang

av

Reidun Norvoll

Tonje Lossius Husum

AFI-notat 9/2011



RÅDET FOR PSYKISK HELSE



SINTEF

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet 2011
© Work Research Institute
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighets-havernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-296-7

ISSN 0801-7816

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Webadresse: www.afi.no

Publikasjonen kan bestilles eller lastes ned fra <http://www.afi.no>

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

Temaområde:

Medvirkning, inkludering og organisering

Notat nr.:

9/2011

Tittel:

Som natt og dag? - Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang

Dato

Oktober 2011

Forfatter:

Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum

Antall sider:

57

Resymé:

Uenigheter om tvang oppstår spesielt mellom misfornøyde brukerne og de ansatte i tjenestene. Disse situasjonene er ofte krevende for begge parter. Rådet for psykisk helse har på denne bakgrunn iverksatt et prosjekt som skal bidra til å bedre dialogen mellom ansatte som gjennomfører tvang og brukere som har erfart tvang, og som vurderer denne erfaringen negativt.

I denne forbindelse har AFI og SINTEF fått i oppdrag å gjennomføre en litteraturstudie som skal undersøke hvilke faktorer som kan bidra til å forklare forskjeller i forståelse mellom brukere og ansatte når det gjelder bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Litteraturstudien viser at det er spesielt fem områder hvor forskjellene i mening og opplevelse er størst i forbindelse med tvangsbruk. Dette er: I menneskesyn og "bilder" av pasientene, i synet på tvang, i synet på psykiske lidelser og behandling, i opplevelse av relasjon og kommunikasjon og i synet på brukermedvirkning og innsikt.

Rapporten diskuterer avslutningsvis ulike fremgangsmåter som kan benyttes for å redusere forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere i tjenestene. Det er i tillegg behov for mer forskning på de enkelte problemstillingene, for å bedre forstå og utvikle metoder med tanke på redusere forståelseskjøften mellom brukere og ansatte.

Emneord:

Psykisk helse
personal og pasient opplevelser
krenkelser
tvang.

Forord

I 2009 i Norge ble i overkant av 5000 voksne pasienter innlagt i psykisk helsevern med tvang minst en gang. Til sammen var det 7200 tvangsinnleggelse i 2009. Omfanget av tvang i psykisk helsevern i Norge er relativt høyt i forhold til land det er naturlig å sammenligne seg med.

Bruk av tvang vekker debatt og sterke følelser. Det er ofte store forskjeller i forståelsen og opplevelsen av tvang hos de som gjennomfører tvungent psykisk helsevern og hos brukere som erfarer tvungent psykisk helsevern som negativt. Kunnskap om hverandres opplevelser og ståsted gjør noe med våre holdninger og hvordan vi møter hverandre. For Rådet for psykisk helse er det derfor viktig å øke kunnskapen om forståelseskløften og skape debatt om hvordan denne kunnskapen kan bidra til redusert og bedre bruk av tvang.

For å bedre kommunikasjonen er det særlig viktig å gi fagpersoner en beskrivelse av hvorfor situasjonen forstås så ulikt. Rådet for psykisk helse håper at denne litteraturstudien bidrar til å utvikle tiltak som reduserer forståelseskløften og utvider det organisatoriske handlingsrommet, slik at psykisk helsevern kan respondere på brukerens ønsker og behov på en bedre måte og øke graden av frivillighet i behandlingen.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helsedirektoratet og gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet ved Reidun Norvoll og SINTEF ved Tonje Lossius Husum.

Rådet for psykisk helse, oktober 2011

Forord

Prosjektet er utført gjennom et samarbeid mellom Tonje Lossius Husum ved SINTEF Teknologi og Samfunn, avdeling Helsetjenesteforskning og Reidun Norvoll, Arbeidsforskningsinstituttet.

Begge forskerne har gjennomført litteratursøk og litteraturgjennomgang på fordelte områder. Deretter er litteraturen analysert enkeltvis og sammen. Notatet er skrevet i fellesskap.

Vi vil takke Rådet for psykisk helse for godt samarbeid rundt prosjektet. Vi håper også at notatet kan bidra til å bygge broer mellom ansatte og brukere i det psykiske helsefeltet i tiden fremover.

AFI, oktober 2011

Reidun Norvoll

Tonje Lossius Husum

Innholdsfortegnelse

Forord

1. Innledning.....	1
Bakgrunn.....	1
Målsetting og problemstillinger for prosjektet	1
Fokus og avgrensninger	2
Om litteraturstudien.....	3
Analysen av litteraturen	4
Oppbygning av notatet	6
2. Analytisk perspektiv	7
3. Hva består forståelseskløften om bruk av tvang av?	9
Ulike menneskesyn og ”bilder” av pasientene.....	9
Ulike syn på tvang.....	14
Ulike syn på psykiske lidelser og behandling.....	28
Forståelsesforskjeller om medisiner og tvangsmedisinering	32
Relasjon og kommunikasjon.....	36
Ulike syn på brukermedvirkning og innsikt	39
4. Hva kan bidra til å redusere forståelseskløften?.....	41
5. Oppsummering av resultater og veien videre.....	46
Referanser	50

1. Innledning

Bakgrunn

Rådet for psykisk helse har i de senere årene satt tvang på dagsorden gjennom prosjektet *Frivillighet før tvang*. I 2009 så Rådet, gjennom en kvalitativ intervjuundersøkelse i områder med høy og lav andel tvangsinnleggelses, spesielt på hvordan man kan redusere tvangsinnleggelses og på tiltak som kan fremme frivillige innleggelses (Rådet for psykisk helse, 2010).

Som en videre oppfølging av prosjektet, har Rådet for psykisk helse gitt Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og SINTEF Teknologi og Samfunn i oppdrag å gjennomføre en litteraturstudie. Bakgrunnen for dette er erfaringene med at meninger og opplevelser mellom de som gjennomfører tvang innenfor de psykiske helsetjenestene og brukere som erfarer tvangen negativt, ofte kan være svært forskjellige. En beskrivelse av hvor og hvordan situasjonene oppleves forskjellig kan bidra til bedre kommunikasjon og forståelse mellom de som utfører tvang og de som blir utsatt for tvang.

Diskusjonene om tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene og motsetningene i synspunkter på tvangsbruk er langvarig og velkjent. Det er samtidig kun i mindre grad gjennomført systematiske studier av hva dette består av og hvordan det eventuelt kan reduseres.

Målsetting og problemstillinger for prosjektet

Både helsepolitiske debatter og forskningsstudier (bla Oloffson, 2000; Norvoll, Hatling & Hem, 2008; Hem, 2008) viser at samhandlingssituasjoner mellom ansatte og brukere av psykiske helsetjenester som er misfornøyde, krenket og sinte i forbindelse med å bli utsatt for makt og tvang, er spesielt krevende og belastende situasjoner for alle involverte parter. I disse situasjonene bryter lett dialogen sammen og det er vanskelig å få til en felles forståelse av situasjonen og hvordan denne kan løses på best mulig måte.

Rådet for psykisk helses målsetting med dette prosjektet er å bidra til å bedre dialogen mellom ansatte som gjennomfører tvang og brukere som har erfart tvang, og som vurderer denne erfaringen negativt. Denne litteraturstudien skal gi økt kunnskap om hvordan og hvorfor disse forståelsesforskjellene oppstår og gjøre noen vurderinger av hvordan forståelseskløften kan reduseres slik at dialogen i slike situasjoner blir bedre.

Litteraturstudien vil på denne bakgrunn utforske:

- 1) Hva består forståelseskløften mellom ansatte og misfornøyde brukere av?

På hvilke områder er forståelsen/perspektivet på tvangssituasjonen (-e) hos ansatte og brukerne forskjellige?

- 2) Hvilke faktorer synes å ha betydning for at forskjeller i forståelse og misnøye oppstår?

3) Hvilke løsninger kan bidra til å minske forståelseskjøften og bedre dialogen?

Fokus og avgrensninger

Hovedvekten i litteraturstudien vil være punkt 1 selv om alle spørsmål belyses. Som vi vil utdype senere, vil vi innlemme litteratur om tvang i generell forstand, ulike tvangsformer samt både formell og uformell bruk av tvang, kontroll og makt da dette synes sentralt for å forstå brukernes perspektiv.

Mange studier viser at brukere kan ha ulike opplevelser av å bli utsatt for tvang, og at opplevelsene kan være komplekse og sammensatte. Det er mange forskningsmessige utfordringer med å måle omfanget av misfornøyde brukere. I denne studien vil vi derfor legge til grunn at opplevelser av tvang varierer fra brukere som er fornøyde med tvangsbruken eller aksepterer denne, til de som opplever tvangen som traumatisk, krenkende og skadelig. Selv om opplevelsene av tvang er varierte, vil vi i dette notatet rette spesielt fokus mot de brukerne som har erfart tvang i psykisk helsevern og er mest misfornøyd med tvangsbruken. Som nevnt i forrige punkt er dette området erfaringsmessig et spesielt vanskelig tema innenfor de psykiske helsetjenestene (jf. blant annet Norvoll, Hatling & Hem, 2008; Gaustadseminarene¹; Thune, 2008; Vaaland, 2007). I tillegg er en slik tvangssituasjon svært alvorlig for den personen dette gjelder, uansett om omfanget er lite eller stort. Det å finne gode løsninger på denne siden ved de psykiske helsetjenestene er derfor spesielt viktig.

Det er en omfattende helsepolitisk debatt om tvang. Synspunktene som fremmes i denne debatten kan bidra til å forstå forskjeller i oppfatning mellom ansatte og brukere med negativ vurdering av tvang. Gitt prosjektets begrensede rammer, vil likevel bidrag av helsepolitisk karakter (eksempelvis fra offentlige utvalg, brukerorganisasjoner og profesjonsforbund) i liten grad være inkludert. Hovedfokuset er vitenskapelige bidrag som omhandler brukere av tjenestene og ansatte som er involvert i tvangsepisodene i praksis.

Analysen vil i hovedsak være rettet mot brukeres og ansattes fortellinger om sine synspunkter, opplevelser og erfaringer. I tillegg vil vi innlemme forskningsstudier som til en viss grad studerer praksis mer direkte gjennom deltakende observasjon og intervjuer. Bidrag som omhandler faktorer som ansatte oppgir som grunn for tvangsutøvelsen vil bli inkludert i noe grad som basis for å studere ansattes perspektiv. Denne litteraturen er imidlertid for omfattende til at vi kan gå i dybden på dette.

Avslutningsvis vil vi også påpeke at notatet forsøker å finne overgripende mønstre i fortellingene som kan kaste lys over mulige årsaker til forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere. Dette gjør at vi analyser ansatte og brukere på gruppenivå. I praksis vil

¹ "Gaustadseminarene" er dialogseminarer som ble startet av Rådet for psykisk helse og ledet av Tom Andersen og Olav Nytingnes.

det selvfølgelig være større individuelle forskjeller hos ansatte og brukerne enn det vi har mulighet for å gå i dybden på her.

Begrepet "forståelseskluft" er illustrerende og benyttes som utgangspunkt for å analysere forskjellene i forståelse. Det kan samtidig gi et forstatisk og snevert bilde av pasienter/brukeres og ansattes forståelse. Som det vil fremgå av tekstene som presenteres, er det i mange situasjoner områder hvor pasienter og ansatte har varierte og sammenfallende opplevelser og synspunkter. Selv om vi ser stabile mønstre, er virkeligheten derfor mer broket og dynamisk enn det vi har mulighet for å beskrive i dette korte notatet.

Om litteraturstudien

Litteraturstudien omhandler hovedsakelig ansattes og brukeres synspunkter og opplevelser av tvangssituasjonene. I tillegg er pårørende i noe grad inkludert. Studien er basert på tidligere systematiske litteratursøk, innsamlet litteratur og litteraturgjennomgang i forbindelse med forfatternes doktorgradsavhandlinger og andre prosjekter om bruk av tvang som de har gjennomført de senere årene. Dette inkluderer skjerming, alternativer til tvang, potensielle skader ved tvang, personalholdninger ved tvang og menneskerettigheter ved tvang (Norvoll, 2007; Norvoll, Hatling & Hem, 2008; Norvoll, 2010; Norvoll, 2011; Husum, Finset & Ruud, 2008; Husum & Hjort, 2009; Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud, 2010a; Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud, 2010b). Videre er litteraturstudien basert på gjennomgang av litteratur, herunder pasientopplevelser av tvang, i forbindelse med samlinger i forskernettverket til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet ved Universitetet i Tromsø (www.tvangsforskning.no).

I tillegg til tidligere litteraturstudier, er det gjennomført et nytt utdypende og oppdaterende litteratursøk i tidsrommet 2000-2010. Litteratursøkene er gjennomført som åpne søk i Google Scholar, deretter internasjonale tidsskriftbaser som Pubmed, ISI Web of Science samt nasjonale databaser som BIBSYS, Idunn og Helsebiblioteket. Relevante artikler og referanser som ble funnet, ble så gjennomgått og ytterligere referanser inkludert.

Søkene på litteratur og den innsamlede litteraturen om tvang er inndelt i fire hovedtyper med søkeord i parentes:

- Generell opplevelse av tvang/ akkumulert tvangsopplevelse ("coercion", "tvang")
- Opplevelser av tvang under og ved innleggelse ("involuntary admission", "tvangsinnleggelse")
- Opplevelser av tvangsmidler ("skjerming", "isolat", "mekaniske tvangsmidler", "beltelegging", "seclusion", "restraint").
- Opplevelse av tvangsbehandling med legemidler ("forced/involuntary medication", "tvangsmedisinering")

Disse søkene ble kombinert med søkeord som var rettet mot de ulike aktørgruppene som:

- Pasientopplevelser
- Personalopplevelser
- Både personal- og pasientopplevelser

For å forstå mulige årsaker til forståelseskjøften har vi også inkludert noen sentrale lærebøker (blant annet Berg, 2007; Strand, 1990; Valgum, Karterud & Jørstad, 1984) som gjenspeiler viktige kunnskapstradisjoner i feltet. Vi har særlig rettet fokus mot lærebøker som omhandler akuttposter siden mye misnøye med tvang er rettet mot og beskrevet fra denne type lukkede poster. Andre tjenester blir også inkludert i den grad vi har funnet litteratur om disse. Det kan se ut som om polikliniske og ambulerende tjenester ikke er fokus for den samme negative opplevelse og omtale som sykehusposter. Samtidig kan dette forstås som en naturlig følge av at tvangsbruken er høyest innenfor sykehusene. I tillegg er de nye tjenesteformene og tvangsformene i mindre grad utforsket på dette området, eksempelvis tvang uten døgnopphold (TUD).

I tillegg har vi inkludert bøkene "Brev til en minister" (Vaaland, 2007) og "Overgrep" (Thune, 2008) fordi disse utdyper bidrag fra de misfornøyde brukerne. En analyse av disse to bidragene kan derfor være godt egnet til å belyse problemstillingene.

Litteratursøkene og gjennomgangen av litteratur viser at det finnes en omfattende internasjonal litteratur om tvang og om pasienters opplevelse av tvang. Det er spesielt mange bidrag om isolat og tvangsmidler, samt om tvangsinnleggelse. Den nasjonale litteraturen er mer begrenset selv om den har vært økende de senere årene. Gitt omfanget av misnøye med tvangsmedisinering, finnes overraskende få studier som belyser forståelseskjøften på dette området. Noen studier er imidlertid inkludert, blant annet en oversiktsartikkel over forskning på problemstillingen frem til 2008 (Jarret, Bowers & Simpson, 2008).

Omfanget av internasjonale og nasjonale studier som spesifikt utdyper personalets opplevelser og synspunkter på tvangsbruk er mer begrenset. Det samme gjelder studier som ser på personalets og pasientenes opplevelser av samme tvangsepisode. Mer forskning på dette området synes dermed nødvendig.

Etter en gjennomgang av litteratursøkene har vi inkludert cirka 100 bidrag i denne litteraturstudien. Bidragene finnes oppgitt i referanselisten. I tillegg har vi vedlagt en oversikt over aktuell underliggende litteratur som ikke er benyttet direkte i notatet.

Analysen av litteraturen

Forskerne har fordelt søk og gjennomgang av litteraturen etter tema på bakgrunn av tidligere forskningsarbeid. De foreløpige resultatene av litteratursgjennomgangen viste at det ikke var hensiktsmessig å dekke all litteratur (spesielt ikke eldre og internasjonal

litteratur), men å velge ut noen sentrale bidrag som er særlig godt egnet til å øke kunnskapen om forståelseskjøften. Disse ble så gjort til gjenstand for en grundigere analyse.

I analysen av litteraturen har vi spesielt sett på studier som belyser oppfatningene til både pasienter og ansatte av samme tvangsepisoder. Deretter har vi sammenstilt litteraturen om pasienter med litteraturen om ansatte for å se etter likheter og forskjeller i perspektiver. Vi analyserte forståelseskjøften ved spesifikke tvangsformer og deretter på tvers av de ulike tvangsformene da det viste seg å fremkomme mer generelle overordnede mønstre på tvers av ulike tvangsformer. De ulike momentene som fremkom i denne analysen ble så tematisert og kategorisert i ulike hoveddimensjoner som blir beskrevet i kapittel 3.

Siden det finnes få studier som eksplisitt studerer personalets holdninger og opplevelser, har det også vært nødvendig å se etter implisitte beskrivelser i den foreliggende litteraturen. Gitt prosjektets begrensede rammer har vi videre bygget analysen noe på forskernes langvarige kjennskap til litteraturen og diskusjonene i feltet mer generelt.

Prosjektet har til hensikt å se på forsknings- og til dels fagbasert litteratur som kan bidra til å øke forståelsen av forståelseskjøften. Dette innebærer at vi ikke har til hensikt å studere effekter av tvang eller omfang av misnøye, men *brukere/pasienters og ansattes ulike perspektiver på behandling og tvangshendelser, samt innholdet i denne misnøyen*. Litteraturstudien er dermed ikke en systematisk effektstudie (jf. Cochrane- baserte review). En slik type litteraturstudie faller utenom prosjektets rammer. Den er heller av mer eksplorerende art; i hvilken grad kan analysen av foreliggende studier bidra til å øke vår forståelse av forståelseskjøften og mulige løsninger på denne?

Litteraturstudien omfatter i hovedsak litteratur fra 2000-2010, men noen sentrale tidligere studier er inkludert. Vi legger til grunn at praksisfeltet både er preget av stabilitet (med langvarige kunnskap- kultur- og praksistradisjoner) og i stadig endring. Vi vil imidlertid forsøke å gjøre en vurdering av eldre studiers relevans ut fra vår langvarige kjennskap til feltet, og i forhold til nyere studier i Norge. For eksempel har fagfeltet vært i utvikling de senere år, blant annet som resultat av Opptrappingsplanen for psykisk helse og Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Det foreligger ingen systematiske studier av endringer i personalets holdninger og synspunkter til tvang over tid. Det synes imidlertid å være en økt bevissthet rundt makt og tvangsbruken hos ansatte, og en økende aksept for at bruk av tvang kan oppleves belastende og krenkende. Erfaringene fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang (Norvoll et al., 2008) som inkluderte til sammen seks sykehus og ti akuttposter, viser at det er en spredning i personalgruppens holdninger til bruk av tvang internt og mellom postene. Prosjektet viste at personalets holdninger er i endring. Samtidig viser dette og andre prosjekter at mange av perspektivene til ansatte som beskrives i tidligere studier fortsatt er gjeldene uten at holdningsmønstrene kan beskrives presist.

Oppbygning av notatet

Etter dette innledende kapitlet vil notatet bestå av følgende kapitler: I neste kapittel beskrives studiens analytiske perspektiv. I det tredje kapitlet gjennomgås de viktigste funnene i litteraturen som kan bidra til å øke forståelsen av hva forståelseskjøften består av. I det fjerde kapitlet gjennomgås fremgangsmåter som kan benyttes for å redusere forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere i tiden fremover, og i femte og siste kapittel oppsummeres rapportens viktigste resultater.

