



# Tvang i psykisk helsevern

Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger



**Ønsker du å bestille heftet:**

Kontakt oss:

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Pb. 298 Sentrum, 3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no

www.erfaringskompetanse.no

Erfaringskompetanse.no 2012:3

Trykt utgave            ISSN 1891-6163        ISBN 978-82-93171-08-9

Elektronisk utgave    ISSN 1891-6503        ISBN 978-82-93171-09-6



 **erfaringskompetanse.no**  
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

 **RÅDET FOR PSYKISK HELSE**

# Innledning

Det er en uttalt politisk målsetting at bruken av tvang i psykisk helsevern i Norge skal reduseres. I arbeidet for å få til det må vi utvikle tjenester som bygger på brukernes egne erfaringer med tvangen, også erfaringen og synspunktene til de brukerne som i ettertid er misfornøyde og kritiske til bruken av tvang.

Denne artikkelen er blant annet skrevet på bakgrunn av rapporten ”Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang” (Norvoll, Reidun og Tonje Lossius Husum, Oslo 2011). Rådet for psykisk helse og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse/Erfaringskompetanse.no mener at den brukerkunnskapen som kommer til uttrykk gjennom dette forskningsarbeidet, er viktig og nødvendig i en fagutvikling der målet er å utvikle gode, frivillige alternativer til tvang. Erfaringskompetanse og Rådet for psykisk helse ønsker med denne artikkelen å oppsummere noen sentrale momenter fra litteraturstudien. Vi mener at disse momentene er viktige for å kunne utvikle tjenester som tar forståelsesforskjeller på alvor og systematisk forsøker å minske forskjellene. Fagfolk har et spesielt ansvar for å sikre så god kommunikasjon med pasienten rundt bruken av tvang som mulig.

### **Les Norvolls og Husums rapport hvis du ønsker utdypende informasjon**

Bakgrunnen for Norvolls og Husums rapport var at Rådet for psykisk helse de senere årene har satt tvang på dagsorden gjennom prosjektet Frivillighet før tvang. I den forbindelse fikk Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og SINTEF Teknologi og Samfunn i oppdrag å gjennomføre en litteraturstudie for å kartlegge hva som er blitt skrevet om hvorvidt ansatte og brukere vurderer tvang forskjellig. Norvoll og Husum undersøker litteraturen om hva forståelseskloften mellom ansatte og misfornøyde brukere består av, hvorfor misnøyen oppstår, og hvordan man kan minske den og bedre dialogen mellom behandler og pasient. Hvis du ønsker mer utdypende informasjon om dette emnet, kan du lese Norvolls og Husums rapport.

### **Tre viktige områder**

Det er særlig tre områder som er spesielt viktige for å forstå hvorfor behandlere og pasienter kan oppleve tvangen forskjellig:

1. Behandlere og pasienter har ofte ulikt syn på hvordan de ansatte skal opptre overfor pasientene, og på behandlingen.
2. Pasientene som er blitt utsatt for tvang, har en unik og subjektiv kunnskap om tvangen.
3. Behandlerne vet hva de ønsker å oppnå ved tvangen, og kan ha vanskelig for å se bort fra det når de skal vurdere og måle effekten av tvangen.

I kapittel 2, 3 og 4 ser vi nærmere på hvert av disse funnene, mens kapittel 5 dreier seg om hvordan vi kan redusere forståelsesforskjeller.

## Kapittel 2.

# Behandlere og pasienter har ofte ulikt syn på hvordan de ansatte skal opptre overfor pasientene, og på behandlingen

I dette kapitlet skal vi se nærmere på to hovedmomenter:

- Pasientene har visse ønsker og forventninger til hvordan de ansatte skal være mot dem mens de får behandling. Men de ansatte oppfyller ofte ikke disse ønskene og forventningene.
- Pasientene og de ansatte har ulikt syn på hvilken behandling som er den riktige, og hvordan den skal foregå.