Vi vil benytte begrepene pasient og bruker om hverandre da begge betegnelser benyttes i studiene vi har gjennomgått. Vi har derfor en pragmatisk begrepsbruk i rapporten. Flere sentrale studier innen feltet belyser flere aspekter ved problemstillingene, og vil derfor bli referert til flere ganger.

2. Analytisk perspektiv

I prosjektet vil vi belyse forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere ved tvangssituasjoner ved å ta utgangspunkt i deres ulike livsverden, og faktorer som former deres perspektiv og opplevelse av tvangssituasjonene.

En slik studie av forståelseskjøften fordrer et fenomenologisk perspektiv hvor vi tar utgangspunkt i den subjektive mening som personalet og brukerne tillegger tvangssituasjonene, herunder deres fortolkninger, synspunkter og opplevelser. I tillegg er brukernes og ansattes livsverden også sosialt situert og konstruert; den påvirkes av den sosiale og organisatoriske kontekst som aktørene inngår i og av deres kunnskap og erfaring. Ansattes og brukernes livsverden bidrar til å legge ramme for definisjonen av og forståelsen av tvangssituasjonen for de involverte. Dette kan igjen føre til at de ulike aktørene (her ansatte og pasientene) opplever situasjonene forskjellig og handler ulikt i situasjonene.

I et slikt sosialt fenomenologisk perspektiv vil ansattes forståelse av tvangssituasjonen kunne påvirkes av flere forhold:

- Generelle personlige verdier og oppfatninger, samt erfaringer.
- Holdninger og følelser i møte med personer med psykiske vansker (preget av både lekmannskunnskap og fagkunnskap med mer).
- Profesjonelt kunnskapsgrunnlag/ behandlingsfilosofi og sosialisering inn i den enkelte yrkesrollen gjennom utdanning og arbeidspraksis.
- Institusjonens/ tjenestens ideologier, kulturer og organisasjonsstrukturer.
- Rolle og rolleforståelse.

På motsatt side vil brukernes perspektiv vil kunne formes etter:

- Personlige verdier og erfaringer samt livsprosjekt (det de har satt seg som mål i livet).
- Livssituasjon i hverdagen og sosiale nettverk.
- Syn på psykiske lidelser og behandlingsfilosofi samt egne mestringsstrategier.
- Møte (-r) med tjenestene og pasientrollen som blir gitt brukeren i behandlings-/hjelpetjenestene.

I tillegg vil også perspektivene til de ansatte og brukerne formes av de samhandlingserfaringer de har med hverandre og samhandlingsforløpene med hverandre (på lang og på kort sikt).

For å forstå forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere viser mange studier at det er viktig å anlegge et bredt perspektiv på behandling og tvang. Opplevelser av tvangsbruk blir påvirket av både formell og uformell bruk av tvang, makt og kontroll. Dette vil vi utdype gjennom neste kapittel.

Situasjonene hvor det benyttes tvang kan grovt sett inndeles i:

Tvang utenfor institusjon: herunder kommer tvungent psykisk vern uten døgn, tvangsmedisineringsvedtak og vedtak om tvangsinnleggelse. I disse situasjonene blir fastlegen, privatpraktiserende psykologer/psykiatere, legevaktens og hjemmetjenestens håndtering av tvangsrelaterte situasjoner viktig.

Tvang i institusjon: herunder ankomst avdelingen, tvungen innleggelse og observasjon, bruk av skjerming, holding, tvangsmedisinering, tvangsmidler under oppholdet samt korttidsvirkende legemidler. Videre må man også se på øvrige restriksjoner, husregler og fysisk makt som bidrar til å understøtte tvangsopplevelsen eller opplevelsen av å bli utsatt for makt og kontroll. Her vil både vedtaksansvarlige (leger og psykologer) og personalet i miljøet ha innflytelse. I tillegg kan dette også omhandle overføring til annen avdeling som personen motsetter seg.

Pasientens misnøye og opplevelse av tvang kan ha sammenheng med en tvangsform, men også summen eller sammensetning av ulike tvangsformer, eller tidligere erfaringer med tvang (Norvoll, 2007; Iversen, Høyer, Sexon, & Grønli, 2002). Tidligere erfaringer generelt kan også påvirke hvordan vedkommende opplever tvangen. Et eksempel er en person som har blitt utsatt for overgrep og vold tidligere, som kan bli minnet om tidligere erfaringer og bli retraumatisert.

Som vi skal komme tilbake til viser flere studier at måten tvangen utføres på har betydning for tvangsopplevelsen (Olofsson, 2001; Norvoll, 2007).

Spørsmålet om forståelseskjøften omhandler også hele prosessen i tilknytning til tvangssituasjonene. I vurdering av tvangsutøvelsen, underveis i tvangsutøvelsessituasjonen (-e), samt etter at tvangsutøvelsen er ferdig. Eksempelvis kan det være ulike perspektiv i vurderingen av nødvendigheten av tvang, og begrunnelsen for bruk av tvang i etterkant.

3. Hva består forståelseskjøften om bruk av tvang av?

På bakgrunn av en analyse av litteraturen, vil vi i denne delen av notatet beskrive aspekter som synes å inngå som viktige elementer i forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere når det gjelder bruk av tvang. Alle faktorene trenger ikke nødvendigvis å være tilstede samtidig.

Ulike menneskesyn og "bilder" av pasientene

Et viktig forhold som mange brukere fremhever i ulike studier som årsak til deres misnøye med tjenestetilbudet og tvangen, er at de er kritiske til menneskesynet og/eller grunnleggende holdninger de ansatte har til dem. Personalets menneskesyn er preget av personlige verdier og lekoppfatninger av personer med psykiske lidelser, samt av det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget de ansatte er opplært i. I tillegg synes det som om tjenestenes utforming og praksis bidrar til å konstruere bestemte "bilder" av psykiske lidelser – det Goffman (1971:354) kaller "imagery of mental illness." Disse påvirker igjen bildene av pasientene og deres behandlingsbehov.

Respekt og verdighet

Viktige årsaker til forståelseskjøften som fremheves på dette området, er at pasientene kan oppleve at de blir behandlet med mindre respekt og verdighet enn de hadde forventet og/eller ønsket. Flere opplever at de møter ansatte som mangler grunnleggende gode etiske holdninger i hjelperelasjoner, eller de kan oppleve å bli umyndiggjort eller umenneskeligjort. Ved at de går inn i rollen som psykisk syk eller pasient, kan de oppleve å miste noe av sin menneskelighet og verdighet.

Et moment som brukerne fremhever, er opplevelsen av å bli sett på som et mindreverdige menneske. Flere studier viser at ønsket om å bli møtt med respekt som menneske er sentralt når du underlegges tvang, og en rekke forhold kan bidra til at brukerne ikke opplever psykisk helsevern slik. En svensk kvalitativ studie av 18 tvangsinnlagte pasienter (Eriksson & Westrin, 1995), viser for eksempel at flere pasienter ikke opplevde seg respektert som menneske; herunder å ikke bli involvert i egen behandling, motta en behandling som de opplevde meningsløs, samt opplevelsen av å bli behandlet som et mindreverdige menneske. Deres fortellinger gjenspeilte opplevelsen av stigmatisering ved å bli "psykiatrisk" pasient og til dels en forsterkning av denne stigmatisering under oppholdet. Pasientene mente at de i for liten grad blir sett på som mennesker på lik linje med andre. Det samme finner en annen kvalitativ studie av tvangsinnlagte pasienter hvor de ba om mer respekt fra de ansatte (Olofsson & Nordberg, 2000). Også disse pasientene følte seg sett på som en mindreverdige type menneske. Opplevelsen av krenkelse og behovet for å bli behandlet på en mer verdig måte

fremkommer også i en norsk studie av cirka 300 brukeres fortellinger om erfaringer med psykisk helsevern (Kogstad, 2009).

Avstand mellom personal og pasient

Opplevelsen av dehumanisering synes videre å påvirkes av utformingen av pasient- og personalrelasjonen. En tolkning av dette funnet i litteraturen er at pasientene opplever å bli betraktet som annerledes enn personalet, noe som også gjenspeiler seg i at personalet kan betrakte pasienten som å inneha kvalitativt annerledes kvaliteter og preferanser enn seg selv. Flere studier viser at personalgrupper ved sykehusposter (spesielt de som er preget av kontrollkulturer), blant annet kjennetegnes ved at ansatte ønsker å opprettholde en avstand til pasientene. Således kan det bli et uforholdsmessig stort skille mellom de ansatte og pasientene (Goffman, 1961; Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008; Skorpen & Øye, 2008). Dette bidrar til å opprette et syn hos de ansatte på pasienten som "den andre" og som vesentlig annerledes enn en selv.

Reduksjonistisk menneskesyn

Et annet gjennomgående tema i flere studier er at pasientene kan oppleve at personalet i sykehuspostene har et reduksjonistisk og lite anerkjennende syn på dem.

Mange misfornøyde brukere mener at de kun forstås som en diagnose, som syk eller ut fra et psykopatologisk ståsted. Videre mener mange brukere i både internasjonale og nasjonale studier, at de i for stor grad betraktes som representant for en ytre (avvikende) atferd, en "atferdsreduksjonisme", for eksempel slik dette fremkommer i avdelinger med sterk vekt på atferdskontroll gjennom grensesetting (Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008, Kristiansen, 2009). Dette aspektet var også sentralt i studien til Vatne (2003) som viser at personalet strever med å balansere vektleggingen av korrigerende på den ene siden og anerkjennelse på den andre. Dette påvirker relasjonen og kommunikasjonen under oppholdet i posten.

Videre påpekes det at tvangsbruken i seg selv kan føre til at personalet glemmer at det er et helt menneske man møter. Som en brukerrepresentant i BAT-prosjektet uttrykte:

"Når jeg blir lagt inn er det som at personen Hans blir borte. Ved tvang så glemmer personalet helheten ved mennesket fordi man er så fokusert på her og nå." (Norvoll et al., 2008, s. 55).

Pasienten som sosialt individ

Et annet aspekt ved tendensen til reduksjonisme er at pasienter kan oppleve at de i liten grad blir sett på som voksne normale mennesker som lever i en hverdags situasjon, for eksempel som ektefelle/ samboer, i arbeid og med et sosialt nettverk og med "vanlige" interesser og preferanser. Det blir for sterkt fokus på sykdom, svakheter og problemer i

stedet for ressurser og muligheter, spesielt i sykehuspostene. Fokus legges på sykdom, mer enn på hele mennesket, med alle sine sider, sitt nettverk, kontekst og eksistensielle behov. Dersom personalet i hovedsak ser diagnose, sykdom og problemer, kan dette lede til ensidig fokus på tvang og kontroll, og gjøre at det blir vanskelig å komme inn i mer samarbeidende og likeverdige relasjoner (se blant annet Kristiansen, 2009; Hem, 2008; Jensen, 2008; Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008; Karlsson, 2004; Olsø et al., in press ²).

Et annet aspekt ved denne formen for menneskelig reduksjonisme, er risikoen for å gi for liten anerkjennelse av pasientenes vanlige sosiale behov for deltakelse i fellesskap og samvær. Blant annet Johansson et al. (2010) finner i sin studie av lukkede akuttposter, at møtene mellom medpasientene både kan være en kilde til støtte og påtrengighet. Denne dobbeltheten synes å gjenspeiles i mange internasjonale og nasjonale studier. På den andre siden påpeker flere studier at det er en tendens til at personalet i for liten grad anerkjenner det positive og terapeutiske aspektet ved pasientfellesskapet. Dette synes å henge sammen med en underkjennelse av pasienten som en sosial person, men følger også de mer underliggende pessimistiske bildene av pasientene i en kontrollorientert kultur.

Et eksempel er tenkningen om at "pasienten ikke tåler kontakt" som er beskrevet i litteraturen innenfor akuttpsykiatri (se også under punktet om relasjon og kommunikasjon). Det fremholdes også i noen bidrag at pasienter ikke reagerer negativt på isolat og skjerming fordi de ikke har samme sosiale behov som "vanlige" mennesker, og at dette gjør at de ikke opplever isolering som et fengsel (Grassan & Freedman, 1986). Om ikke uttalt like eksplisitt synes det som at diskusjonen om skjerming og lukkede poster i for liten grad ser på pasientene som vanlige sosiale individer med normale sosiale behov. Dette kan være en av årsakene til at personalet undervurderer belastningen mange pasienter opplever ved restriksjoner i den sosiale kontakt med omverden, eksempelvis ved lukket post, skjerming og isolat (Andersen, 2007; Norvoll et al., 2008; Norvoll, 2007; Thune, 2008).

Flere studier (Norvoll, 2007; Skorpen & Øye, 2008; Johansson et al., 2009; Skatvedt & Schou, 2010) viser at pasientfellesskapet og sosiale relasjoner oppleves som av stor verdi for mange pasienter og at disse situasjonene kan gi tilgang til å leve ut og finner mer positive roller som understøtter selvtillit; eksempel ved å bety noe for andre og hjelpe andre. Et eksempel på dette er et sitat fra en pasient (på skjermet avsnitt):

"Jeg synes at når jeg fikk lov til å prate to –tre ord med de andre pasientene, så synes jeg at det hjalp veldig, det hjalp både de andre pasientene og meg. Det var en asylsøkerdame der også. Hun også snakket så vidt med meg, og jeg fikk en god følelse, og da hjalp jeg henne når hun snakket, ikke sant, fordi hun snakket ikke så veldig godt norsk. Så det var slik "du snill jente, ja takk" ikke sant. Og for så vidt før jeg dro ut med henne som er på åpent nå, hun så jeg ganske syk også som kastet

² Se også Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund & Norvoll (2011);

stoler og sånn, men etter hvert når hun og jeg pratet sammen så hadde vi mye til felles” (Norvoll, 2007, s. 288).

Medpasienter kan også erstatte manglende dialog med personalet. Innenfor de mer pessimistiske bildene av pasientene som kan finnes i de lukkede postene kan personalet ofte se på pasientfellesskapet som noe mer truende og negativt (se blant annet Skorpen & Øye, 2008). De kan også se på pasientens avvikende atferd som entydig negativt for de andre medpasientene. Flere studier tyder samtidig på at pasientene (dersom andre pasienter ikke er truende eller aggressive) har større forståelse og aksept for medpasientenes problemer enn det personalet antar. Pasientenes positive opplevelse av fellesskap med medpasienter kan dermed føre til misnøye i sykehusposter hvor det finnes husregler hvor det legges begrensninger i muligheten for å snakke med andre pasienter. Slike regler kan bidra til opplevelse av en meningsløs behandlingsorientering og unødig kontrollbruk.

Negative bilder av pasientene

Et annet viktig aspekt som fremkommer i flere av bidragene, er manglende anerkjennende tilnærminger til pasientene og at relasjonen mellom pasient og ansatt risikerer å preges av mistillit (Hem, 2008; Norvoll, 2007). Denne mistilliten er et sentralt aspekt ved forståelseskløften. I denne forstand har flere studier påpekt at de tidligere sykehusinstitusjonene, spesielt de lukkede postene, har tendens til en kontroll- og vokterliknende behandling og pleie som ofte er preget av stereotype pessimistiske eller negative bilder av pasientene. Selve sykehusorganiseringen kan dermed bidra til å skape bestemte bilder av pasientene hos ansatte som pasientene opplever som negativt og som forsterker det negative bildet av tvangen. Slike pessimistiske bilder viser seg blant annet i studier hvor ansattes bilder av pasientene tar preg av ”umodne barn”, ”utprøvende”, ”manipulerende”, ”farlige” med mer.

Synet på pasienten som ”umoden”, ”regressiv” og som ”et barn”, og fokus på grensesetting og beskyttelse finner vi igjen flere steder i den eldre litteraturen i psykiatri og psykiatrisk sykepleie. Blant annet i modellen til Gundersen (Brathetland et al., 1998) og i egostyrkende sykepleie, finner vi begreper som det ”moderlige” og det ”faderlige prinsipp” (Strand, 1990). I disse teoriene legges det vekt på at den psykotiske pasienten har svekkede egofunksjoner og modenhet, og trenger faste grenser og strukturerende omgivelser. Behovet for skjerming og regler, omtales i tråd med disse teoriene som grenser og struktur. Selv om noen pasienter opplever at strukturerende behandlingsformer er til hjelp, synes det som for stor og rigid vektlegging av grenser, grensesetting og struktur kan fremme følelsen som tidligere beskrevet, hvor pasienter beskriver en opplevelse av å bli umyndigjort, og av å bli behandlet som et barn. En overdrevet vekt på slike behandlingsprinsipper kan fra pasientens side oppleves krenkende og som å bli behandlet med mindre verdighet og respekt enn de synes de fortjener som vokse individer. Slike retningslinjer kan også bidra til at personalets blikk formes i retning av å ”se” slike sider hos pasientene, i stedet for å legge vekt på vedkommendes ressurser, styrke og modenhet. Og det er nettopp et slikt ”blikk” hos

personalet som flere misfornøyde brukere fremhever som sentralt for negative opplevelser av opphold i sykehuset og ved tvangsbruken.

Flere eksempler på hvordan faglitteraturen for personalet i akuttpostene kan påvirke personalet og gi slike føringer finner vi i blant annet i en fagbok for leger og sykepleiere: *"Akuttpsykiatri"* (Berg et al., 2007). Her finner vi en underliggende forståelse av psykiske vansker som sykdom og en konsekvent bruk av "sykdom" som metafor for beskrivelse av det pasientene sliter med. Uro og aggresjon håndteres, observeres og beskrives utenifra og boken har lite refleksjon eller diskusjon om mulige årsaker til at pasienten er sint eller urolig. Uro og aggressiv atferd forklares med bakenforliggende medfødte, nevrologiske, nevrokognitive og nevrokjemiske faktorer. Slike oppfatninger og beskrivelser av hva vedkommende sliter med kan gi lite mening for pasientene, sett i forhold til vedkommendes subjektive opplevelse av hva de sliter med og hvilke forhold deres problemer og atferd er svar på. Slik kan en fokusert biologisk forståelse av psykiske vansker forsterke pasientenes subjektive opplevelse av å ikke bli møtt i forhold til deres eksistensielle behov og deres egen opplevelse av hvorfor de sliter og av hva de sliter med. Personalets forkunnskaper og holdninger kan initiere til samhandling med pasientene som kan øke pasientenes følelse av avmakt, aggressivitet og deres opplevelse av ikke å bli forstått.

Personalet anbefales også å: "...opptre konsekvent og gi entydig og tydelige reaksjonen på destruktiv atferd" og å: "Bruke den somatiske legerollen, det vil si å bruke hvit frakk, være konkret, enkel og lettfattelig i det de sier" og at: "Destruktiv atferd skal ikke belønnes, møtes med moralisering eller å "kvele pasientene med omsorg"". En slik litt kjølig og distansert holdning fra personalets side kan forsterke pasientenes følelse av å bli avvist, ikke hørt på eller å bli tatt på alvor som igjen kan øke vedkommendes aggressivitet. Berg et al. (2007) skriver samtidig også at: "Respekt demper sinne, forståelse skaper trygghet, og om pasientene får delta i meningsfulle aktiviteter, så fremmer det egen kompetanse og selvkontroll".

I Berg et al. (2007) er det også et kapittel om den manipulerende pasienten og om hva som er "uakseptable og upassende krav fra pasientene". Dette er blant annet at pasientene tar mer av personalets tid enn de andre pasientene, at pasienten ønsker en konkret behandlet eller kontaktperson eller at pasientene har spesifikke krav til innleggelsen, medikasjon eller behandling (s. 150). Slike holdninger kan øke pasientens opplevelse av å ikke bli tatt på alvor, bli lyttet til eller ha innflytelse i spørsmål som vedrører vedkommendes liv og behandling. Historisk sett har det kommet nye helsepolitiske føringer om brukermedvirkning og individuell tilrettelegging, og her forekommer det sannsynligvis foreløpig både "gamle" og "nye" holdninger innen tjenestene.

Ulike syn på tvang

En annen viktig årsak til forståelseskjøften mellom tjenesteutøverne og misfornøyde brukere synes å være ulikheter i synet på bruk av tvang. Disse ulikhetene omhandler blant annet ulikheter i prinsipielle syn på og holdninger til tvangsbruk ut fra menneskesyn, etikk og menneskerettigheter (se blant annet Norvoll et al., 2008; Helsedirektoratet, 2009). Videre synes det særlig å være ulikheter i synet på tvangsbruk mellom brukerne og ansatte i sykehuspostene. Dette omhandler både syn på om tvangsbruk er nødvendig og riktig, om mengde tvang man blir utsatt for, ulike syn på belastninger og ved tvangen og hvorvidt tvangsbruken kan rettferdiggjøres eller ikke. Ulikhetene i synet på tvang omhandler også spørsmålet om hva som er gode behandlingstilnærminger og mulige alternativer til tvang. Det synes også som om vurderingen av tvangens nødvendighet er nært forbundet med opplevelsen av, og tilgangen til, andre frivillige behandlingsmuligheter for både ansatte, brukere og pårørende. Dette gjør at vurderingen av tvangens nødvendighet vil være relativ.

Personalets holdninger til bruk av tvang

En viktig årsak til forståelseskjøften mellom de misfornøyde brukerne og tjenesteutøverne er de grunnleggende holdningene til bruk av tvang. Flere internasjonale og nasjonale studier av personalet i sykehusene viser at disse ofte har en aksepterende holdning til tvangsbruk selv om de kan anerkjenne negative aspekter ved tvangsutøvelsen (se blant annet Happell et al., 2010; Husum, et al., 2010a; Norvoll et al., 2008; Wynn, 2003; Wynn et al., 2011). En relativt ny norsk studie så på personalet i akuttavdelinger sine holdninger til bruk av tvang. De fant at holdningene til personalet kunne deles inn i tre grupper, syn på tvang som *krenkende*, som *omsorg & beskyttelse* og som *behandling*. De fant også at det mest utbredte synet var et relativt pragmatisk syn på tvang, og synet på bruk av tvang som å gi omsorg og som beskyttelse av pasienten, personalet og andre pasienter (Husum et al., 2010a). Dette gjenspeiler et gjennomgangstema vi finner i litteraturen av en grunnleggende ulikhet i forståelsen mellom partene hvor personalet ser på bruk av tvang som å gi omsorg og som beskyttelse og en gruppe av pasienter som ser på bruk av tvang som unødvendig og krenkende.

De samme aspektene ble funnet i tilsvarende delundersøkelse i BAT-prosjektet hvor ti akuttposter deltok, selv om de kvalitative undersøkelsene viste at synet på tvangens nødvendighet og omsorgsaspekt varierte noe mellom akuttpostene (Norvoll et al., 2008). Oppfatningen av tvang som omsorg og beskyttelse er også funnet i studier av grensesetting, skjerming og beltebruk (Vatne, 2003; Norvoll, 2007; Wynn, 2003). Flere av disse studiene og andre, viser at det generelt er stor aksept av bruk av tvang av sikkerhetshensyn, både i befolkningen og i tjenestene selv om vurderingene kan være noe forskjellige.

Ulike studier kan tyde på at ansatte som arbeider i lukkede sykehusposter med høy tvangsbruk til en viss grad venner seg til tvangsbruken og tar den for gitt. En engelsk spørreskjemastudie av 1226 ansatte i akuttjenester (68 prosent sykepleiere) og 1361 brukere

viser for eksempel at ulike ansatte og eldre brukere som hadde vært involvert i tvangsepisoder i størst grad godkjente bruken av tvang (Whittington, Bowers, Nolan, Simpson, & Neil, 2009). Det var en tendens til at ansatte som i størst grad var forbundet med tvangsutøvelsen i størst grad også godkjente tvangsbruken, noe forskerne tolker som et tegn på at praksis og holdninger påvirker hverandre. Det vil si at det å utøve tvang kan gi en høyere aksept for å bruke tvang fordi man i ettertid må forsvare sine egne handlinger og skape konsistens i sin egen selvforståelse.

Wynn (2003) refererer også til andre studier som har vist at ansatte har et mer positivt syn på utkomme av isolat og mekaniske tvangsmidler enn det synes grunn til, og at personalet som er direkte involvert i pleien av pasienten er mer positive til bruk av tvang enn annet personale. Det samme finner man i en studie av psykologer hvor de som har erfaring med tvangsbruk, også er de mest positive til å benytte tvang (Wynn et al., 2007).

Motsetning mellom holdninger og realiteter

Samtidig viser studiene at deler av personalet kan oppleve moralsk stress ved tvangsbruken (se blant annet Olofsson & Nordberg, 2000; Olofsson, 2001; Hem, 2008). En del av personalet i disse studiene strever med egne følelser av ubehag ved å være involvert i tvangssituasjoner, følelser av utilstrekkelighet og det å ikke nå frem til pasientene. De forteller også hvordan de utøver tvang, samtidig som de ønsker å hjelpe og beskytte pasienten og å bruke tvang på en mest mulig varsom og human måte som mulig. Videre forteller de om en spenning mellom opplevelsen av behovet for å være god og opplevelsen av tvangen som krenkende. Denne spenningen kan gjøre det vanskelig for dem å sette spørsmålsteget ved tvangsbruken og å lete etter alternativer til tvang (se Norvoll et al., 2008). Psykiaterne fortalte at de opplevde seg under press og at de prøvde å unngå konflikt med ansatte, kollegaer og med etiske og juridiske krav. Videre at de opplevde behov for mer etisk refleksjon og støtte. En svensk studie av psykiateres holdninger til tvangsinnleggelse viste også en forskjell mellom det psykiaterne sa om sine etiske synspunkter om bruk av tvang og hva den kliniske hverdagen krevde av dem i praksis. Dette indikerer at det er en kløft mellom utrykte etiske holdninger og handlinger i daglig klinisk arbeid (Kullgren et al., 1996).

Ansattes og brukeres opplevelser og bruk av tvang ved uro, farlighet og vold

De ovennevnte studiene viser at aksepten av tvangsbruk hos personalet, som for eksempelvis bruk av mekaniske tvangsmidler, er størst ved aggresjon og fysisk vold mot andre, og mer variert ved andre problemstillinger.

Flere studier viser også at personalets holdninger til tvang har sterk sammenheng med deres syn på farlighet og vold. I Wynns (2003) studie av 267 ansattes holdninger til bruk av mekaniske tvangsmidler og isolat oppga over halvparten av personalet at vold mot ansatte og medpasienter og selvskade var hovedgrunnene for å benytte mekaniske tvangsmidler.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene i begrunnelsene for tvangsbruken. Selv om mesteparten av ansatte trodde at det å bruke mekaniske tvangsmidler og isolat gjorde pasienten roligere og ikke skapte aggresjon, angst eller skader, hadde rundt 70 prosent blitt "angrepet" fysisk av pasienten i forbindelse med episodene. Personalet trodde at en styrking av kvalifisert personale og bedre oppfølging av personale var sentrale intervensjoner som kan redusere tvang. Både leger og sosionomer rangerte økt medisinerings som intervensjon, lavere enn øvrig miljøpersonale. Psykologer og sosionomer rangerte psykoterapi høyest. Det var likevel få som trodde at slike alternative intervensjoner kunne bidra til å redusere tvangsbruken. Wynn mener at den sterke begrunnelsen av vold og farlighet som årsak til personalets bruk av tvang må tas på alvor. Det synes videre som om personalets fokus på og behov for sikkerhet, må inkluderes i diskusjonen om alternativer til tvang. Videre at personalet trenger mer informasjon om negative effekter av isolat og mekaniske tvangsmidler og mer opplæring av personalet når det gjelder å håndtere aggressive pasienter på en mindre restriktiv måte.

Happel et al. (2010) finner på samme vis at sykepleieres positive holdning til bruk av isolat, tross anerkjennelse av de negative følgene av isolering for pasientene, skyldes at sykepleierne mener at isolat er et nyttig virkemiddel for å håndtere aggresjon og vold. De påpeker i likhet med Wynn at spørsmålet om aggresjon og vold er et viktig tema, samtidig som det synes nødvendig å gå mer grundig inn i sykepleiernes rasjonale på dette området dersom man skal finne effektive alternativer til isolering.

På samme tid som frykt for vold er en viktig årsak til ansattes rasjonale for bruk av tvang, viser en rekke studier at spørsmålet om aggresjon og vold er sammensatte fenomen i praksis, og at fortolkningen av disse situasjonene hos ansatte og brukere både varierer og er sentral for forståelseskjøften.

Kvalitative studier viser eksempelvis at personalets sikkerhetsvurderinger er mer varierte enn det som fremkommer i spørreskjemaundersøkelser om holdninger til tvang (Norvoll et al., 2008). De praktisk kliniske vurderingene er dermed mer sammensatte enn generelle holdninger til tvangsbruk. Forskning viser også at det i mange situasjoner er gråsoner mellom det som kalles "uro", "utagering", "aggresjon" og "vold". Studier som ser på personalets begrunnelser for å bruke tvang, viser at begrepene uro, utagering og farlighet ikke er gitte størrelser, men er gjenstand for fortolkninger. Noen studier peker på at urolig og avvikende atferd er langt viktigere årsak til tvangsbruk enn reel vold (Brown & Tooke, 1992; Meehan et al., 2004; Norvoll, 2007; Kaltiala-Heino et al., 2003, Keski-Valkama et al., 2010). Situasjonene gjenspeiler da ofte komplekse situasjoner og fortolkningsbilder. Personalet kan derfor stå ovenfor vanskelige vurderinger i forhold til om urolig, ukontrollert atferd betyr at risikoen for vold øker. Ved usikkerhet kan personalet raskere bruke tvang som forebygging og for å sikre seg.

Dersom man sammenlikner personalets holdninger til og syn på tvangsbruk med de misfornøyde pasientenes, viser disse at pasientene ofte har mer varierte synspunkter på

tvangsbruken enn personalet selv om vurderingene kan være sammenfallende. De har også flere forslag til alternative løsninger.

Studier viser at brukere har noe ulike oppfatninger om uro, utagering og farlighet. Noen sammenfaller med personalet og andre ikke. Meehan et al. (2004) finner for eksempel at kun 20 prosent av brukerne ønsket å fjerne isolatrommet, men at de ønsket å få velge selv når de skulle bruke det (noe pleiepersonalet ikke trodde var mulig). Det var også flere av pasientene som aksepterte bruk av tvang dersom vedkommende var til fare for seg selv eller andre, mens færre sykepleiere var enig i dette. I flere internasjonale studier påpeker brukere også at store og urolige avdelinger med aggressive og voldelige pasienter kan gjøre dem redde. I tillegg oppgir flere at de har blitt utsatt for ulike overgrep fra medpasienter (Cusack et al., 2003; Robins et al., 2005; Gilbert et al., 2008).

På motsatt side forteller misfornøyde brukere i mange av de oppgitte internasjonale og nasjonale studiene at de opplever det traumatisk å se at personalet behandler medpasienter hardhendt og krenkende, og de forteller at den positive betydningen av pasientfellesskapet blir undervurdert i postene (jf. tidligere). Det er også kritikk av for rigide systemer og ensidig vekt på ro og sikkerhet i postene. Dette antyder at det er krevende å balansere behovet for kontroll og ro i posten på den ene siden, opp mot behovet for individuelt tilpasset behandling på den andre siden.

Det er også ulike syn i personalgruppene og mellom ansatte og brukerne i spørsmålet om tvang bidrar til å redusere vold eller farlighet, eller til å øke den. En sammenliknende spørreskjemastudie av 80 pasienters og 82 sykepleieres syn på årsaker til og håndtering av pasienters aggresjon og vold i kombinasjon med intervjuer av henholdsvis fem pasienter og sykepleiere (Duxbury & Whittington, 2004), finner at det er noe ulike perspektiver hos de to gruppene. Pasientene så ofte på miljømessige forhold og dårlig kommunikasjon som en viktig årsak til aggressiv oppførsel. Sykepleierne, i motsetning, hadde en tendens til å forklare pasientens psykiske tilstand som hovedgrunn for aggresjonen, selv om negative miljøfaktorer også ble anerkjent. I intervjuene var det tydelig at begge parter var misfornøyde med restriktive holdninger og knappe ressurser, som de mente økte spenningen mellom dem. De ulike perspektivene viste seg også i synet på hvordan man kunne håndtere disse situasjonene bedre. Der pasientene fremhevet bedre ferdigheter i terapeutisk kommunikasjon, var sykepleierne oftere opptatt av organisatoriske mangler. Eksempel på dette var at sykepleierne ønsket å komme bort fra ensidig vekt på medisiner som håndteringsform, og at man i større grad evaluerte lokal praksis.

Flere av de oppgitte studiene i denne undersøkelsen viser også at mange brukere i langt større grad enn personalet har tro på at det er mulig å benytte mer lempelige og frivillige alternativer til tvang. I flere studier foreslår også pasientene konkrete alternativer i episoder de har blitt utsatt for tvang. Det er dermed en forskjell i synet på det potensielle handlingsrommet for frivillighet og troen på hvilke intervensjoner som hjelper mest, tildels også ved uro, aggresjon og "utagering".

Praktisk rasjonalitet

En annen årsak til forståelseskjøften synes å være rettet mot organisatoriske forhold og til de ulike rollene som ansatte og pasienter har i organisasjonen (jf. punktet om analytisk perspektiv). Synet på tvangens praktiske hensiktsmessighet kan dermed være en faktor som bidrar til å skape en forståelseskjøft mellom personalet og pasientene.

Noen studier viser at der pasientene vurderer tvangsbruken ut fra sin egen vanskelige situasjon og om den bidrar til å avhjelpe de psykiske problemene, vurderer personalet i større grad tvangen ut fra om den bidrar til å ivareta posten som helhet og/eller om den letter det praktiske omsorgsarbeidet (Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008). Dette kan eksempelvis være at bruk av tvang kan lette arbeidsbyrden for personalet, eller gjøre dem tryggere når de kjenner seg utrygge. Vurdering av tvangsbruken vil ofte være knyttet til en slik praktisk rasjonalitet. Denne er ofte av mer pragmatisk natur enn knyttet opp mot prinsipielle etiske normer for tvangsbruk. En studie av Husum et al. (2010b) finner heller ikke sammenheng mellom personalets oppgitte holdninger til bruk av tvang og faktisk bruk av tvang. Dette kan antyde at bruk av tvang påvirkes av praktisk rasjonalitet og erfaringsbasert praksis fremfor bevisste etiske og faglige begrunnelser.

Wynn (2003) viser også til studier som finner at andre faktorer, som eksempelvis behovet for å holde en rolig atmosfære i sykehusposten, er viktigere faktorer for tvangsbruk enn vold og aggresjon. Selv om pasienter gir uttrykk for at sykehuspostens atmosfære er viktig for gode opplevelser av oppholdet, synes det som at pasientene stiller seg mer kritiske når de mener at den praktiske rasjonaliteten brukes som argumentasjon for tvangsbruk. Slike synspunkter gjenspeiles i flere av pasientintervjuene som er gjengitt ovenfor. I tillegg kommer den til synet når vi senere skal se på hvorvidt pasientene opplever tvangen berettiget eller ikke.

Ulike oppfatninger av mengde tvang man blir utsatt for

Et annet punkt som kan bidra til å forklare forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere er at det forekommer ulike oppfatninger av mengde tvang pasientene blir utsatt for. Selv om studier viser at både ansatte og brukere anerkjenner betydningen av uformell makt og tvangsbruk (se blant annet Vatne, 2003; Norvoll et al., 2008), synes det som om pasienter (og pårørende) beskriver at vedkommende utsettes for mer makt og tvangsbruk enn det personalet oppfatter (se blant annet Olofsson & Nordberg, 2000; Kjellin et al., 2004).

Olofsson og Nordberg (2000) henviser til svenske studier som finner at pasienter kan beskrive at behandlingen har blitt implementert ved makt og trusler, mens sykepleierne beskrev behandlingen som implementert ved overtalelse og uten tvang. Et annet område er tilfeller hvor pasientene i større grad opplever seg tvangsinnlagt enn legal status tilsier. Flere studier finner at det relativt ofte ikke er samsvar mellom pasienters opplevelser av tvang og omfang av formell tvang. Frivillige pasienter kan oppleve seg tvangsinnlagt og motsatt (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey et al., 1997; Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjstottir et al., 2002). Nyere studier spør derfor heller etter den

subjektive opplevelsen av å bli tvunget og utsatt for makt og tvang før og under innleggelsen. Iversen, Høyen, Sexton & Grønli (2002) undersøkte blant annet pasienters opplevelse av tvang under innleggelse ved to norske akuttavdelinger, hos både tvangsinnlagte og frivillig innlagte pasienter. I denne studien oppga en tredjedel av de frivillig innlagte pasientene at de hadde opplevd tvang under innleggelsen, og 59 prosent av de tvangsinnlagte pasientene oppga det samme.

Et annet eksempel på sprik i opplevelsen av å bli utsatt for tvang, er skjermingsmetoden. Selv om man i de senere årene i større grad har anerkjent tvangsaspektet ved skjerming, har det vært vanlig å ikke se på skjerming som tvang selv om pasientene som oftest har lukkede dører til skjermingsavsnittet og ikke fri utgang av rommet. Der ansatte kan se på skjerming som en ren behandlingsmetode, som noe vesentlig annerledes enn isolat, forteller mange pasienter at de opplever skjerming som tvang og som et fengsel (Holte, 2001; Karlsson, 2004; Norvoll, 2007; Bjerkan, Pedersen & Lilleeng, 2009). Tvangsaspektet ved intervensjonen forstås og oppleves da ulikt mellom personal og pasient, noe som gjør at det blir ulike synspunkter på mengden tvang pasientene utsettes for.

De ulike oppfatningene av mengden tvang pasientene blir utsatt for, har ført til forskning som ser på spørsmålet om forholdet mellom legal og opplevd tvang. Poulsen og Engberg (2001), gjør eksempelvis en sammenlikning av pasienters opplevelser av tvang og tvangsbruken som er nedfelt i de medisinske journalene. De finner at pasientene oppgir at de har blitt utsatt for mer tvang enn det som står i journalene. Misforholdet i opplevelsene av mengde tvang, forklares med grad av psykopatologi hos pasienten og det "å være schizofren". Muligheten for underrapportering i medisinske journaler blir ikke nevnt som en mulig forklaring. De konkluderer videre med at det finnes en gråson mellom pasienters og legers oppfattelse/persepsjon av tvangsbruken, og at man må inkludere kunnskap om pasientens psykopatologi er når man skal vurdere medisinske, legale og etiske aspekter ved tvangsbruk.

Lidz, Mulvey, Hoge, Kirsch, Monahan, Eisenberg et al. (1998) gjorde en sammenliknende studie av syn på tvangsinnleggelsen mellom involverte mottakene, klinisk ansatte, andre involverte i innleggelsen og pasienter, og hva som påvirker pasientenes persepsjon av denne. Det gjøres en kombinasjon av intervjuer med de involverte og sammenlikninger av medisinske journaler i 177 hendelser. De finner at bruk av legal makt, å bli gitt ordrer, trusler og maktdemonstrasjoner var sterkt korrelert med pasientens persepsjon av å bli utsatt for tvang.

Lidz et al. (1998) mener forskjellene i beskrivelsene av tvangsbruken i noen grad kan forklares med pasientens psykologiske tilstand, som forvirring, kognitive forstyrrelser med mer, men at en sammenstilling av hva som trolig hendte i situasjonen - "the most plausible account" - kan tyde på at pasientene har størst oversikt over tvangsbruken.

En annen årsak til forskjellene som er blitt fremholdt, er at det å bli utsatt for flere tvangstyper kan gi et forsterket bilde av å være utsatt for tvang (krenkelse) (Iversen et al., 2002; Norvoll, 2007). Opplevelsen av akkumulert formell og uformell tvang kan bidra til et helhetsbilde som muligens personalet undervurderer.