### **Pasientene vil bli behandlet som hele mennesker**

Flere studier viser at en av hovedgrunnene til forståelseskjøften mellom pasienter og ansatte, er at pasientene opplever at de ikke blir behandlet som hele mennesker. I stedet opplever de at de ansatte kun ser dem som en syk person, en pasient, en diagnose eller ut fra et psykopatologisk ståsted. I møte med de ansatte er pasienten bare en pasient. Noen studier viser også at pasientene ikke bare opplever at de blir redusert til en diagnose, men at de også plasseres i bås som en representant for en bestemt atferd.

En brukerrepresentant i BAT-prosjektet (se Norvoll et al., 2008) uttrykte det slik:

*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. (ibid., s. 55).*

En konsekvens av dette reduksjonistiske menneskesynet er at pasientene ofte opplever at de mister seg selv slik de er i en hverdagssituasjon. Fokuset oppleves å være nesten konstant på sykdom og problemer, mens familie, interesser og eksistensielle behov ikke blir vektlagt. Dermed får pasientene også en sterk følelse av å være annerledes enn de som ikke er syke. Mange studier viser at pasientene i større grad ønsker å bli behandlet og sett som hele mennesker.

### **Personalet ønsker avstand til pasientene**

Å oppleve et reduksjonistisk menneskesyn påvirker ikke bare pasientenes oppfatning av seg selv, det påvirker hele kommunikasjonen med og forholdet til de ansatte. Pasientene mener at de blir betraktet som annerledes enn personalet, og studier viser at det stemmer. Norvoll og Husum skriver: "[P]ersonalet [...] betrakte[r] pasienten som å inneha kvalitativt annerledes kvaliteter og preferanser enn seg selv." (Norvoll og Husum, 2011, s. 10) Mange steder ønsker de ansatte å ha en tydelig avstand til pasientene. Slik opprettholdes og forsterkes inntrykket av pasienten som annerledes, både hos pasienten selv og hos personalet.

### **Pasientene har behov for sosial omgang og en aktiv hverdag**

En annen risiko ved det reduksjonistiske menneskesynet som mange pasienter opplever, er at personalet ikke tar nok hensyn til pasientenes sosiale behov. Det blir skjøvet til siden og ikke anerkjent. Studier (se blant annet Skatvedt & Schou, 2010) viser at fellesskapet med medpasienter kan være en god støtte og gi pasientene selvtillit. Imidlertid viser det seg at personalet ofte ikke gir fellesskapet mellom pasientene den oppmerksomheten det fortjener, og heller ikke alltid legger til rette for et slikt fellesskap. En av grunnene kan være at det innenfor

akuttpsykiatrien har vært vanlig å tenke at "pasienten ikke tåler kontakt". En annen grunn som kommer fram blant annet hos Grassan & Friedman, 1986, er at noen "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" (Norvoll og Husum, 2011, s. 11).

De stedene der pasientene ikke fritt kan omgås hverandre, kan livskvaliteten blant pasientene bli lavere. De opplever at de blir hindret i å ha et sosialt liv, og at "behandlingen snevrer inn livsrommet" (ibid.).

Flere misfornøyde brukere peker også på at behandlingen inneholder for få aktiviteter og gjør dem passive. De har ikke så mye annet å ta seg til enn å vente og drikke kaffe. De savner en mer aktiv hverdag og noen å snakke med om smått og stort. Mange legger vekt på at alt de sier, blir tolket som symptomer av de ansatte. Det å være innlagt oppleves av mange som en slags oppbevaring som ikke hjelper på det de sliter med.

### **Pasientene ønsker mer respekt**

En del studier (blant annet Olofsson & Nordberg, 2000 og Kogstad, 2009) viser også at pasientene ikke opplever å bli behandlet med den respekten og verdigheten de hadde forventet og ønsket. I stedet sitter de igjen med inntrykket av at de som psykisk syke er mindreverdige. Mange opplever dessuten maktesløshet fordi de har liten mulighet til å påvirke sin egen behandling. Særlig når de er i en sårbar situasjon og underlagt tvang, er respekt avgjørende for mange.

### **Forholdet mellom personalet og pasientene kan bli preget av mistillit**

Flere studier peker på at forholdet mellom personalet og pasientene kan bli preget av mistillit, og det er med på å forsterke forståelseskjøften mellom dem. Blant årsakene til dette er det negative bildet som kanskje særlig er gitt i den eldre litteraturen. Her brukes ofte ord som "umoden", "manipulerende", "farlig" og "et barn" om pasientene.