Det interessante med disse studiene i forhold til forståelsesforskjellene, er at den faktiske tvangsbruken kan persiperes ulikt av ansatte og pasienter. Det er også interessant at forklaringene på slike forskjeller spriker i litteraturen. Dette gjenspeiler at det forekommer ulike bilder av pasientene og hvordan man fortolker ulike oppfatninger. Som direkte psykopatologi eller som en videre forståelse av tvang (uformell) som bidrar til tvangsopplevelse. Den siste anerkjenner i større grad pasientens opplevelse som reell.

Ulik forståelse av belastninger ved tvangen

Det ovennevnte punktet viser at ansatte og brukere kan ha ulik oppfatning av mengde tvang pasientene blir utsatt for. Flere studier peker også på at det kan være ulike oppfatninger mellom personal og pasienter om belastningene av tvangsbruk. Dette gjelder på flere områder.

I boken til Gro Hillestad Thune (2008) er det eksempler på hvor belastende det kan oppleves å bli utsatt for tvang. Her er det fortellinger fra personer som har opplevd det å bli utsatt for tvang som overgrep og som krenkende. Fortellingene gir også beskrivelser av det å oppleve å bli respektløst behandlet, umyndiggjort og latterliggjort.

Å bli tvangsmedisinert beskrives av disse personene ofte som et sterkt integritetskrenkende inngrep i deres kropp, følelser og sinn. Å bli utsatt for tvangsmidler oppleves ofte som uforståelig. Pasienten kan bli oppfattet som å være farlige, men vedkommende opplever ikke det selv. Det går igjen at flere tenker at bruk av tvang kunne vært unngått om noen hadde snakket mer med dem, tatt dem mer på alvor og forsøkt mer å ta deres behov på alvor. En opplevelse som går igjen er at det å vise protest mot for eksempel å bli innlagt eller å bruke medisiner, blir straffet med å bli brukt tvang overfor. Noe som også går igjen er at å bli utsatt for tvang, oppleves som en straff. Å bli skjermet kan bli beskrevet som å være i noe som ligner et fengsel.

Studier av hvordan lukkede dører, i form av lukkede poster eller lukkede avsnitt, virker på pasientene, viser også at det er ulikheter i vurderingene av belastninger mellom pasientene og de ansatte i postene.

En spørreskjemastudie av 1227 ansatte, pasienters og besøkendes oppfatninger og holdninger til lukkede poster i Storbritannia (Bowers et al., 2010), viste at pasientene var mer negative til at dørene var lukket enn ansatte og at de oftere uttrykte negative vurderinger dersom de oppholdt seg på en lukket sykehuspost. Ansatte som arbeidet i den lukkede posten, hadde mer positive vurderinger av praksisen. De så dermed den lukkede

døren ut fra deres eget perspektiv. Pasientene erfarte også mer sinne, irritasjon og depresjon som en konsekvens av de lukkede dørene enn det ansatte og besøkende trodde de gjorde.

Også Olofsson og Nordberg (2000) finner at pasientene i større grad fremhever lukkede dører, innelukking, innskrenkning i bevegelsesfriheten og/eller det å ikke få gå ut av posten når man selv vil, som mer belastende enn personalet tror at det gjør. Forskerne gjennomførte en narrativ studie hvor syv pasienter, sykepleiere og leger fortalte om deres erfaringer med samme tvangshendelse. Tvangshendelsene omfattet et vidt spekter fra frivillig til tvungen innleggelse, mekaniske tvangsmidler, isolering og tvangsmedisinering. Studien viser at de tre gruppene hadde ulike syn på tvang. For leger og sykepleiere fremsto tvangshandlingen som å ta ansvar og å sette grenser for pasientene. Selv om noen pasienter mente at tvangen var nødvendig (spesielt i begynnelsen av oppholdet), fremsto tvangshandlingen for pasientene heller som en negativ hendelse; de ønsket å ta mer ansvar og forstod ikke alltid hvorfor de ikke fikk bestemme over seg selv. Pasientene hadde langt mer negative og emosjonelle følelser knyttet til tvangshendelsen enn de to andre gruppene, for eksempel av "det å bli lukket inne", "ikke få tillatelse til å gå ut". De opplevde også det å bli møtt med trusler om sanksjoner dersom de ikke oppførte seg på bestemte måter, som tvang. De misfornøyde brukerne viser i større grad til de negative konsekvensene av tvangen.

En studie av skjerming i akuttposter (Norvoll, 2007) finner også at de lukkede dørene, både ved å være i en lukket post, og inne på et lukket skjermingsrom/ avsnitt, kan ha sterke virkninger på pasienten. Dette kan, som beskrevet i de foregående studiene, føre til klaustrofobifølelser, panikk og desperate flukthandlinger fra pasientene side. De kan gjøre ting de vet er ufornuftige (eksempelvis løpe ut av skjermingsrommet når de vet de vil bli ført tilbake). Personalet på sin side kan ofte fortolke dette som tegn på psykiske problemer og utagerende atferd hos pasienten, mer enn som effekter av rammebetingelsene i situasjonen.

Slike reaksjoner på innelukking, eller det at pasientene protesterer eller gjør motstand mot innelukkingen, kan lede til det Goffman (1961, s. 35–38) kaller looping prosesser, eller "bumerangeffekter"; Den protesterende atferden virker tilbake på pasienten gjennom økt kontroll siden personalet tar handlingen som informasjon som bekrefter pasientens psykiske lidelse. Pasientens protest mot skjerming blir da forstått som lite samarbeidsvillig atferd eller urolig og utagerende atferd som trenger ytterligere skjerming. Jo mer aktive pasientenes forsøk på motmakt er, for eksempel i form av fysisk kamp eller trusler mot personalet, jo mer øker faren for ytterligere skjerming og tvang. Slike selvforsterkende sirkler hos pasienter som protesterer mot skjerming, likner andre beskrivelser av pasientforløp ved isolering (Martinez, Grimm & Adamson, 1999; Meehan, Vermeer & Windsor, 2000).

Samtidig trenger ikke alltid rolig atferd å bety at pasienten ikke opplever seg utsatt for tvang eller er fornøyd med behandlingen. Disse og andre studier viser at der personalet kan fortolke pasienten ro som et tegn på bedring, beskriver noen isolat- og skjermingspasienter

at den ytre roen heller skyldes at de skjuler eller undertrykker sin protest og gjør det som blir forventet av dem i håp om å slippe fortrest mulig ut av isolat- eller skjermingsrommet (se blant annet Meehan et al., 2000, Norvoll, 2007). Når isolat – og/eller skjermingsmetoden kun blir redusert til et spørsmål om å vise ytre rolig og lydlig atferd, får den sterkt preg av å være en disiplinierende og dresserende kontrollmetode som virker belastende og som oppleves uten behandlingsmessig verdi. I likhet med det som fremkom i punktet om atferdsreduksjonisme, kan dermed et slikt fokus på ytre rolig atferd føre til at personalet i for liten grad vurderer om tvangen faktisk styrker pasientens opplevelse av indre bedring, eller for lett vintolker ytre ro som tegn på indre bedring (se også Skorpen & Øye, 2008). Fokuset på rolig atferd kan også bidra til skjule pasientens misnøye med tvangen og behandlingen.

Ulikhetene i synet på tvangens belastning viser seg også i studier av mekaniske tvangsmidler nasjonalt og internasjonalt. Rolf Wynn (2003) gjennomførte for eksempel en spørreskjema-studie av 267 ansattes holdninger til bruk av mekaniske tvangsmidler og isolat i fem sengeavdelinger innen psykisk helse ved et norsk sykehus. Studien finner at et klart flertall av de ansatte (på tvers av yrkesgrupper) mente at disse intervensjonene ble brukt korrekt/riktig. Ansatte i poster med høy bruk av mekaniske tvangsmidler og isolat samt mannlige ansatte var mer kritisk til hvor ofte disse intervensjonene ble benyttet. Videre var yngre og kvinnelige personale mindre kritisk til bruk av tvang enn eldre erfarne. De fleste foretrakk bruk av mekaniske tvangsmidler samtidig som de trodde at dette var en intervensjon som pasientene likte minst. Høyt utdannet personale var ikke mer kritisk til bruk av tvang enn øvrig personell. Mange av de ansatte trodde at mekaniske tvangsmidler og isolat krenket pasientens integritet, kunne skade behandler – pasientalliansen og gjøre andre pasienter redde. De fleste trodde likevel ikke at angst, aggresjon eller fysiske skader kom som et resultat av tvangsintervensjonene, selv om mye forskning peker på at dette kan være tilfellet.

De fleste mente at intervensjonene gjorde pasienten "roligere" uten at de spesifiserte om de ønsket å oppnå en "ytre" eller "indre" ro. Det kan synes som at personalet var mer bekymret for langtidsvirkningene av tvangsbruk, enn av de kortsiktige effektene av isolat og beltebruk. Miljøpersonalet som arbeidet i mest nærkontakt med pasienten var mest bekymret for skaden på relasjonen, noe som kan skyldes at de i større grad observerte de direkte effektene av intervensjonene gjennom nærkontakten med pasienten. De mente også oftere at bruk av slike intervensjoner kunne gi skade på personalet. Personalet med høyest utdanning var på sin side mer opptatt av det abstrakte etisk- legale spørsmålet om "integritet".

I likhet med tidligere beskrivelser av ansattes holdninger til tvang mer generelt, var belteleggingen noe de ansatte benyttet for å beskytte pasienten mot dem selv, andre pasienter og/eller familien. Denne beskyttelsen omhandlet fysiske skader, men også en beskyttelse for å vise upassende atferd i offentlighet foran resten av pasientfellesskapet (ofte kalt å forhindre pasienten fra "å blamere seg"). Bruk av mekaniske tvangsmidler ble

også sett på som et forebyggende tiltak for å hindre at pasienten handlet aggressivt, siden de også opplevde at de kjente eller hadde tilstrekkelig informasjon om pasienten. I tillegg til beskyttelse, mente legene og sykepleierne at de benyttet tvangen for å skape en terapeutisk allianse med pasienten og å gi pasienten en sjanse til å ta pause for en tid slik at de kunne arbeide med sine indre tanker og følelser. Tvangen skapte trygghet og at tvang og grensesetting gjorde at pasientene følte seg trygge. Videre ble det fortalt at pasientene "ba om" og ønsket tvang for å føle seg trygge og at de takket i etterkant (se også Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008 for samme argumentasjon). Tvang ble også oppfattet å være en måte man trenet pasientene på, og at bruk av tvang kunne ha en pedagogisk effekt.

Studier kan samtidig tyde på at personalet og pasientene forteller om og vektlegger episodene med beltelegging noe ulikt. I intervjuer med fem brukere finner Hammervold (2009) at brukernes opplevelser av belteleggingen er preget av systemets bruk av makt og pasientens sårbarhet der følelser som avmakt, ensomhet, redsel og retraumatisering blir beskrevet. Informantene erfarte at de i liten grad hadde medvirkning før eller under tvangsmiddelbruk. De beskrev både et behov for, og et ønske om å bidra med sine erfaringer etter bruk av tvangsmidler. Dette handlet både om å få bearbeide hendelsen for sin egen del, men også om å bidra med sine erfaringer for å øke kunnskapen hos personalet. Wynn (2004) finner senere i intervjuer med tolv innlagte pasienter at beltelegging kan skape følelser av angst, sinne, fiendtlighet og mistillit til personalet etter hendelsen. Noen få hadde mindre fysiske skader som følge av belteleggingen, mens to fikk tilbake minner om tidligere overgrep. Pasientene varierte mellom å oppleve hendelsen som berettiget og/eller hjelpsom, mens andre var mer kritiske.

Det kan også være ulike opplevelser av belastning ved andre type tvangsformer. Prosjektet "Ut av konflikt" (Ingeberg & Veia, 2006) fra barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling viser at barna opplevde fastholding som mer negativt enn personalet antok. Barna fortalte at holding kan oppleves som krenkende, nedverdiggende og at det brukes noen ganger som straff for ikke å høre etter, eller på andre måter bryter reglene. De forsto ofte ikke nødvendigheten av å bli holdt, og kunne tenke på episoder med fastholding og ha vonde drømmer om det lenge etter at det har skjedd. De foreslo flere alternativer til fastholding.

En annen norsk studie av opplevde krenkelser ved tvangsinnleggelse (Svindseth, Dahl & Hatling, 2007), viser at 48 av 102 pasienter hadde negative opplevelser etter innleggelse, både tvangsinnlagte og frivillige, men størst etter tvangsinnleggelse. Opplevelser av ydmykelse og krenkelser var særlig stor ved bruk av politi og fysisk makt ved innleggelsen. Opplevelser av krenkelse økte når pasientene opplevde seg behandlet som mindreverdige personer.

Foreliggende studier viser at pasienter kan oppleve tvangssituasjonene som vanskelige og til dels traumatiske. I likhet med internasjonale studier oppgir flere pasienter at de blir utsatt for vold av personalet og politiet i forbindelse med tvangsbruk og fysisk makt, blant annet i

form av lugging, klyping, hardhendt behandling, nedleggelse i bakken og fysiske skader (Kogstad, 2009; Norvoll 2007).

De ulike opplevelsene av belastningene ved tvangsbruken er viktig for å forstå hvorfor dialogen kan bli så vanskelig, både for personalet og brukerne. Erfaringene fra BAT-prosjektet (Norvoll et al., 2008:86f) viste også tydelig hvor krevende og vanskelig det kan være å snakke om de vondeste og mest krenkende tvangsopplevelsene. På dette området var mistillitsnivået ofte høyt og det kunne være vanskelig å få til gode og nyanserte diskusjoner. Dette samsvarer med tendenser i den helsepolitiske debatten. På den ene siden krevde slike fortellinger mye av brukerne som ble sårbare for nye avvisninger av sine personlige opplevelser fra ansattes side. På den andre siden kunne det være krevende for personalet som var direkte involvert i tvangspraksisene å høre på og ta inn over seg krenkelsesopplevelsene.

For noen ansatte i BAT- prosjektet førte krenkelsesperspektivet til en viss sensitivisering. Et eksempel på dette er en uttalelse som:

"Det som ble klart for meg (gjennom historiene fra brukerne), er at de tiltakene vi setter i gang på post kan være traumatiske, å bli mer bevisst på det. At der er noe som må bearbeides i etterkant og at det som kanskje virker dagligdags ikke er sånn".

Det synes samtidig som at diskusjonene om krenkelser og brudd på menneskerettigheter tydeliggjorde motsetningene i de ideologiske synspunktene om tvangsbruk. Et eksempel på en slik uttalelse fra personale er:

"Vanskelig å diskutere fordi det handler om at tvang ikke er bra i det hele tatt. Og der er ikke vi."

Flere ansatte fortalte også at det var vanskelig å finne en måte å forholde seg til tilbakemeldingene om krenkelser på fra de misfornøyde brukerne. For det første følte de seg som "krenkere", noe som var vanskelig å møte:

"Vi vil jo ikke straffe, være onde".

De strevde også med å skille mellom personlig kritikk og systemkritikk, fordi de opplever seg som en del av systemet:

"Jeg blir lei meg når brukerne snakker stygt om personalet som noen som vil dem vondt".

Det var vanskelig for personalet å skille mellom egne personlige intensjoner og effektene av tvagshandlingene for pasienten, utført i ansattrollen. Det synes også som at reaksjonene gjenspeiler avmaktsopplevelser fordi miljøpersonalet i mange tilfelle er "utøverne" av et større system og ikke vedtaksfatterne av tvangen. Krenkelsesperspektivet synes dermed i noe grad å skape en gjensidig avmaktsrelasjon som er vanskelig å håndtere på en god og

konstruktiv måte (jf, Norvoll, 2007). Et av sykehusene forsøkte samtidig å utvikle en annen tilnærming til disse debattene for å unngå at dialogen brøt sammen. I dette tilfelle ble sykehusledelsen etter hvert enige med brukerrepresentantene om at de må forholde seg til krenkeshistoriene på en mer profesjonell og offensiv måte. De ville derfor, i samarbeid med brukerne, gå gjennom krenkeshistorier på en mer aktiv måte for å se på hva disse historiene forteller om behov for kvalitetsutvikling i tiden fremover:

”Vi må være faglige dyktige og modige nok til å ta det innover oss og se på løsninger”.

Tilnærmingene til krenkelses- og traumeperspektivet er viktig ved forståelseskjøften. Både i internasjonale og nasjonale studier påpeker brukere at det kan være en tendens til at personalet legger lokk på episoden, ikke snakker om den, eller kun snakker om hendelsen på egne premisser. Flere pasienter oppgir imidlertid at de hadde ønsket en mer åpen samtale om hendelsen med personalet i ettertid for å bearbeide det som skjedde (se blant annet Norvoll et al., 2008; Frueh et al., 2005).

Tvang som rettferdiggjort versus tvang som ikke rettferdiggjort

En faktor som utpeker seg i litteraturen som sentral for forståelseskjøften synes å være spørsmålet om tvangsbruken er rettferdiggjort eller ikke.

Som vist tidligere er det ofte stor aksept av tvangsbruk, spesielt innenfor sykehuspostene. En rekke studier viser også at personalet i sykehuspostene ofte har opplevelser av tvangsbruk som benyttet korrekt eller som rettferdiggjort (Husum et al., 2010a; Norvoll et al., 2008; Wynn et al., 2011). Wynn (2003) finner i sin studie av personalets holdninger til mekaniske tvangsmidler i sykehusposter, at de fleste mente at de fulgte lovens krav om at det skulle foreligge en reel faresituasjon på grunn av pasientens voldelige atferd eller alvorlig selvskaade. De mente også at belter og isolat ikke skulle bli benyttet fordi det var behagelig for personalet, for å ha en rolig atmosfære i avdelingen eller for å straffe pasienter som ikke fulgte personalets direktiver. Det finnes samtidig situasjoner hvor ansatte sier de kan oppleve at eksempelvis tvangsmidler benyttes for raskt og unødvendig mye i forhold til andre mer lempelige midler.

Den største opplevelsen av rettferdiggjort tvang er ved begrunnelser for tvangen som at pasienten er voldelig, aggressiv eller kommer med trusler. I tillegg legges også faren for alvorlig selvskaade stor vekt i noen situasjoner. Spørsmålet om bruk av tvang ved avvikende atferd, generell uro og av hensyn til ro i posten er mer diskutert, og personalet har ulike oppfatninger om når tvang kan benyttes i slike tilfeller.

Dersom man ser på studier av pasienters syn på tvangsbruk, synes det som at opplevelsen av at tvangen er berettiget – ofte kalt rettferdiggjort – er sentral for misnøye ved tvangen eller ikke. Ulikhetene mellom ansatte og misfornøyde brukere i synet på tvangens berettigelse,

eller om tvangsbruken kan rettferdiggjøres, synes videre å utgjøre et viktig moment ved forståelseskjøften. I spørsmålet om berettigelse og rettferdiggjørelse av tvangsbruken inngår flere delaspekter; å bli inkludert i beslutningsprosessen, om tvangsbruken faktisk er "riktig" eller om den fremstår som nødvendig eller ikke.

Spørsmålet om tvangens rettferdiggjørelse viser seg blant annet i flere studier av tvangsinnleggelse, spesielt innen Mac Arthur – tradisjonen i forskningen. Disse studiene viser at legal status som tvangsinnlagt og opplevelsen av å bli respektfullt inkludert i en rettferdig beslutningsprosess om tvangsinnleggelse ("procedural justice") var sterkest assosiert med opplevd tvang. Opplevelser av negativt press, makt og trusler økte misnøye med tvangsbruken. Dersom pasienten føler seg sett, hørt og møtt med respekt og verdighet reduserte dette opplevelsen av tvang (Lidz et al., 1995, 1998).

Svindset et al. (2007) brukte Mac Arthurs spørreskjema (Admission Experience Survey) på 102 pasienter i to akuttposter ved et sykehus for å identifisere negative hendelser i innleggelsesprosessen. I tillegg ble Cantrill's Ladder Scale benyttet for å måle opplevd krenkelse 48 timer etter innleggelse, samt seks dybdeintervjuer av pasienter med henholdsvis sterke eller svake krenkelsesopplevelser. Dette viste at 48 av 102 pasienter hadde negative opplevelser av tvangsinnleggelsen, både tvangsinnlagte og frivillige, men størst ved tvangsinnleggelse. Opplevelser av ydmykelse og krenkelser var særlig tilstede ved bruk av politi og fysisk makt ved innleggelse. I tillegg var pasientens overbevisning om at "innleggelsen ikke var riktig" av stor betydning. Opplevelse av krenkelse økte også når de opplevde seg behandlet som mindreverdige personer. På motsatt side var opplevelse av å bli respektfullt behandlet, bli lyttet til og å få en rasjonell forklaring for avgjørelsen på avgjørelsen om tvangsinnleggelse (jf. procedural justice) viktig for redusert krenkelsesopplevelse. Videre førte det "å føle at noe (tvang) er nødvendig" til redusert krenkelsesopplevelse.

Dette momentet kommer også til syne i erfaringene til to brukere som har skrevet innlegg om tvang i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Øye, 2010; Kristiansen, 2010). Øye skriver at spørsmålet om tvang ikke kan reduseres til et enten eller, men at hennes egen tvangsopplevelse er relatert til spørsmålet om den fremstod som nødvendig gitt situasjonen. Videre forteller hun at en god utført tvangsinnleggelse med god kommunikasjon, en god ektefelle som deltaker i beslutningsprosessen med videre, gjorde at krenkelsesopplevelsen ble mindre. Hun er imidlertid mer skeptisk til berettigelsen av tvang i institusjon, herunder belter. De samme punktene blir også berørt av Kristiansen i forhold til tvangsinnleggelse, samtidig som spørsmålet om tvangsmedisineringens berettigelse omhandler andre momenter (noe vi kommer tilbake til senere).

En større studie med intervjuer av rundt 280 tvangsinnlagte og frivillige innlagte pasienter og deres pårørende (Kjellin et al., 2004), viser at mange frivillige og tvangsinnlagte pasienter og pårørende opplevde seg godt behandlet under oppholdet. Mange pasienter og pårørende vurderte samtidig at kravene for tvangsinnleggelse ikke var oppfylt. Mange pasienter følte

seg også krenket gjennom innleggelsesprosessen. Kun et fåtall av pasientene og pårørende opplevde seg involvert i behandlingen. De mener funnene samsvarer med annen forskning, og at de gjenspeiler noen grunnleggende problemer innen tjenestene.

Som beskrevet tidligere foreligger det noe ulike oppfatninger mellom ansatte og brukere om bruk av tvang ved uro og farlighet. Disse ulike oppfatningene påvirker også vurderingen av tvangens nødvendighet og berettigelse. En viktig forskjell mellom personalets og brukerens forståelse av tvangsbruken i litteraturen, er at pasientene ofte forteller at tvangsbruken i praksis ikke er knyttet til direkte farlighet. De forteller at de kan være sinte eller urolige, men at dette ikke utgjør et sikkerhetsproblem for personalet. De vurderer heller at uro i sykehusposten eller at personalet blir redde eller reagerer negativt på sterke negative følelser og emosjonelle uttrykk, ofte fører til bruk av tvang.

I flere studier mener pasientene at begrunnelsene for tvangen ikke følger lovens krav om alvorlig fare. Der personalet ikke ønsker eller tror at man bruker tvangen av bekvemmelighet for personalet, ro i posten og så videre, mener brukerne derimot at dette ofte er tilfelle dersom man ser på de konkrete episodene i praksis. Dette kan øke opplevelsen av tvangens manglende nødvendighet.

Meehan et al. (2004) finner blant annet i en kvalitativ intervjuundersøkelse av 60 ansatte (sykepleiere og hjelpepleiere) og 29 pasienter i to akuttposter, et stort sprik mellom personalets oppfatning av isolatbruken som nødvendig, terapeutisk og ikke-straffende og pasientenes opplevelse av at isolatbruken har liten terapeutisk verdi, at den brukes som straff for uønsket atferd og er et resultat av personalets makt- og kontrollutøvelse.

Studien viser videre at det var både likheter og ulikheter i ansattes og pasientens synspunkter på årsakene til å bli isolert. Ofte trodde både ansatte og pleiepersonalet at forsøk på selvskade ville lede til isolat. Samtidig trodde dobbelt så mange pasienter som sykepleiere at dette ville skje. Pasientene hadde mer pessimistiske synspunkter på når isolering ville bli igangsatt enn sykepleierne. For eksempel mente over halvparten at banning og kjefting på andre ville være tilstrekkelig grunn for isolering. Begge parter var enige om at aggressiv atferd som å slå en ansatt eller medpasient, ødeleggelse av møbler og det å bli urolig og ute av kontroll ville føre til isolering. Dette viser at det var enighet mellom pasienter og ansatte om de alvorligste grunnene til å bli isolert, men større uenighet hvorvidt mindre alvorlige overtredelser (for eksempel kjefting eller det å nekte å ta medisiner) ville føre til isolering eller ei. Samtidig viser også studien at noen ansatte tror at pasienten kan bli isolert ut fra slike begrunnelser, noe som kan tyde på at det er hold i noen av de pessimistiske bildene til pasientene.

Studien viser også at mens personalet (84 prosent) ofte avviste at de utøvde makt overfor pasientene eller nektet for at de hadde skyldfølelse ved iverksettelse av isolering, opplevde 85 prosent av pasientene at pleiepersonalet likte både opplevelsen av makt og tilfredsstillende når pasienten fikk som han/hun fortjente når de ble isolert. Begge parter var

imidlertid enige om at personalets motiver ofte var at de ønsket å hjelpe pasienten og at de ikke ønsket å iverksette isolering. Pasientene trodde også at personalet følte seg tryggere når de fikk innelukket pasienten på isolatrommet.

Også i andre studier oppgir pasientene at bruk av tvang og makt er knyttet til mindre forseelser, og at disse situasjonene kunne blitt løst på mer lempelige måter (se blant annet Brown og Tooke, 1992b:718; Karlsson, 2004; Kogstad, 2009; Meehan, 2000, 2004; Norvoll et al., 2008; Norvoll, 2007). Flere finner at pasienter mener at personalet kan reagere raskt med misnøye dersom pasienten uttrykker negative følelser (LeGris et al., 1999; Martinez et al., 1999; Norvoll, 2007). Pasientene mente misnøyen førte til mer kontrollpregede og straffende kommunikasjonsmåter preget av avvisende holdninger, strenghet og en irettesettende kommunikasjonsform som igjen kan øke konfliktnivået. Disse samhandlingsmønstrene er også beskrevet av Hem (2008), og viser hvor krevende slike situasjoner er for både personalet og pasientene.

Slike situasjoner synes å forsterke opplevelsen av tvangen som lite rettferdiggjort, som straffende og som krenkende. I flere bidrag synes det som at opplevelser av tvangen som vilkårlig oppleves spesielt negativt. Der pasienten har oppsøkt legevakten eller helse-tjenesten frivillig for å få hjelp, for deretter å bli møtt med tvangsbruk faller pasient-vurderingen spesielt uheldig ut (Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008; Kogstad, 2009, Olsø et al., in press). I slike tilfelle ser det ut til å oppstå et vanskelig tillitsbrudd.

Ulike syn på psykiske lidelser og behandling

Som nevnt innledningsvis i rapporten, er det nødvendig å anlegge et bredt perspektiv på tvang og behandling for å forstå forståelseskjøften mellom misfornøyde brukere og ansatte i tjenestene.

Betydningen av et slikt bredt perspektiv gjenspeiles i flere bidrag. Disse viser at brukerne ofte vurderer tvangsbruken ut fra et bredere og mer langvarig livs- og tidsperspektiv enn personalet (se blant annet: Almvik et al., 2011; Borg & Topor; 2003; Kogstad, 2004; Norvoll, 2007; Vaaland, 2007; Skatvedt & Schou, 2010). Dette kan gjøre at vurderingene av tvangens hensiktsmessighet og krenkende potensial blir forskjellige.

Videre viser flere internasjonale og nasjonale studier at vurderingene av tvangsbrukens nødvendighet og fordeler, inkludert skadepotensialet, har nær sammenheng med behandlingssyn (se Norvoll, 2008). Misnøye med tvang kan skyldes ulike behandlingssyn hos personalet og brukerne, eller opplevelse av manglende behandlingsoppfølging (se blant annet Svindseth et al., 2007; Kogstad, 2009, Vaaland, 2007).

Eksempelvis viser flere studier, herunder en svensk kvalitativ studie av 18 tvangsinnlagte pasienter (Eriksson & Westrin, 1995), at flere pasienters misnøye med tvangsinnleggelsen skyldtes synet på at de mottok en behandling som de opplevde som meningsløs eller unyttig.

Argumentasjonen fra brukerne synes å være rettet mot to forhold: tvangsintervensjonen reduserer ikke den indre subjektive lidelsen eller fører til en bedring av den indre psyke (selv i tilfelle hvor de får en roligere ytre atferd), og intervensjonen bidrar ikke til at de har det bedre eller fungerer bedre i et langtidsperspektiv og i hverdagen utenfor institusjonen. De ønsker mer positive, ressursorienterte, treffsikre, brede og langsiktige intervensjoner, spesielt fra akuttpostenes side.

For det første ønsker brukerne en behandlings- og hjelpetilnærming som innebærer en sterkere vekt på brukernes hverdagsliv og en utbygging av frivillige, helhetlige tjenestetilbud basert på samarbeid (se blant annet Priebe et al., 2005; Elstad, Skatvedt & Schou, 2011), og prosjektet "Helhet og sammenheng" (Almvik et al., 2011).

En intervjustudie av 40 brukeres erfaringer med alternative døgnbaserte tilbud som alternativ til tradisjonelle akuttposter (Gilburt, Slade, Rose, Lloyd-Evans, Johnson, & Osborn et al., 2010), viser at pasientene generelt var godt fornøyde med tilbudet. De var spesielt fornøyd med at disse tilbudene hadde mindre grad av urolige pasienter, at de kjente seg tryggere og at de opplevde mer frihet, mindre tvang og mindre paternalistisk orienterte ansatte sammenliknet med tradisjonelle sykehustjenester. De mente samtidig at det ikke var vesentlige forskjeller i relasjonen, eller behandlings- og omsorgstilbudet for øvrig.

Rådet for psykisk helse fant i rapporten "Frivillighet før tvang" (2010) at nesten alle respondentene (28 brukere og ansatte fra psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten) var samstemte om at det er mangel på helhetlig styring av det samlede behandlingssystemet. Dette gir seg uttrykk i at det kan svikte i overgangene mellom de ulike funksjonene og mangelfull oppfølging (Rådet for psykisk helse, 2010). På samme vis viser misfornøyde brukere og særlig pårørende til en misnøye med mangelfullt tilbud som erstatning til tvang eller etter tvang er gjennomført, noe som bidrar til å skape et ensidig tvangsfokus (Vaaland, 2010).

Av 1144 brev til Helseministeren gjengis 37 i boken Brev til en minister (Vaaland, 2007). Brevene spenner over flere tema, men viser hvordan tvangsopplevelser hos misfornøyde brukere er knyttet til en bredere sammenheng, for eksempel fattigdom, dårlige boforhold, oppsplittede og manglende koordinerte tjenestetilbud.

Manglende oppfølging innenfor og utenfor institusjonen (herunder ved selvmord) samt mangelfull støtte til pårørende går også igjen. Det synes videre som om overgang fra sykehus til kommune er spesielt sårbar.

En intervjustudie av behandling gitt ved lukkede poster (Johansson et al., 2009), viser at gode behandlingsopplevelser var knyttet til erfaringer av styrket integritet og selvbestemmelse, det å oppleve seg støttet, det å ha posten som tilfluktssted og av at behandlingen reduserte lidelsen. De gode opplevelsene var samtidig også spenningsfylte fordi pasientene på samme tid kunne føle seg avhengig og fanget på grunn av manglende innflytelse og valgmuligheter og det å føle seg kontrollert. Det samme finner Norvoll (2007).

Opplevelsen av at sykehusets behandlingsinnretning og bruk av tvang ikke virker terapeutisk eller som hjelp, er derfor en viktig faktor som bidrar til å skape store ulikheter i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte i sykehusene.

Flere studier av isolat og skjerming (Meehan et al., 2004; Norvoll, 2007; Karlsson, 2004; Jensen, 2008), finner at de misfornøyde pasientene ofte begrunner misnøyen med at disse intervensjonene ikke er av terapeutisk verdi på samme måte som personalet antar. Den sammenliknende studien av Meehan et al. (2004) av isolat viser for eksempel at det var stor uenighet i synet på behandlingseffekten av isolat. Alle (100 prosent) av de intervjuede ansatte trodde at isolatet hadde en beroligende og positiv effekt på pasienten ved at det ga dem anledning til å komme bort fra sykehuspostens "støyende" virksomhet og andre mennesker som gjorde dem urolige. Kun halvparten av pasientene (50 prosent) var imidlertid enige i at isolatet tillot en slik type tilflukt vekk fra den travle sykehusposten. I tillegg mente om lag en tredjedel av pasientene at isolatpraksisene ikke førte til at de roet seg og 65 prosent mente at isolatet ikke førte til at de følte seg bedre. Til tross for disse innvendingene var samtidig omtrent halvparten av pasientene enige med de ansatte i at isolatet kunne ha noen positive effekter i forhold til å hjelpe dem til å roe seg, oppføre seg bedre og uttrykke følelser på en mindre forstyrrende måte. Det var dermed både enighet og uenighet i synspunktene blant ansatte og pasientene.

Selv om meningene om behandlingsutbyttet ved skjerming også er varierte (se blant annet Bjerkan et al., 2009), ser man tilsvarende spenning mellom oppfattelsen hos personalet av skjerming som god behandling versus misfornøyde pasienters opplevelse av skjermingen som av lite behandlingsmessig verdi. Det lave behandlingsutbyttet synes å være en viktig årsak til at belastningene ved intervensjonen oppleves spesielt meningsløse for disse pasientene.

Det er dermed en forskjell mellom mange pasienters erfaring med hvilken behandling som hjelper dem og ansattes opplæring i behandlingstenkning ved skjerming. Norvoll (2007) finner for eksempel i sin studie at personalets synspunkter hadde likhet med de historiske beskrivelsene og de profesjonelle skjermingsideologiene i lærebøkene. Spesielt var tenkningen om at personer med psykotiske eller andre urolige tilstander har behov for reduksjon av stimuli sentral. Tenkningen om stimulireduksjon var den mest overgripende skjermingsideologien. Skjerming ble på denne basis, definert formelt som "regi/ kontroll av inntrykk".

I intervjuene med pasientene mente noen pasienter at inntryksreduksjonen var til hjelp. De misfornøyde pasientene mente imidlertid at skjermingen ikke var til hjelp i forhold til de to ovennevnte aspektene. Dette kom for eksempel til uttrykk i utsagn som:

"Det er jo ingen behandling, du sitter der jo fordi du ikke skal ha inntrykk, ingen som snakker til deg. Personalet sitter jo der utenfor på gangen og du er inne alene på rommet. Sitter jo bare der i et avlukke og har ingen å snakke med."

I don't want to be sit in, hold in ..., I want to walk, I want to speak something... to work every day, 100 percent. I don't want to sit in a room silent, I want to be where I can meet somebody, but when lonely, I get sick. In (bosted) I am lonely ” (Norvoll 2007, s. 286).

En del av pasientene var altså negative til skjerming fordi de mente metoden hadde liten behandlingsmessig verdi og ikke ivaretok deres normale ressurser og kamp for å komme videre i livet. Pasientenes protester mot å være innelukket på skjermingsrommet gjenspeilte ikke nødvendigvis mangel på sykdomsinnsikt, men kunne være tegn på friskhet, vilje til fremdrift og mestringsressurser. En ensidig vekt på ro fra personalets side kunne derfor underbygge en unormal og uheldig passivitet. Som en pasient fortalte:

”Du skulle liksom komme deg helt ned, å være rolig og ikke si imot og ikke være sint, alt dette der, det er veldig viktig, har jeg inntrykk av. Du skulle ikke reagere, men det er jo litt farlig da at du ikke skal reagere, du må jo reagere, det må du jo ute i samfunnet, da må du jo reagere (ibid:287)”.

Den manglende responsiviteten overfor pasientenes prosjekt og innholdet i pasientkritikken av skjerming kunne også motarbeide pasientenes normale behov og mestringsforsøk. Grunnet skjermingens sterke vekt på begrensning av pasientenes handlingsrom kan normalitet bli et problem. Motsetningen mellom pasientens mestringsforsøk og personalets respons reduserte skjermingsoppholdets behandlingsmessige funksjon.

Innføringen av individuell basert miljøterapi i sykehusposter med øyeblikkelighjelp funksjon på 1980-tallet var basert i en behandlingstenkning (Vaglun et al., 1984) som skulle innføre mer ”regressive regimer” for de dårligste psykotiske pasientene som ble innlagt. Videre skulle sykehuspostene ha preg av å være små forutsigbare enheter med vekt på orden, programklarhet og struktur (jf. Friis – ibid). Dette førte til en vekt på ro, overtakende omsorg og lite aktiviteter og i noen poster til en omfattende bruk av husregler selv om dette ikke var intendert i læreboken. Videre ble det fremholdt at pasientene i akutt fase ikke bør ha psykoterapi. Dette synes senere å ha blitt fortolket til at personalet ikke skal snakke med den psykotiske pasient. Synet på viktigheten av at posten bør preges av forutsigbarhet, programklarhet og struktur finner vi igjen i en nyere lærebok i psykiatri (Berg, 2007).

Det synes som at denne behandlingstenkningen i stor grad har preget personalets tenkning og relasjon til pasientene i praksis i akuttpostene (Norvoll, 2007; Vatne, 2003; Skorpen & Øye, 2008; Norvoll et al., 2008) selv om den i de senere årene har vært i endring i enkelte fagmiljøer (Gamme, 2009; Norvoll et al., 2008). Dette ser man for eksempel i en tenkning om at pasientene (spesielt på skjerming) ”ikke tåler samtale”. Videre kommer den til uttrykk i vekten på forsegling, man skal ”lukke igjen og ikke åpne opp” - herunder at man skal ha begrenset samtale med pasienten.

Flere misfornøyde brukere peker imidlertid på at behandlingsopplegget på akuttpostene i for stor grad er for regressivt og passiv i form av at de ikke opplever seg behandlet som voksne personer og ved at tilbudet er for lite aktivt og for lite basert på aktiviteter:

"Jeg ba om en krykke, men de ga meg en rullestol"

(Bruker i prosjektet "Helhet og sammenheng", Almvik et al., 2011).

I boken til Gro Hillestad Thune (2008) beskriver pasienter en opplevelse av surrealisme i det de ikke opplever å bli møtt på sine eksistensielle behov. Et eksempel på dette kan være en opplevelse av at å være innlagt er meningsløst, ørkesløst og kun fungerer som oppbevaring— at dagene går med til å vente, drikke kaffe og røyke. Å ikke ha noen å snakke med om sine eksistensielle behov og sine tanker om hvorfor man sliter psykisk og sin indre smerte. Samtalene kan av og til betone seg som "god dag-mann-økseskaft" samtaler. Pasienten kan si en ting og det blir tolket som noe annet, som symptomer. En opplevelse av at å være innlagt ikke hjelper på det de sliter med, går igjen.

I flere internasjonale og nasjonale studier forteller også de misfornøyde brukerne, at et postmiljø preget av kontroll og tradisjoner med å være "tøff" med pasientene, i liten grad øker pasientens opplevelser av oppholdets terapeutiske verdi (se blant annet Meehan et al., 2004; Norvoll, 2007).