Flere studier legger vekt på at selve organiseringen av institusjonene og sykehusene kan være noe av bakgrunnen for dette. Grensesetting og strenge krav til kontroll er standarden pasientenes oppførsel ses opp mot. Dermed får det negative mye av oppmerksomheten.

En del teorier framholder pasientens behov for faste grenser. Selv om noen pasienter opplever at nettopp faste grenser hjelper, kan det virke som om for mye oppmerksomhet rundt grensene og reglene forsterker pasientenes inntrykk av å bli behandlet som barn. Som vi var inne på ovenfor, kan det være krenkende å ikke bli behandlet med den samme respekten som andre voksne. Kravene til grenser kan også gjøre at personalet blir for opptatt av hvordan pasientene forholder seg til og innretter seg etter grensene. Dermed kan de ansatte gå glipp av andre sider ved pasientene, som styrke og modenhet. Mange misfornøyde brukere framhever nettopp det at de ansatte er for opptatt av kun én side ved dem, som en del av den negative opplevelsen ved tvangsbruken.

### **Faglitteratur påvirker personalets oppfatning av brukerne**

Naturlig nok blir de ansattes oppfatning av brukerne påvirket av faglitteraturen på området. I boken *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere* (Berg et al., 2007) brukes konsekvent begrepet "sykdom" for å beskrive det brukerne sliter med. "Uro og aggressiv atferd forklares med bakenforliggende medfødte, neurologiske, nevrokognitive og nevrokjemiske faktorer." (Norvoll og Husum, 2011, s. 13) Slike forklaringer på brukernes atferd og problemer gir liten mening for en del av brukerne. I stedet kan de forsterke brukernes inntrykk av å ikke bli forstått, og at det de opplever at de virkelig sliter med, ikke blir sett.

En del fagbøker er konkrete på hva som er uakseptable krav fra brukerne. Hvis pasientene møter forutinntatte ansatte som gir dem lite handlingsrom, kan det øke opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor. Mange pasienter sitter igjen med opplevelsen av at de ikke kan påvirke sitt eget liv og sin egen behandling.

### **Brukerne og de ansatte har ulikt behandlingssyn**

Ifølge noen kilder (se blant annet Kogstad, 2009 og Vaaland, 2007) kan misnøyen med tvangen skyldes at brukerne og de ansatte har forskjellig behandlingssyn. For eksempel kan en pasient være misfornøyd med en tvangsinnleggelse fordi han eller hun opplever den som unyttig.

## **Misfornøyde brukere har to hovedinnvendinger mot tvangen**

Studier (se blant annet Eriksson & Westrin, 1995) viser at misfornøyde brukere i hovedsak reagerer mot to forhold ved tvangsbruken. For det første mener de at tvangen ikke hjelper mot lidelsen deres eller fører til at de får det bedre. De oppleves kanskje som roligere av omgivelsene, men har det likevel ikke noe bedre. For det andre mener de at tvangen ikke har noen langsiktig virkning på hvordan de har det og fungerer, særlig i hverdagen utenfor institusjonen. Studier (se blant annet Almvik et al., 2011; Norvoll 2007; Skatvedt & Schou, 2010 og Vaaland, 2007) viser at "brukerne ofte vurderer tvangsbruken ut fra et bredere og mer langvarig livs- og tidsperspektiv enn personalet (Norvoll og Husum, 2011, s. 28).

At brukerne opplever at tvang ikke hjelper, er en av hovedgrunnene til forståelseskjøften mellom misfornøyde bruker og ansatte. Personalet antar at tvangen muliggjør tiltak av terapeutisk verdi, mens brukerne mener at den ikke gjør det.

Brukerne innvender også at de får for dårlig oppfølging både på og utenfor institusjonen. De er særlig misfornøyd med hvordan de blir fulgt opp på akuttpostene, og dessuten mener de at de pårørende får for liten støtte.

## **Brukerne mener at de trenger mer enn bare medisiner**

Ifølge brukerne er en mer langsiktig og helhetlig behandling med utgangspunkt i deres eget hverdagsliv det de først og fremst trenger. Bare medisiner hjelper ikke. Mange misfornøyde brukere etterlyser også flere alternative tilbud til tvang.