Behandlingstenkningen hos leger og miljøpersonalet om å vektlegge begrenset kommunikasjon, synes å stå i motsetning til de misfornøyde pasientenes vekt på betydningen av relasjon og kommunikasjon for å oppleve tilbudene av behandlingsmessig verdi.

De ulike synspunktene om oppholdets og tvangens behandlingmessige verdi synes å være en viktig faktor som kan forklare forståelseskjøften mellom ansatte og misfornøyde brukere.

Forståelsesforskjeller om medisiner og tvangsmedisinering

Et spesifikt område hvor det forekommer motsetning mellom personalets og pasienters synspunkter er spørsmålet om nødvendigheten av å bruke nevroleptika ved psykose i behandlingsøyemed. Det er nettopp her stridstemaet om behandlingen ofte står. Mens psykiateren mener at pasienten må bruke nevroleptika, ønsker vedkommende ofte ikke det selv. Vi har funnet en gjennomgang av studier av tvangsmedisinering (Jarret, Bowers & Simpson, 2008). De undersøkte blant annet studier om henholdsvis pasienters og personals syn på tvangsmedisinering. De har valgt ut 14 fagfelleurderte artikler som de har oppsummert. Det kan være vanskelig å finne ut om studiene undersøker korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel eller tvangsmedisinering som behandling, fordi praksis og begrepsbruk varierer mellom ulike land.

Studier om pasienters opplevelser av tvangsmedisinering

Tre av studiene undersøkte også hvorfor pasientene ikke ville ta medisiner. Greenberg et al. (1996) spurte pasienter om dette kort tid etter at de var skrevet ut fra sengepost. De fant at den vanligste årsaken til å nekte medisiner var relatert til bivirkning av medisinene. De fleste av pasientene hadde imidlertid flere enn en årsak til å nekte å ta medisiner. Andre årsaker var at de mente at de ikke trengte hjelp og derfor ikke trengte medisiner, eller at medisinen var giftig, samt å være redd for å bli avhengig av medisinen. Naber et al. (1996) fant også at frykten for eller erfaringen med bivirkninger var den vanligste årsaken til at pasienter nektet å ta medisiner. Den bivirkningen de vegret seg mest for var akatisi. Akatisi er en indre uro og rastløshet i kroppen og er en vanlig bivirkning av nevroleptika (Jarret et al., 2008). Andre årsaker til at pasienter vegret seg for å ta medisiner, var at de generelt hadde en negativt syn på å bruke medisiner og til behandling i sykehus generelt. Schwartz et al. (1988) fant også at pasientene som nektet, gjorde det fordi de mente at de ikke trengte medisiner, at de var forvirret og psykotiske, på grunn av bivirkninger eller de husket ikke hvorfor de nektet.

Fire studier undersøkte pasienters syn på tvangsmedisineringen i ettertid. Dette er intervjustudier av relativt små utvalg av pasienter. Tre studier fant at henholdsvis 60, 30 og 40 prosent av pasientene mente i ettertid at tvangsmedisinering hadde vært nødvendig (Greenberg et al., 1996; Haglund et al., 2003; Luckstead & Coursey, 1995). En fjerde studie som intervjuet og sammenlignet de som nektet med dem som ikke nektet å ta medisiner, fant at de som nektet mente at de ikke hadde trengt innleggelse og medisiner og ikke hadde hatt nytte av dem, mens de som samtykket mente at de hadde trengt innleggelse og at medisinene hadde vært nyttig (Schwartz et al., 1988).

Av emosjonell opplevelse viste en studie at pasientene kjente sinne, tristhet og panikk da de ble tvangsmedisinert og generelt en følelse av krenkelse av deres integritet og psykologisk ubehag. Noen beskrev også at de følte seg dårlige og var redd for å dø som virkning av medisinen. Pasientene i denne studien mente at det hadde forekommet alternativer til tvangsmedisinering (Haglund et al., 2003). Følelse av frykt og maktesløshet ble også beskrevet av Naber et al. (1996). Disse pasientene mente også at tvangsmedisinering ble utført feil og for tidlig. Følelse av sinne og frykt ble også funnet av Luckstead & Coursey (1995). En stor gruppe pasienter i denne studien sa også at de var redd for å nekte å ta medisin ved en senere anledning.

Studier av personalets syn på tvangsmedisinering

Åtte av de 14 artiklene hadde data om ansattes og pasienters meninger om hvorfor tvangsmedisineringen var blitt gjennomført. Syv av disse rapporterte en sterk sammenheng mellom aggressiv og truende atferd og bruk av tvangsmedisinering. Sammen med isolasjon/skjerming og belter er tvangsmedisinering en av reaksjonsmåtene som personalet bruker når de opplever aggresjon eller trusler. En annen studie (Godjonsson et al., 2004) viste at den viktigste grunnen til at tvangsmedisinering ble benyttet, var angrep mot personalet. I dette tilfellet er det sannsynlig at det er snakk om kortidsvirkende legemidler. En annen studie

(Duxbury, 2002) fant at i 70 prosent av tilfellene hvor personalet opplevde verbal vold og trusler ble det benyttet tvangsmedisinering, mens i 47 prosent av tilfellene ble det benyttet isolasjon og belter. Denne studien fant også at en femtedel av episoder med vold kunne knyttes til interaksjon/ samspill mellom pasient og ansatte, og hvor personalet beskylder pasientene for å være aggressive og pasientene beskylder personalet for å være for regelstyrte og kontrollerende. Tvangsmedisinering inngår dermed i en bredere interaksjonistisk sammenheng.

Noen av studiene fant at tvangsmedisinering i hovedvekt ble brukt for å håndtere aggressiv atferd, mens andre igjen fant at tvangsmedisinering ble brukt som behandling. To studier (Steinart & Schmidt, 2004; Greenberg et al., 1996) fant at cirka halvparten av pasientene ble tvangsmedisinert på grunn av aggressiv atferd, og den andre halvparten som behandling. Det kan hende at dette gjenspeiler skillet vi har mellom tvangsmedisinering som intervensjon i en akutt krise, en situasjon som ofte inkluderer en eller annen form for vold og aggressivitet, og som behandling. Ved det siste tilfellet er det snakk om en planlagt intervensjon, som ikke inneholder elementet av akutt-/kriseintervensjon. Tvangsbehandling av denne typen blir som oftest gjennomført som depot medikasjon hver 14. dag. De fant også at en mindre gruppe pasienter ble tvangsmedisinert på grunn av suicidalfare.

To andre studier fant at årsaken til tvangsmedisinering var at pasienten nektet å ta medisiner, i tillegg til å håndtere aggressivitet. Tre studier fant at det at pasienten nektet å ta oral medikasjon som forordnet var den hyppigste årsaken til at tvangsmedisinering ble gjennomført. Greenberg et al. (1996) fant også at nesten halvparten av pasientene som ble tvangsmedisinert ble det som en behandlingsintervensjon og ikke etter en episode med aggresjon.

Tre studier ble funnet som intervjuet personell om deres syn på tvangsmedisinering. Lind et al. (2004) fant at 18 prosent av sykepleierne vurderte tvangsmedisinering til å være den mest etisk utfordrende intervensjonen blant alle formene for tvangsintervensjoner. I Haglund et al. (2003) trakk sykepleiere frem positive aspekter ved tvangsmedisinering, mens pasientene mente at det hadde vært alternativer til tvangsmedisinering da den fant sted, mente sykepleiere at det hadde det ikke. Personalet mente at hvis det hadde forekommet alternativer hadde de bare hatt kortvarig effekt.

Litteraturgjennomgangen konkluderte med at studiene for det meste undersøkte sammenheng mellom diagnose, symptomer og om pasientene i ettertid aksepterte tvangsmedisineringen. Det kan også se ut som om det å nekte medisiner, tolkes som et tegn på manglende innsikt og som et symptom. Det var nesten ingen studier som undersøkte hendelsesforløpet som førte opp til tvangsmedisinering, og ingen studier som utforsket alternativer til tvangsmedisinering. Personalets holdninger og mangel på studier av noen tema antyder at tvangsmedisinering blir tatt for gitt og at det i liten grad blir stilt spørsmål ved nødvendigheten eller av om det finnes alternativer.

Forskjeller mellom personal og pasienter i synet på tvangsmedisinering

Mens pasienter mente at det hadde forekommet alternativer til tvangsmedisinering, mente sykepleiere at det hadde det ikke gjort – det ser ut til å være en forskjell i opplevelsen av nødvendighet og om det fantes alternativer.

En nyere norsk studie viser at bruk av skjerming og belter følger et annet mønster enn tvangsbehandling med legemidler. Studien fant at mens bruk av skjerming og belter var mest assosiert med at personalet oppfattet pasienten som agitert og aggressiv, var bruk av tvangsbehandling mest assosiert med at pasienten hadde fått en schizofrenidiagnose (Husum et al., 2010b). Bruk av skjerming og tvangsmidler kan bli en følge av dårlig kommunikasjon mellom personal og pasient, fordi pasienter føler seg dårlig møtt og respektløst behandlet. Forskjellig syn på behovet for medikamentell behandling kan derimot skyldes forskjellig syn på viktigheten av å bruke nevroleptika ved psykoser, og på forskjellig syn på retten/muligheten til å ikke bruke nevroleptika i behandling. Det har vært noe debatt om hvorvidt mennesker som sliter med psykoser skal måtte la seg behandle med medikamenter eller ikke (Whitaker, 2004). Forskjellig syn på nødvendigheten av medikamentell behandling er sannsynligvis et av de største stridstema mellom brukere av tjenestene og personalet, og som fører til store konflikter, motsetninger og bruk av tvang.

Fortellingen til Kristiansen (2010) viser hvordan ulikhetene i synspunkter på tvangsmedisinering har sammenheng med ulikheter i synet på psykiske lidelser og hvordan disse skal behandles og mestres på en god og positiv måte. I fortellingen viser Kristiansen at hun gjennom mangeårig erfaring med lidelsen, tror hun kan klare å mestre manien og kanskje slippe nye tilfeller ved å unngå stress og øke mestring. Hun opplever at behandlerne på akuttavdelingen betraktet:

”... symptomene mine som vrangforestillinger og som en bekreftelse på at jeg allerede hadde en alvorlig og uhelbredelig sinnslidelse forårsaket av biologisk feil i hjernen”.

Forståelseskløften viser seg dermed allerede i ulike perspektiver på lidelsen, det er en konflikt mellom to ulike virkelighetsoppfatninger, og spørsmålet om tvang handler om definisjonsmakt. Legene vil gi medisiner som skal ”fikse” feilen, mens hun vil ha hjelp til å analysere og tolke symptomene for å lære seg å mestre dem. Hun mener at årsaken til at de fikk en konflikt er at psykiatrien ikke har tradisjon for å betrakte symptomene som en ressurs når det dreier seg om de alvorligste lidelsene.” (s.169). Videre at hun ønsker å ha en mer aktiv og optimistisk tilnærming til lidelsen enn det perspektivet som legges til grunn for tvangsmedisineringen.

I tillegg til å vektlegge andre behandlingstilnærminger enn medisinering, er det også ulikheter og uenigheter i forståelsen i hva man skal samarbeide om. Legen fokuserer på medisiner, selv er hun opptatt av å komme seg med så lite som mulig av medisindoser og med fokus på andre metoder og tiltak. Hun har erfart at samtaler er effektivt og til dels tvangsinngjøring og skjerming. Samtidig kan neddoping og innesperring heller provosere og

gjøre henne så utrygg at manien eskalerer. Hennes erfaringer med hva som hjelper blir imidlertid ikke brukt. Samtidig som hun sier at hun blir veldig voldsom på toppen av mani, noe som er en utfordring for andre, forteller hun også om behovet for å ha en positiv rolle og identitet og at denne forsvinner ved et for ensidig sykdomsfokus. Det er svært vanskelig å unngå definisjonen av sykdom. Hennes motstand og protest mot tvangsmedisinering blir fortolket som tegn på dårlig sykdomsinnsikt og begrunnelse for tvang. Denne formen for definisjonsmakt øker forståelsesforskjellene og gjør at samarbeid blir vanskelig. Hun mener derfor at pasientens subjektive opplevelser og erfaringer i større grad må vektlegges. Dette forutsetter et mer likestilt forhold mellom profesjonell (her medisinsk) kunnskap og brukernes erfaringskompetanse.

Relasjon og kommunikasjon

Flere studier viser at opplevelser av tvangsbruk blir påvirket av både formell og uformell bruk av tvang, makt og kontroll. Som det har fremkommet implisitt i de tidligere punktene, kan relasjons- og kommunikasjonsformer med ansatte ha stor betydning for tvangsopplevelsen, herunder opplevelsen av nytte og skade av denne (se blant annet Høyen et al., 2000; Olofsson, 2000; Holte, 2001; Iversen et al., 2002; Sørgaard, 2004; Karlsson, 2004; Norvoll, 2007; Svindseth et al., 2007; Furre & Heyerdahl, 2010; Norvoll et al., 2008; Ingeberg & Veia, 2006). Flere internasjonale og nasjonale studier viser at opplevelsene av skadelige hendelser ved tvang forsterkes ved samtidige opplevelser av dårlig kommunikasjon med personalet. Dette kan være mangel på forståelse og det å ikke bli tatt alvorlig, avvisning, ydmykelse og straff (se også Kogstad, 2009 og Robins et al., 2005).

Lidz (2011) eksemplifiserer relasjonens betydning ved å fortelle om en mann som ble tvangsinnlagt av sin kone. Han opplevde ikke å bli krenket eller utsatt for tvang, men mente derimot at hans kone hadde moralsk rett til å ta initiativ til tvangsinnleggelse når hun mente at han trengte det. Det kan se ut som om at hvis tvangen utføres av en man kjenner og har en positiv relasjon til så oppleves det som mer moralsk riktig, enn hvis det er en fremmed som utfører den (jf. også Øye, 2011). Vedkommende mente at tvangsinnleggelse kan bidra til å ivareta verdighet, og at hensynet til verdighet må veie tyngst uansett tvang eller ikke. Dette kan kanskje forklares ved at vi har en intuitiv formening om at innenfor en nær relasjon har vi også rom for å sette grenser for hverandre, presse hverandre og til og med bruke tvang mot hverandre. Dette står i motsetning til at vanlig praksis i Norge er å tilstrebe å unngå at pårørende skal stå ansvarlig for tvangsinnleggelsen, for å unngå at dette blir belastende for relasjonen mellom dem.

I boken "Brev til en minister" av Vaaland (2007) beskrives flere eksempler på hvordan dårlig kommunikasjon og opplevelser av lite respektfull kommunikasjon med helsepersonell fører til opplevelse av krenkelse og misfornøydhet med behandlingen/tjenesten. En dårlig relasjon og opplevelse av å bli behandlet med for lite respekt ser ut til å forsterke tvangsopplevelsen.

Noe som går igjen i historiene er at mange har vonde opplevelser fra tidligere, og trenger langt mer varme, kjærlighet og omsorg enn det sykehuset opplever å kunne tilby.

"Det er her kreftene og midlene burde settes inn, så enhver kan få den hjelpen han trenger for å klare seg i samfunnet, ikke rykkes opp med roten og låses inne" (ibid, s.20).

En ung kvinne med diagnose schizofreni viser til dårlig behandling på trygdekontoret. Hun viser til sine svake skriveressurser som gjør at jobb rehabilitering virker uhensiktsmessig, og til en generell opplevelse av å bli "holdt nede med tvang hele mitt liv" samt at "disse onde mennesker vil igjen sperre meg inne" eller "leke katt og mus med meg". Det kan benevnes som "mistillitens og avmaktens problem og gi mer "generaliserte tvangsopplevelser" (jf. Norvoll, 2007). Vaaland beskriver det som et livsløp hvor tapsopplevelsene står i kø, i dette inngår tvangsopplevelser og frykt for ny "innesperring". Fortelleren beskriver at hun ser det "håpløse" i tilværelsen og skjønner godt andre som har tatt selvmord. Slike beskrivelser viser hvordan tvangsopplevelsen inngår i generelle avmaktsopplevelser, og peker indirekte de utfordringer som de ansatte møter hvis de prøver å endre disse.

Dette antyder at opplevelsen av å bli utsatt for krenkelse og respektløshet er en videre opplevelsen enn selve tvangsepisoden i seg selv. Dette synspunktet støtter Svindseth (2010) i sin doktorgrad; at det er noe grunnleggende i møtet mellom pasient og helsepersonell som gir opplevelsen av krenkelse. Dette gir en forklaring på det som er beskrevet tidligere, at pasienter ikke nødvendigvis har en sterk opplevelse av krenkelse selv om de blir utsatt for formell bruk av tvang, og tilsvarende at pasienter som ikke har vært utsatt for formell bruk av tvang kan ha en sterk opplevelse av krenkelse. Dette kan tolkes på i hvert fall to måter. At det er møtet og relasjonen mellom helsepersonell og bruker som skaper opplevelsen av møtet, og/eller at dersom tvangen blir utført innenfor en ramme av en god relasjon og respektfull behandling, så kan opplevelsen av krenkelse bli mindre.

Sørgaard (2004) finner i sin intervensjonsstudie ved to akuttposter med til sammen 190 innlagte pasienter at opplevd tvang og negative opplevelser av tvangsbruk ofte er relatert til opplevelser av nedlatende kommunikasjon, fysisk trakassering og krenkende kommunikasjon. Videre har vekten på kontroll av atferd betydning. På samme vis oppleves militante, dresserende, oppdraende og kommandere kommunikasjonsformer i akuttposter negativt av pasientene (Holte, 2001; Norvoll, 2007, Norvoll et al., 2008, Karlsson, 2004).

En annen brukerstyrt studie (Gilburt et al., 2008), finner at relasjoner som har god kommunikasjon, er kultursensitive og med fravær av tvang fører til at pasienten opparbeider tillit og opplever sykehuset som trygt. Barrierer til en god relasjon var ineffektiv og negativ kommunikasjon, mangel på tillit, en opplevelse av at personalet er ineffektive i å forebygge vold og/ eller er voldsutøvere selv, samt bruk av tvang. Studien underbygger annen forskning som fremhever viktigheten av en terapeutisk relasjon for å skape et trygt og terapeutisk miljø under sykehusoppholdet for mennesker med i psykiske kriser. I dette perspektivet vil

det å bruke lengre tid på å bygge opp tillit og relasjon på sikt gi bedre behandlingsforløp, enn ved å bruke tvang tidlig i et forløp. Her møtet vi på en utfordring fordi mye av psykosebehandling i dag vektlegger viktigheten av å gi behandling tidlig og begynne tidlig med medikamentell behandling ved et psykoseutbrudd (TIPS).

I likhet med hva man finner i en rekke undersøkelser, ønsker pasientene mer respektfulle, omsorgsfulle og dialogbaserte tilnærminger fra personalets side for å redusere den subjektive lidelsen (se blant annet Olofsson 2000; Björkmann et al., 1995; Hafstad, 2000; Rådet for psykisk helse, 2004ab; Goodwin et al., 1999; Meehan et al., 2000; Martinez et al., 1999; LeGris et al., 1999; Kogstad, 2004; Lorem, 2005; Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008). Mange pasienter opplever at personalet på akuttpostene har for ensidig fokusering på sykdomsproblemer og tvang. De ønsker en mer tillitsfull, anerkjennende og frivillig tilnærming fra personalets side, som inkluderer og stimulerer deres voksne selvidentitet og ressurser. Pasientene ønsker også at personalet inngår i en mer åpen dialog hvor de til forsøker å forstå pasienten.

Også andre undersøkelser viser betydningen av relasjon og kommunikasjon for opplevelsen av tvang. To norske studier av brukernes tilfredshet med poliklinikkene og døgninstitusjoner i psykisk helsevern (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005, 2006) finner at brukerne ofte er godt fornøyde med den mottatte behandlingen. Fornøydheten med sykehusinstitusjonene er lavest. De som opplevde tvang i behandlingen, var mindre fornøyde enn de som opplevde behandlingen helt frivillig. Nedlatende eller krenkende atferd fra personalets side samt redusert innvirkning på behandlingen førte til redusert fornøydhet.

Et punkt som fremkommer i flere bidrag (Olofsson & Nordberg, 2000; Hem, 2008), er at alle parter kan være enige om at kommunikasjon og relasjon er svært viktig og kan føre til at man opplever situasjonen tryggere. I praksis forekommer det samtidig vanskelige samhandlingssituasjoner hvor de ansatte på sin side beskriver at de opplever det vanskelig eller umulig å komme i kontakt med pasienten. Pasienten på sin side sier at de ønsker mer kontakt med de ansatte. Ønsket om mer kontakt er derfor gjensidig, men både personalet og pasientene har en opplevelse av å ikke få til å få kontakt med hverandre.

Hem (2008) viser hvordan interaksjonen mellom en opprørt og sint pasient og ansatte i slike situasjoner lett kan ta form som en mistillitspreget kommunikasjon hvor de ulike partenes forsøk på å oppnå kontakt mislykkes dersom de ikke klarer å finne et holdepunkt for tillit som de kan arbeide videre ut i fra (se også Norvoll, 2007 om de vanskelige uro-tilstandene). Slike situasjoner krever at personalet klarer å overkomme spontane følelser av utrygghet og sinne, slik at de kan nærme seg pasienten på en mer profesjonell og konstruktiv måte hvor man forsøke å finne nøkkelen inn til en begynnende og tillitsfull dialog.

Flere senere studier av tilbud utenfor sykehusene, herunder ACT-team og lavterskelteam, viser at negative tvangsopplevelser har dårlig innvirkning på behandlingsprosessen, dårlig relasjon med personalet, ikke å bli anerkjent som en autonom person og opplevelser der

personalet invaderer privatlivet. De finner at relasjonen er sentral for opplevelsen av behandlingsutbytte og som en viktig motsetning til tvang. Brukerne fremhever at samarbeidende og gjensidige tillitsfulle relasjoner med de ansatte, var viktig motvekt mot negative tvangsopplevelser. En relasjon som var preget av forpliktende, utholdende og tilgjengelig personale, som ga anerkjennelse av behovet for sosial støtte og hjelp med hverdagslige aktiviteter (se blant annet Thorgersen et al., 2010; Olsø et al., (in press); Almvik et al., 2011).

Ulike syn på brukermedvirkning og innsikt

En faktor som vi har vært innom, og som beskrives i flere studier er pasientenes opplevelse av avmakt og manglende medvirkning når de blir utsatt for tvang (Johnsson, 1998; Karlsson, 2004; Kogstad, 2009; Norvoll, 2007; Thune, 2008; Vaaland, 2007). De to ovennevnte nasjonale studier av brukernes tilfredshet med poliklinikkene og døgninstitusjoner i psykisk helsevern (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005, 2006) finner også at en redusert innvirkning på behandlingen førte til redusert fornøydhetsgrad med behandlingen og tjenestene.

Misnøye som følge av manglende involvering og medvirkning i behandling, er også beskrevet i flere studier av tvangsinnleggelse (Eriksson & Westrin, 1995). Som beskrevet i tidligere bidrag har spørsmålet om man blir inkludert i beslutningsprosessen betydning for opplevelsen av tvang i negativ og positiv forstand. Faktorer knyttet til legale forhold og negativt press påvirker pasientenes opplevelse av tvang (Lidz et al., 1995). Der pasienten føler seg sett, hørt og møtt med respekt og verdighet kan dette redusere opplevelsen av tvang vesentlig.

Svindseth et al. (2007) finner også at opplevelse av å bli respektfullt behandlet, lyttet til og å få en rasjonell forklaring på avgjørelsen om tvangsinnleggelse (jf. procedural justice) førte til en redusert opplevelse av krenkelse. Pasientene ønsket voksen, rasjonell og åpen kommunikasjon om hvorfor det var nødvendig med innleggelse og eventuelt bruk av tvang.

Det synes også å være en forskjell i ansattes (spesielt i lukkede sykehusposter) vurdering av pasientenes innsikt og evne til å motta informasjon og pasientens ønsker om informasjon og medvirkning. Selv om pasientene i eksempelvis en akutfase kan ha vanskeligheter med å motta og forstå informasjon, kan den kontinuerlige og stabile misnøyen med mangel på informasjon og medvirkning tyde på at det er en forståelseskløft på dette området. Hamilton & Roper (2006) kritiserer "innsiktbegrepet" som en "tatt-for-gitt" definisjon innen forskning og praksis. Ved å vise til sosialteori, brukerperspektiv og tverrfaglig forskning argumenterer han for at helsepersonell har en enkel biomedisinsk forståelse av innsikt, som kan virke diskvalifiserende og umyndiggjørende. Ikke minst kan begrepet kritiseres for å være et uttrykk for definisjonsmakt og en måte å diskvalifisere brukernes meninger på. Hvis en pasient protesterer på behandlingen eller tvangsinnleggelsen kan vedkommende for

eksempel bli karakterisert som å mangle "sykdomsinnsikt". Beck-Sander (1998) mener at individer hvis forklaring på sine psykiske problemer ikke samsvarer med de profesjonelle sin forståelse, ofte blir definert som å mangle "innsikt" i sin egen lidelse. Diskursen om pasienten mangler sykdomsinnsikt eller ikke, kan i dette perspektivet dreie seg om at vedkommende har en annen forståelse av årsaken til at de sliter psykisk enn den de profesjonelle har.

Benson, Secker, Balfe, Lipsedge, Robinson & Walker (2003) fant at posisjonen og oppfatningen til leger og sykepleiere om årsaken til aggressiv atferd forandret seg gjennom et langt dybdeintervju. De tror at dette sannsynligvis gjelder for personalets mening om innsikt også. Innsiktbegrepet er ingen objektiv sannhet, men vil som annen fortolkning være situasjonsbestemt og relativ. I følge Leishman (2003) vil dekonstruksjon av innsiktbegrepet i et maktperspektiv være en aktivitet som kan endre maktforhold i seg selv, og som kan føre til endrede praksiser.

4. Hva kan bidra til å redusere forståelseskjøften?

I dette kapitlet vil vi diskutere mulige implikasjoner for fag- og kvalitetsutvikling av tjenestene i tiden fremover. Ut i fra funnene er det en del områder som utkrystalliserer seg som aktuelle områder å planlegge intervensjoner på, for å minske forståelseskjøften mellom brukere og ansatte. Disse områdene inkluderer også faktorer som vi innledningsvis fremhevet som sentrale for konstituering av ulike livsverdener hos ansatte og brukere i punktet om analytisk perspektiv. Litteraturstudien viser at en reduksjon av forståelseskjøften vil kreve en innsats på flere områder. Dette samsvarer med erfaringer fra arbeid med tvangsreduksjon, alternativer til tvang og økt brukerinvolvering generelt (se gjennomgang av internasjonal og nasjonal litteratur i Norvoll, 2008, samt Visalli & McNasser 1997, 2000; Huckshorn, 2003, 2005; Gaskin, Elsom & Happell, 2007).

Bedre samsvar med kunnskapsgrunnet, praksis og brukernes erfaringer og behov

For å redusere forståelseskjøften trengs det samkjøring av behandlings- og hjelpefilosofier med brukernes erfaringer med psykiske lidelser og av hva som bidrar til å redusere eller mestre disse. Dette innebærer blant annet videreutvikling av det profesjonelle kunnskapsgrunnet for tjenestene som beskrevet i rapporten.

I tillegg påpekes det i mange bidrag viktigheten av strukturendringer av tjenestene på de områder som skaper og underbygger forståelseskjøften, og at man utvikler tjenester, yrkesroller og postkulturer som virker mer ivaretaende, omsorgsfulle og konfliktdepende eller konfliktforebyggende (se blant annet Visalli, 2000, Norvoll, 2008).

Et annet tiltak som kan bidra til å redusere forståelseskjøften er å utvikle mer løsningsbaserte kulturer eller initiere til lærende prosesser og arbeidsformer i samarbeid med pasientene som kan bidra til å redusere misnøye med behandlingen og tvangsbruken fordi den i større grad imøtekommer brukerens synspunkter og behov. Viktigheten av dette ble tydelig i BAT-prosjektet (Norvoll et al., 2008) hvor personalet i flere poster ble opptatt av å skape mer fleksible, kreative og løsningsorienterte postkulturer for å unngå tvang, spesielt hos misfornøyde pasienter. I disse postene fremhevet personalet i økende grad at alternativer til tvang handler om at man blir orientert mot å finne andre løsninger enn tvang sammen med pasientene og prøve ut disse sammen. Tvang handler om å ha en "Kultur for å løse ting på den måten". Personalet fortalte om en ny løsningsmentalitet og at de hadde blitt mer kreative på dette området enn tidligere. Løsningsorienterte kulturer handler om å åpne opp for kreativitet sammen, prøver dette ut og å evaluere i etterkant. Den løsningsorienterte kulturen innebærer mye diskusjoner i personalgruppa om hva man skal gjøre, og hvordan man skal løse situasjonene.

I tillegg innebærer den at man i økende grad involvert pasientene ved at de kan komme med ønsker og forslag til tiltak som kan hjelpe. Denne orienteringen innebærer også en økt toleranse overfor pasientene egenart og synspunkter.

Styrking av relasjonen og dialogen mellom ansatte og brukere

Man må i større grad ta innover seg de ulike utgangspunktene til de enkelte aktørene og søke å forstå og anerkjenne den andres perspektiv som meningsfulle (jf. demokratisk dialog og anerkjennende perspektiver). Det er viktig at de ansatte tar brukerens virkelighetsforståelse mer på alvor, og drøfter synspunktene, samt arbeider for å "validere" pasientens antakelser når disse fremstår som eksempelvis vrangforestillinger eller lignende. Brukernes eksistensielle behov og opplevelse bør få større plass i møtet mellom helsepersonell og pasient/bruker.

Andre forhold er viktigheten av bedre organisatorisk og behandlingmessig responsivitet til den enkeltes behov gjennom bedre dialog.

Flere av studiene i denne rapporten viser behovet for og nytten av bedre dialog mellom ansatte og personalet både utenfor og innefor sykehus. Blant annet BAT-prosjektet viste at bedre relasjon med pasienten og bedre dialog gjennom de vanskelige situasjonene, gjorde både ansatte og brukerne tryggere. Den bedre kommunikasjonen førte til at man kunne løse situasjonen på andre måter enn gjennom tvang. Videre viste Almvik et al. (2011) og Olsø (in press) studie av oppsøkende team, at dersom det etableres en langvarig stabil og tillitsfull kommunikasjon over tid, hvor partene kjenner hverandre, så har de mye mer å spille på i krisesituasjonene. De involverte blir også mindre utrygge slik at krisen kan løses på en god måte og ofte uten bruk av tvang.

Økt brukermedvirkning i tvangssituasjonene

De internasjonale og nasjonale studiene som er beskrevet i rapporten viser at økt likeverd mellom ansatte og brukere, samt økt inkludering av brukernes synspunkter på behandlingsutformingen og tvangsbruken, er sentral for å redusere misnøyen hos brukerne når det gjelder tvang.

Et viktig område for å redusere forståelseskløften er dermed å tilrettelegge for mer samarbeidende arbeidsformer med brukerne. Dette aspektet er også tydelig i de senere studier av tilbud utenfor institusjon som vi har beskrevet i rapporten.

Et viktig område vi har diskutert i denne studien er å bedre dialogen mellom ansatte og brukere. Studier av tvangsreduksjon, viser også at andre former for brukermedvirkning kan ha betydning. Dette kan være å inkludere brukerne i utforming av tjenestene og kvalitetsutviklingsarbeid som eksempel deltakelse i ulike brukerutvalg og sentrale utvalg/komiteer,

eller å ansette brukere som kan være talsmenn for sårbare pasienter. For eksempel ved at brukere av tjenestene og personer med erfaringskompetanse er med på review av klager fra pasienter. Videre en utvikling av rapporterings- og dokumentasjonsformer som i større grad inkluderer pasientens meninger og synspunkter på vanskelige og tvangsrelaterte situasjoner. En måte å skape lærende prosesser på og samtidig redusere skadevirkningene etter bruk av tvang at ved å bruke de er med på debriefing etter hver hendelse. I tillegg vil det være nødvendig med mer informasjon til pasientene om hvorfor og hvordan tvang blir benyttet.

Økt sensitivering og kompetanse hos personalet om effekter av tvangsbruk

Et viktig område som diskuteres er også å øke personalets holdningskompetanse ved at personalet kontinuerlig skal vise holdninger om respekt og empowerment til pasienter og personalet (Visalli & McNasser, 2000; Huckshorn, 2004, 2006). Flere fremhever også betydningen av "sensitivering" hos ledelse og personalet om pasienters opplevelser av tvang som et viktig tiltak for å utvikle alternativer til tvang.

Wynn (2003) mener at personalet trenger mer informasjon om negative effekter av isolat og belter og mer opplæring av personalet når det gjelder å håndtere aggressive og voldelige pasienter på en mindre restriktiv måte. Siden opplevelsen av vold og farlighet er en så sterk grunn til tvangsintervensjonene er det viktig å gå mer inn i denne problematikken når man skal vurder alternativer til tvang.

Som beskrevet i rapporten undervurderer ofte personalet belastningene ved tvangsbruken. Det kan være flere årsaker til dette. At man inngår i en ansattrolle hvor man selv ikke berøres av tvangen på samme måte (for eksempel har nøkkel til å komme seg ut av den lukkede døren), eller at tvangen kan ta en rutinemessig karakter. Videre viser empatiforskning at empatien reduseres dersom den andre ikke oppleves som et likeverdig menneske.

En vesentlig side ved samhandling mennesker i mellom (herunder i en hjelperelasjon), er at man er i stand til å ta den andres perspektiv og rette sin atferd etter dette. Asplund (1997) beskriver dette som sosial responsivitet. Å ta den annens perspektiv er samtidig ikke alltid lett: empatiutfordringen fordrer en refleksivitet, en stadig refleksjon over det som skjer i møte med den andre. Nafstad (2003, s. 112) oppsummerer betingelser som forskjellige forskere og teoretikere mener er nødvendige for å utvikle og utvise empati. For at en omsorgsgiver skal føle omsorg for en annen, må *den andre oppfattes eller defineres som en person og et medmenneske* med tilsvarende behov og rettigheter som en selv. Da er muligheten til stede for medopplevelse og empatisk identifikasjon med den andre. Det er lettere å ha empati med noen man har direkte og umiddelbar kontakt med, snarere enn distansert kontakt.

Det er enklere å identifisere seg empatisk med den andre når vi kan se og gjenkjenne den andre personens følelser og hensikter. Vi identifiserer oss ikke med uttrykk som er utenfor

vårt emosjonelle repertoar for gjenkjenning. Av den grunn vil personer med lignende erfaringsbakgrunn sannsynligvis være mer responsive og sensitive fordi de gjenkjenner den andres følelser og reaksjoner, enn personer med forskjellige bakgrunn. Dette punktet kan utgjøre en spesiell utfordring når hjelpeapparatet møter mennesker med ulik kulturell bakgrunn. Det er enklere å identifisere seg med personer vi har et nært og intimt forhold til, slik som våre barn og vår familie, venner og slektninger. Psykologisk og sosial distanse synes å være en avgjørende faktor. *Jo større den sosiale distansen er, desto mindre er sjansen for empatisk identifisering.*

I følge Levinas (i Nafstad, 2003) kan det at man ser den andre som en abstrakt diagnostisk kategori, føre til at man ikke ser personen eller medmennesket, men bare kategorien. Hvis slike holdninger får dominere, kan dette føre til at medmenneskelighet og sensitivitet forsvinner, og dermed også inntoning og autentisk kommunikasjon med brukeren/pasienten: *"Klientens spesielle lidelse og sorg blir ikke sett og bekreftet som annet enn et tilfelle i en kategori. Dette blir alt annet en direkte og spontan medmenneskelighet, s. 114"*.

Flere andre bidrag peker også på viktigheten av at personalet i større grad opparbeider seg en større forståelse av hvordan pasientene kan oppleve tvangsbruken, blant annet gjennom ulike former for sensitivering av personalet. I BAT-prosjektet (Norvoll et al., 2008) mente eksempelvis noen brukerrepresentanter at det er viktig at personalet i økende grad forstår tvangens konsekvenser og hvordan det kan oppleves å være i en tvangssituasjon. De mente at personalet kan ha for rutinemessig og likegyldig forhold til tvangsbruken. *"At personalet ikke ser skikkelig hva det gjør med brukeren. At det oppleves mye verre enn det som en del av personalet oppfatter det som. For de blir det mer rutine. Men for brukeren kan det være et stort traume."* (s.46). De fremholder også at det er viktig at brukere som har vonde opplevelser "blir trodd" når de forteller. Det må være respekt for den andres fortelling hos personalet. Personalet må klare å ta diskusjonen om at tvangen ikke var ok, også i ettertid. Flere mente at personalet er for lite flinke til å snakke om krenkelsene, og nekter å forholde seg til dem når pasientene gir tilbakemeldinger i posten. De gir ofte ikke anledning for pasientene til å snakke om de vonde opplevelsene. Gjennom disse reaksjonene fastholder de imidlertid opplevelsene av krenkelse og traume.

I den internasjonale litteraturen peker man på flere ulike metoder for å øke sensitiveringen hos personalet (se Norvoll, 2008): ha brukere med i undervisning og planleggingen av utformingen av tjenestene og posten, brukerundersøkelser herunder kvalitative intervjuer, undervisningsformer som inkluderer brukeres synspunkter og opplevelser av tvang (se bla nt annet SAMSHA, 2005).

Flere bidrag (se Norvoll, 2008), herunder Wynn (2004) anbefaler også bedre debriefing med pasientene etter bruk av belter og øvrige tvangsformer for å redusere opplevelsen av krenkelse og for å diskutere alternative metoder med pasienten og pårørende. Disse kan inkluderes i brukerens behandlingsopplegg, individuell plan og eventuelt kriseplan.

Refleksjons-og veiledningsgrupper

For å utvikle holdningskompetanse er refleksjon viktig, både gjennom profesjonsutdanningene og gjennom ulike refleksjons- og veiledningsgrupper i praksis hvor man kan se nærmere på situasjoner hvor det foreligger en forståelseskluft mellom de ansatte og brukeren.

Det påpekes at det er viktig at personalet reflekterer over egne antakelser og verdier i forhold til pasienter med psykiske problemer, relasjoner med pasienten og antakelser om tvangsbruken (se blant annet Huckshorn, 2003). Det er særlig viktig å gripe fatt i vanlige "myter" om tvang, eksempelvis at den bare brukes ved farlige situasjoner eller når nødvendig, for å utvikle mer nyanserte vurderinger i personalgruppen.

Flere studier påpeker også viktigheten av økt etisk refleksjon og veiledning i forhold til tvangsbruk fordi tvangsutøvelse gjenspeiler mange etiske dilemma for personalet som kan være vanskelig å bære alene. En svensk studie av legers, sykepleieres og pasienters opplevelser av tvang (Olofsson, 2000) viser mange ulike dilemma personalet står ovenfor, Også i to andre oppgaver innen sykepleiefaget (Hauan, 2004; Henriksen 2004) forteller sykepleiere om mange praktiske og etiske dilemma i forhold til bruk av tvang.

5. Oppsummering av resultater og veien videre

I dette avsluttende kapitlet vil vi oppsummere noen av de faktorene vi har funnet som har betydning for forståelseskjøften mellom brukere i ansatte i synet på bruk av tvang. Som det fremgår av litteraturstudien omhandler mange studier av sykehusposter. Selv om funnene ikke kan overføres direkte til andre kontekster, kan de benyttes som utgangspunkt for å diskutere og vurdere pasienters misnøye og kommunikasjonskløfter i andre sammenhenger innen det psykiske tjenestetilbudet.