For mange er misnøyen med tvangen knyttet til en større sammenheng. De kan slite med dårlig økonomi, ustabile boforhold og ensomhet, noe kun medisiner og tvang i deres øyne ikke klarer å løse. Mange ønsker seg først og fremst noen å snakke med.

Brukere av alternativer til akuttbehandling er ifølge undersøkelser stort sett fornøyd. De opplever mer frihet og mindre tvang enn på tradisjonelle institusjoner. Dessuten kjenner de seg tryggere og opplever mindre formynderi. Også for pasienter under tvang på lukkede poster viser undersøkelser at de gode erfaringene henger sammen med at pasientene opplever at de kan være med på å bestemme, at integriteten deres blir styrket, og at behandlingen reduserte lidelsen.

## Kapittel 3.

# Pasientene har en unik og subjektiv kunnskap om tvangen

Ansatte og misfornøyde brukere har forskjellig oppfatning av når tvangsbruken er nødvendig, hvor mye tvang som er riktig, og hvilke belastninger tvangen fører til.

### **Pasientene mener at de blir utsatt for mer tvang enn det de ifølge de ansatte og status faktisk blir**

De misfornøyde brukerne mener at de blir utsatt for mer tvang enn det de ansatte oppfatter, og det journalene viser (se blant annet Olofsson & Nordberg, 2000). En pasient kan for eksempel beskrive hvordan en behandling ble iverksatt gjennom tvang og trusler, mens de ansatte beskriver at pasienten i denne konkrete hendelsen ble overtalt, og ikke truet, og at behandlingen skjedde uten tvang. Andre pasienter opplever at de er tvangsinnlagt, når de ikke er det. Andre igjen oppfatter trusler om sanksjoner som tvang.

Også ved en behandlingsmetode som skjerming viser de ulike oppfatningene seg. Tidligere ble ikke skjerming oppfattet som tvang selv om pasientene ikke kunne bevege seg fritt ut av rommet. I stedet ble det av de ansatte oppfattet som noe helt annet enn isolat. Likevel viser flere studier at pasientene opplever skjermingen som tvang (se blant annet Holte, 2001).

### **Hvorfor opplever pasientene at de blir utsatt for mer tvang enn de gjør?**

Det er flere som har forsket på hvorfor pasientene opplever at de blir utsatt for mer tvang enn det som står i journalene, og de peker på ulike forklaringer. Poulsen og Engberg (2001) mener at misforholdet skyldes at pasienten har en grad av psykopatologi, eller at pasienten er schizofren. Underrapportering, altså at ikke all tvangsbruk faktisk blir rapportert, tar de ikke opp som en mulig forklaring. Lidz et al. (1998) mener at noe av forskjellen kan forklares med pasientens tilstand, for eksempel at pasienten er forvirret. De finner også at det er en sammenheng mellom pasientenes opplevelse av å bli utsatt for tvang, og de ordene og truslene de blir utsatt for i den øvrige behandlingen. Andre forskere har konkludert med at når pasientene blir utsatt for flere typer tvang, gir det en sterkere og mer omfattende tvangsopplevelse.

### **Pasientene og de ansatte har ulik oppfatning av hvor belastende tvang er**

Pasienter og ansatte har også ulik oppfatning av hvor belastende det er å bli utsatt for tvang. Mange misfornøyde brukere beskriver tvangen med ord som "overgrep", "krenkende", "umyndiggjort", "uforståelig" og "latterliggjort", og det er tydelig at tvangen er noe svært negativt for dem. Hvor belastende tvangen faktisk oppleves for pasientene, har de ansatte som regel svakere forutsetninger enn pasienten for å forstå. Flere studier viser for eksempel at pasienter opplever låste dører og innskrenkninger i bevegelsesfriheten som vesentlig mer belastende enn det de ansatte mener at det er. Pasientene mener at de låste dørene fører til at de blir mer sinte, irriterte og deprimerede. De kan også få panikk og klaustrofobi. De ansatte har derimot ikke dette inntrykket og er mer positive til låste dører.

Andre studier viser at de ansatte opplever en frihetsinnskrenkelse som å ta ansvar og sette grenser for pasientene. Pasientene på sin side forstår ikke hvorfor de ikke kan bestemme over seg selv, og viser til de negative konsekvensene av frihetsinnskrenkelsene.

### **Belastningen ved tvangen kan føre til enda mer tvang**

Belastningen pasienter opplever ved ulike typer tvang, kan føre til at de gjør noe de vet de ikke skal. For eksempel kan en bruker i et skjermingsrom løpe ut selv om vedkommende vet at han eller hun da vil bli ført tilbake igjen. Pasienten kan ha løpt ut i panikk eller på grunn av klaustrofobi, mens de ansatte kan tolke det som utagerende atferd eller noe som bekrefter pasientens psykiske lidelse. De reagerer da gjerne med mer kontroll eller tvang for å roe ned pasienten. ”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.” (Norvoll og Husum, 2011, s. 21)

Andre pasienter kan opptre svært rolig i isolatrommet bare for å slippe raskere ut av isolatet. Norvoll og Lossius Husum konkluderer slik: ”Når isolat – og/eller skjermingsmetoden kun blir redusert til et spørsmål om å vise ytre rolig og lydig atferd, får den sterkt preg av å være en disiplinerende og dresserende kontrollmetode som virker belastende, og som oppleves uten behandlingmessig verdi.” (ibid., s. 22)

### **Pasientene mener ofte at tvangen ikke er nødvendig**

Studier (se blant annet Vatne, 2003; Norvoll et al., 2008) viser at både brukere og behandlere anerkjenner at tvangsbruk og uformell makt er viktig. Men de har ulik oppfatning av når tvangen er nødvendig. Mange misfornøyde brukere mener at tvangsbruken ikke var riktig i akkurat deres tilfelle. For eksempel kan pasienter som av personalet blir oppfattet som urolige og farlige, selv mene at de ikke utgjør noen fare. De kan erkjenne at de er sinte og urolige, men mener at de ikke representerer noen risiko, og at det heller ikke burde føre til tvang. Mange av disse pasientene opplever at tvangen de blir utsatt for, ikke er nødvendig, og at den kun er de ansattes svar på sterke negative følelser.

Flere pasienter mener dessuten at personalet bruker tvang fordi de er redde, eller av praktiske årsaker, for eksempel for å få ro. Personalet har som regel en annen oppfatning av tvangsbruken i disse situasjonene.

Isolat oppleves også forskjellig av ansatte og pasienter (se Meehan et al., 2004). De ansatte mener at isolatbruken er nødvendig, terapeutisk og ikke-straffende, mens pasientene opplever ”at isolatbruken har liten terapeutisk verdi, at den brukes som straff for uønsket atferd og er et resultat av personalets makt- og kontrollutøvelse” (Norvoll og Husum, 2011, s. 27).

Flere misfornøyde brukere mener at personalet er for raske til å ty til tvang og makt, for eksempel hvis pasienten har gitt uttrykk for negative følelser eller gjort en mindre forseelse. Pasienten opplever denne tvangen som verken nødvendig eller rettferdig, og den oppleves ekstra krenkende og straffende. Dermed kan det oppstå mistillit mellom pasienten og behandleren, som vi var inne på i forrige kapittel.

### **Hvordan kan pasientene bli mindre krenket i tvangssituasjonen?**

Flere studier viser at pasientene blir krenket i tvangssituasjonen eller i hele behandlingen. Det gjelder særlig i tilfeller der de opplever å bli behandlet som mindreverdige, og der det blir brukt mye makt. Dersom de i stedet blir lyttet til og behandlet med respekt og verdighet, opplever mange å bli mindre krenket av tvangssituasjonen. Andre pasienter legger vekt på at de opplever mindre krenkelse når de får en god forklaring på tvangen. De ønsker å vite at tvang er nødvendig. At ektefellen eller andre familiemedlemmer blir orientert og får delta i prosessen, er viktig for mange. Studier viser imidlertid at kun et fåtall av pasientene og pårørende opplevde at de ble nok involvert i behandlingen.