I denne gjennomgangen av litteratur og studier av forståelseskjøften mellom de misfornøyde brukere og ansatte i de psykiske helsetjenestene om tvang, har vi funnet at følgende momenter går igjen i forskjellene i opplevelser og som potensielt er konfliktskapende:

Forskjeller i menneskesyn og forskjellige "bilder" av pasientene

Vi har funnet forskjeller i grunnleggende menneskesyn og syn på mennesker med psykiske problemer. Videre at den kustodielle tradisjonen avler et pesimistisk menneskesyn og et negativt bilde av pasientene som kan oppleves belastende og krenkende for pasientene. Pasientene kan også føle at de blir utsatt for en reduksjonisme ved at de blir vurdert for mye ut i fra deres symptomer eller for mye som representant for en diagnostisk gruppe. Under dette punktet finner vi også at det kan foreligge et sterkt fokus på farlighet fra personalet sin side. Mens pasientene ikke opplever at de er farlige, kan personalet ha en overdreven fokus på farlighet, kontroll og orden. Pasientene kan også oppleve at de utviser reel og betimerlig protest mot behandlingen og at dette blir tolket som "sykdom" og som et symptom. Vi finner også at overdrevent fokus på en patologiserende "sykdomsmodell", kan føre til motsetning og kommunikasjonssvikt mellom ansatte og pasienter. Et gjennomgangstema er at pasientene føler at personalet ser på dem som anderledes enn dem selv, og at personalet opererer med et skille mellom dem selv og pasientene.

Ulike syn på tvang

En av de mest fremtredende forskjellene mellom pasienter og personalet er i synet på bruk av tvang. Vi finner forskjell i holdninger til tvangsbruk og at det kan være ulike oppfatninger mellom personal og pasienter om hvor mye tvang vedkommende er blitt utsatt for. Det kan også være forskjellige fortolkninger av når det er brukt tvang. Vi finner gjennomgående at personalet ofte kan undervurdere hvor belastende og krenkende det kan være å bli utsatt for tvang, og at de kan undervurdere skadevirkningene krenkelsene gir. Et hyppig forekommende funn er også at mens personalet mener at bruk av tvang har vært nødvendig og at det ikke fantes noe alternativ, mener pasientene ofte at tvangen var urettmessig og at det fantes alternativer til å bruke tvang i situasjonen. Det er verdt å merke seg at dette er

generelle gjennomgående funn i studier og erfaringsbaserte beskrivelser og at det alltid vil forekomme individuelle forskjeller mellom ansatte og brukere i tjenestene.

Ulike syn på psykiske lidelser; årsaker og behandling

Videre finner vi forskjeller mellom pasienter og personal i behandlingssyn og i synet på hva som er god behandling. Mens de misfornøyde brukerne ofte mener at de sliter med skader etter traumer og krenkelser (vold, overgrep, sorg, tap, avvising, ensomhet, frykt med mer) kan personalet arbeide etter en modell om at pasienten har en sykdom (angst, depresjon, psykose), som skyldes en arvelig sårbarhet. Pasientene legger ofte vekt på at de trenger andre intervensjoner enn kun medisiner. Dette kan dreie seg om samtaler eller om å få dekket grunnleggende behov, som bolig, arbeid, utdanning, nettverk eller at de har dårlig økonomi og /eller helse. Noe vi ofte finner når vi leser brukeropplevelser og fortellinger er at brukerne kan oppleve den hjelp de mottar som meningsløs i forhold til hva de opplever at de trenger.

Utfordringer i relasjon og kommunikasjon

Et annet gjennomgangstema at brukerne kan oppleve at de har en dårlig relasjon og kommunikasjon med personalet under sykehusinnleggelsen. Dette gir seg ofte uttrykk ved at brukerne opplever å bli respektløst behandlet og at deres eksistensielle behov ikke blir møtt. Det går igjen at de savner å bli behandlet med mer respekt og verdighet, og generelt som en mer ansvarlig voksen person. Brukere og ansatte kan også ha forskjellige tidsopplevelser, noe som også legger grobunn for missforståelser og forskjellig syn mellom brukere og ansatte. Mens de innlagte er opptatt av hele livet sitt, alt de har opplevd og alt de kommer til å oppleve, har personalet ofte fokus på her og nå situasjonen. De kan være opptatt av å holde ro og orden i sykehusposten, og av denne innleggelsen. Organisering av tjenestene kan gi strukturelle rammebetingelser for ansattes opplevelse av pasientene. Mens personalet bare ser en pasient, en psykisk syk person i en kort periode, opplever brukerne for eksempel at de har flere roller, kontekster og nettverk. Personalet kan således sies å ha et for reduksjonistisk syn på de innlagte.

Ulike syn på brukermedvirkning og innsikt

Et annet viktig funn er at pasientene ofte ønsker mer dialog, medvirkning og å bli tatt mer på alvor. Å bli hørt og inkludert i beslutningene reduserer opplevelse av misnøye og krenkelser. Forståelseskjøften mellom ansatte og brukere kan påvirkes av at de ansatte for eksempel er opptatt av at den innlagte ikke har "sykdomsinnsikt" eller trenger å bli skjermet fra inntrykk, samtale og stimuli. Det pasientene sier kan også bli tolket som symptomer og ikke bli tatt på alvor som meningsfull kommunikasjon. Dette legger grobunn for at brukerne ikke opplever å bli tatt på alvor og lyttet til.

Intervensjoner som kan redusere forståelseskloften

Rapporten presenterer også ulike intervensjoner som kan minske forståelseskloften mellom brukere og ansatte når det gjelder bruk av tvang. Disse er blant annet:

- Økt brukermedvirkning og deltagelse på mange nivåer i tjenestene. Ta tilbakemeldinger fra brukere på alvor.
- Debrifing etter tvangsepisoder, utvikling av lærende prosesser i personalgruppene.
- Diskusjon om kunnskapsgrunnlag, forskning og fagutvikling, inkludert forskningsmetodikk.
- Opplæring, bevisstgjøring og trening av personell i konflikthåndtering, samhandling og kommunikasjon som ikke fremmer, men hemmer opplevelse av avmakt og aggressivitet. Trening i relasjonelle ferdigheter, etisk refleksjon, refleksivitet, empatiutvikling, kommunikasjon og dialog.
- Opplæring og trening av brukere i sinnemestring og ikke aggressiv kommunikasjon. Generelt øke og bedre kommunikasjon mellom personalet og pasientene ved å fremme mer og bedre dialog.
- Samkjøring av behandlings- og hjelpefilosofier med brukernes erfaringer med psykiske lidelser og av hva som bidrar til å redusere eller mestre disse. Dette innebærer blant annet videreutvikling av det profesjonelle kunnskapsgrunnlaget for tjenestene som beskrevet i rapporten.
- Gi mulighet for medikamentellfri behandling og generelt fler frivillige behandlingstilbud. Utvikle flere forskjellige behandlingstilbud.

Veien videre

Denne litteraturstudien er relativt begrenset gitt rammene for prosjektet. I tiden fremover vil det være viktig med utfyllende litteraturstudier og empiriske undersøkelser for å gå i dybden på faktorer som kan forklare at forståelseskloften oppstår og til utprøving og utvikling av tiltak som kan bidra til å redusere denne. Et viktig funn i denne analysen er at forståelseskloften i tvangssituasjonene ofte henger sammen med mer overordnede og grunnleggende ulikheter i blant annet menneskesyn, syn på psykiske lidelser og på hva som er god behandling. Videre synes det å være noen grunnleggende forskjeller i synet på omfanget av tvang og belastningene av det å bli utsatt for tvang mellom ansatte og misfornøyde pasienter. I tillegg kan det være ulike synspunkter på hvorvidt tvangsbruken er rettferdiggjort. Fremover trengs det mer forskning på de enkelte problemstillingene, for å bedre forstå og utvikle metoder med tanke på redusere forståelseskloften mellom brukere og ansatte.

I tiden fremover vil det også være viktig å utvikle frivillige behandlingsformer som i større grad treffer de misfornøyde pasientenes behov. Litteraturstudien viser en tendens til at

effektstudier av tvang ofte benytter måleinstrumenter som kun i begrenset omfang belyser pasientenes subjektive opplevelser og erfaringer. Mange bidrag forklarer også misnøye, opplevelse av at tvangen ikke er rettferdig, samt motstand mot tvang og medisinerings med at pasientene er kjennetegnet ved manglende sykdomsinnsikt, alvorlig diagnose og/ eller som et symptom på lidelsen. Selv om spørsmål om lidelse og innsikt kan være relevante, gir denne formen for analyse likevel problemer fordi det lett kan ta form som en lukket forklaringsform. Dette kan føre til at det i for liten grad analyseres betydningen av selve behandlingen og tvangsutøvelsen. Misnøye kan i et slikt perspektiv heller sees på som en kilde til tilbakemelding om behandlingens kvalitet. Ved å ha en mer proaktiv, åpen, undersøkende og reflekterende innstilling til de misfornøyde pasientens tilbakemeldinger, kan man i større grad åpne opp for deres tilbakemeldinger som en viktig kunnskapskilde til kvalitetsutvikling av tjenestene.

Referanser

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, T. & Norvoll, R. (2011). „Å lage farger på livet til folk“. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154-163.
- Asplund, J. (1987). *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Korpen.
- Andersen, A. T. (2007). *Integritet og rom. Om hvordan pasient og miljøpersonale opplever å være i samme rom over et lengre tidsrom i en psykiatrisk akuttavdeling*. Masteroppgave. Oslo: Universitet i Oslo.
- Beck-Sander, A. (1998). Is insight into meaningful? *Journal of Mental Health*, 7, 585-588.
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E. & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Benson, A., Secker, J., Balfe, E., Lipserge, M., Robinson, S. & Walker, J. (2003). Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Social Science and Medicine*, 57, 917-926.
- Bjerkan, A-M, Pedersen, P-B. & Lilleeng, S. (2009). *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF – rapport 4/09. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Blindheim, M. (2001). Kan behandling skade? *Rus & avhengighet*, 4.
- Bohner, G. & Wänke, M. (2002). *Attitudes an attitude change*. Cornwall, UK: Psychology Press.
- Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, F., Nijman, H., Simpson, A. & Van Der Merwe, M. (2010). Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 873-880.
- Brown, J. & Sharon, T. (1992). Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30, 23-26.
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.
- Frueh, B. C., Knapp, R., Cusack, K. J., Grubaugh, A., Sauvageot, J., Cousins, V., Eunsil Yim, M., Robins, C., Monnier, J. & Hiers, T. G. (2005). Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123-1133.
- Furre, A. & S. Heyerdahl (2010). *Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske avdelinger*. Oslo: Regionsenteret for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191: 298-303.
- Gamme, W. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning – Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 241-249.

- Gilbert, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *Bmc Health Services Research*, 8, 92: doi:10.1186/1472-6963-8-92.
- Gilbert, H., Slade, M., Rose, D., Lloyd-Evans, B., Johnson, S. & Osborn, D. P. J. (2010). Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *British Journal of Psychiatry*. 197, S26-S31.
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Grassan, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49–85.
- Hammilton, B. & Roper, C. (2006). Troubling “insight”: power and possibilities in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 416-422.
- Hammervold, U. E. (2009). *Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern*. Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Happell, B. & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162-168.
- Helsedirektoratet (2009). *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet.
- Hem, M. (2008). *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. Dr. avhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Henriksen, K. (2004). *Når omsorgen tvinger seg på - kunsten å stige ned av den høye hvitehesten. En studie av sykepleieres fortellinger om etisk vanskelige situasjoner i møte med tvangsinnlagte pasienter i akuttpsykiatriske avdelinger*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., Roth, L. H. & Bennet, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 167–181.
- Holte, J. S. (2001). *Som en livbøye i et opprørt hav. Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Rapport Nr. 4. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hauan, K. (2004). *"Det må alltid være en uro tilstede" - om sykepleie og bruk av tvang i psykiatrisk sykehus/psykiatrisk sykehusavdeling*. Hovedoppgave ved avdeling for sykepleie og klinisk medisin. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42 (9), 22-33.
- Huckshorn, K. A. (2006). Re-designing state mental Health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Administration Policy Mental Health*, 33 (4), 482- 91.

- Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417–422.
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010a). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in psychiatric acute wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online 2 July. doi: 10.1007/s00127-010-0259-2.
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010b). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(89). doi:10.1186/1472-6963-10-89. Open Access.
- Husum, T. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern (Human rights in mental health care). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12, 1169-1174.
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjstottir, M. & Syse, A. (2002). Paternalism and Autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International journal of Law and Psychiatry*, 25, 93-108.
- Ingeberg, A. & Veia, I. (2006). "Ut av konflikt". *Voksne for Barn*, 3.
- Iversen, K. I., Høyer, G., Sexon, H. & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433–439.
- Jarrett, M., Bowers, L., Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced Nursing*, 64(6), 538-548.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness." *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 191–206.
- Johansson, I. M., Skarsater, I., Danielson, E. (2010). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experience. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(6), 501-507.
- Johansson, I. M., Skarsater, I., & Danielson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 366-372.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J. & Lethinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139–149.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lonqvist, J. & Kaltiala-Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 136-144.
- Kjellin, L., Andersson, K., Bartholdson, E., Canderfjord, I.-L., Holmstrøm, H., Jacobsson, L., Sandlund, M., Wallsten, T. & Östman. (2004). Coercion in psychiatric care- patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2), 153-159.

- Kogstad, R. (2004). VENDEPUNKT - Byggesteiner i bedringsprosessen, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 41-49.
- Kogstad, R. (2009). Protecting mental health clients' dignity – The importance of legal control. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 383-391.
- Kristiansen, G. H. (2010). Definisjonsmakt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7, 2, 167-171.
- Kullgren, G., Jacobsson, L., Lynoe, N. & Kohn, R. (1996). Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 389–396.
- LeGris, J., Walters, M. & Browne, G. (1999). The impact of seclusion on the treatvangsmedisineringent outcomes of psychotic in- patients. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 448–459.
- Leishman, J. L. (2003). Social constructionism, discourse analysis and mental health nursing: a natural synergy. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 9, 1004-1013.
- Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., Gardner, W. & Roth, L. H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1254–1260.
- Lidz, C. W., Hoge, S. K., Gardner, W., Bennet, N., Monahan, J., Mulvey. & Roth, L. (1995). Perceived Coercion in Mental Hospital Admission. *Archives of General Psychiatry*. 12, 1034-1039.
- Lidz, C. W. (2011). Innlegg på den 3. Forskningskonferansen om tvang i Norge. Holmen Fjordhotell 5.- 6. April.
- Nafstad, H. E. (red). (2003). *Det omsorgsfulle mennesket. Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005*. Rapport Nr 9 – 2006. Oslo: Helsedirektoratet.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). *Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge – Hovedresultater*. PasOpp-rapport nr 7-2004. Oslo: Helsedirektoratet.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit.graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K-G. (2008). *Det er nå det begynner!: hovedrapport fra prosjektet. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Trondheim: SINTEF
- Martinez, R., Grimm, M. & Adamson, M. (1999). "From the inside looking out. Does a patient see seclusion as therapeutic or punitive?" *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(3), 13–22.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. I. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 370–377.
- Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. (2004). "Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?" *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33–38.

- Monahan, J., Lidz, C. W., Hoge, S. K., Mulvey, E. P., Eisenberg, M. M., Roth, L. H., Gardner, W. P. & Bennet, N. (1999). Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. I: Morrissey, J. P., Monahan, J. (red.): *Research in Community and Mental Health. Coercion in mental health services – international perspectives*. Stamford: JAI Press.
- O'Brien, L. (2001). The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client's experience. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(3), 176-186.
- Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. New Series No 655. Umeå: Umeå Medical Dissertation Department of Nursing and Clinical Sciences, Division of Psychiatry, Umeå Universitet.
- Olofsson, B. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advance Nursing*, 33(1), 89-97.
- Olofsson, B. & A. Norberg (2000). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 1, 98-97.
- Pedersen, K. L. (2006). *Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon*. FOU-rapport nr. 2/2006. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole.
- Poulsen, H. D. & Engberg, M. (2001). Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103(1), 60-65.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M. & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 438-443.
- Robins, C., Sauvageot, J., Cusack, K. J., Suffoletta- Maierle, S. & Frueh, B. C. (2005). Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harms" in Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*, 56(9), 1134-1138.
- Rådet for psykisk helse (2004a). *Stykkevis og delt*. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Rådet for psykisk helse (2004b). *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Rådet for psykisk helse (2010). *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- SAMSHA (2005). *Roadmap to Seclusion and Restraint Free Mental Health Services. Training manual*. US. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.samsha.gov og <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma06-4055/>
- Schwartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W. & Elbogen, E. B. (2004). Consumers' perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures. *Psychiatric Services*. 55(7), 780-785.
- Skatvedt, A. & Schou, K. C. (2010). The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 81-87.

- Skorpen, A. & Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Dr.gradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stensland Holte, J. (2001). *Som en livbøye i et opprørt hav ...": skjerming - en teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Svindseth, M. F. (2010). *A study of humiliation, narcissism and treatment outcome in patients admitted to psychiatric emergency units*. Dr. grad ved medisinsk fakultet: Trondheim: NTNU.
- Svindseth, M. F., Dahl, A. A. & Hatling, T. (2007). Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 47-53.
- Sørgaard, K. W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 299–304.
- Thorgersen, M. H., Morthors, B. & Nordentoft, M. (2010). Perceptions of Coercion in the Community: A qualitative Study of Patients in a Danish Assertive Community Treatment Team. *Psychiatric Quarterly*, 81(1), 35-47.
- Thune, G. (2008). *Overgrep – Søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Vaaland, T. Ø. (2007). *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vaglun, P., Karterud, S. & Jørstad, J. (red). (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Dr.gradsavhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Visalli, H. & McNasser, G. (1997). Striving Toward a Best Practice Modell for a Restraint- Free Environment. *Journal of Nursing Care Quality*, 11 (6), 1-4.
- Visalli, H. & McNasser, G. (2000). "Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge." *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (4), 45–44.
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A. & Neil, L. (2009). Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. *Psychiatric Services*, 60(6), 792-798.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 453 - 459.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of forensic psychiatry & psychology*, 15(1), 124–144.
- Wynn, R., Kvalvik, A. & Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 133-137.

Wynn, R., Myklebust, L.-H. & Bratlid, T. (2007). Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 433-437.

Øye, L.-M. (2010). Tvang eller ikke tvang, er ikke spørsmålet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 172-173.

Aaslestad, P. (1997). *Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890-1990*. Oslo: Tano Aschehoug.

Annen relevant litteratur

- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). "Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK." *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9 (4), 465-73.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hilers, T., Suffoletta-Maierle, S. & Bennett, S. (2003). Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health*, 30 (5), 453-460.
- Cusack, K. J., Frueh, B. J. & Brady, K. (2004). Trauma History Screening in a Community Mental Health Center. *Psychiatric Services*, 55, 157-162.
- Jensen, Ø. (2008). *Virksomme faktorer i akuttpsykiatri*. Masteroppgave ved Avdeling for helsefag. Drammen: Høgskolen i Buskerud
- Laursen, S. B., Jensen T. N., Bolwig, T. & Olsen, N. V. (2005). Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraints. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 111, 324–327.
- Loem, G. F. (2005). *Withdrawal and exclusion: a study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients*. ISM skriftserie nr. 77, Tromsø: University of Tromsø, Institute of Community Medicine and Institute of Philosophy,
- Mohr, W. K., Petti, T. A. , Mohr, B. D. (2003). Adverse affects associated with the use of physical restraints. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 330–337.
- Nunno, M. A., Holden, M. J. & Tollar, A. (2006). Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities". *Child Abuse & Neglect*, 30 (12), 1333-1342.
- Oberleitner, L. (2000). Aversiveness of Traditional Psychiatric Patient restriction. *Archives of Psychiatric Nursing*, XIV (2), 93-97.



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden: www.afi.no

Pt 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
www.afi.no