Et punkt som er felles for mange misfornøyde brukere, er at de ønsker god kommunikasjon. Som nevnt vil de både bli lyttet til og få forklaringer på tvangen, og videre ønsker de informasjon gjennom hele behandlingen. Mange brukere har opplevd mye vondt tidligere, og trenger mye omsorg og varme. Men selv om både pasientene og de ansatte ønsker god kommunikasjon, kan begge ha en opplevelse av at de ikke klarer å få kontakt med hverandre.



Studier viser at god kommunikasjon er avgjørende for en god relasjon mellom pasienten og behandleren. Og en god relasjon er igjen med på å gi et bedre behandlingsforløp, særlig hvis den gode relasjonen er etablert før tvangen blir iverksatt. Mange brukere framhever at en tillitsfull relasjon til de ansatte er en viktig motvekt mot negative tvangsopplevelser. Brukerne er opptatt av at de ansatte er både forpliktende, tilgjengelige og støttende. Imidlertid tar det tid å bygge en god relasjon. Og i mange tilfeller vil det være nødvendig å iverksette tvang tidlig, for eksempel medikamentell behandling ved et psykoseutbrudd.

### **Tvang kan føre til en dårligere dialog mellom pasient og behandler**

At mange pasienter opplever å bli krenket av en tvangssituasjon, kan føre til at dialogen mellom pasientene og de ansatte blir dårligere og mindre åpen, og at forholdet mellom dem blir preget av mistillit. BAT-prosjektet (se Norvoll et al., 2008, s. 86 f.) viste for eksempel hvor vondt det er for brukerne å skulle snakke om de krenkende tvangsopplevelsene i ettertid. Samtidig opplevde de ansatte som har iverksatt tvangen, at det var krevende å skulle lytte til og reflektere over hvordan de har vært med på å krenke pasientene. Mange synes det er vanskelig å avfinne seg med at pasientene kan oppleve dem som onde og mest opptatt av å straffe. De tar også mye av kritikken personlig, og ikke som en kritikk av behandlingssystemet der tvang inngår.

Ifølge flere studier mener misfornøyde brukere at personalet ofte ikke vil snakke om den krenkende hendelsen, eller at de kun vil snakke om den på sine, gjerne faglige, premisser. Pasientene opplever det som vondt å snakke om hendelsen, men ønsker likevel en åpen samtale for å bearbeide det som har skjedd.

### **Pasientene har en unik kjennskap til tvangen**

De ansatte og de misfornøyde brukerne har som vi har sett, ulik oppfatning når det gjelder en rekke faktorer ved tvangen. Personalet kan ha "rett" ifølge journalen og faglitteraturen. Likevel er det kun pasienten som er blitt utsatt for tvangen, og pasienten har dermed en helt unik kjennskap til tvangen som de ansatte mangler. De siste årene har man blitt mer opptatt av denne subjektive opplevelsen av tvang. For eksempel konkluderer Lidz et al. (1998) med at pasientene har størst oversikt over tvangsbruken.

Det er pasienten som selv har opplevd de negative virkningene av behandlingen, inkludert tvang. Alt det pasienten opplever, men ikke kan, vil eller får mulighet til å formidle videre til de ansatte, er det vanskelig for de ansatte å ha like god kunnskap om.

Det er også pasientene som har subjektiv kjennskap til hva som kunne vært alternative handlemåter. Som vi har sett, mener mange brukere at tvangen i mange tilfeller ikke var nødvendig, og at de i stedet har behov for andre typer behandling.

# Behandlerne vet hva de ønsker å oppnå ved tvangen, og kan ha vanskelig for å se bort fra det

Personalet og pasientene har ofte ulik oppfatning av hvor stor effekt tvangsbruken har. Og det kan se ut til at de ansatte kan ha vanskelig for å vurdere hvordan tvang faktisk oppleves.

### De ansatte aksepterer tvangsbruken

Flere studier (se blant annet Husum, et al. og 2010; Norvoll et al., 2008) viser at selv om de ansatte ser at tvangen har negative aspekter, aksepterer de fleste bruken av den. De vurderer å ha et pragmatisk syn og oppfatter tvangen som omsorg for pasienten og som beskyttelse av pasienten selv, personalet og andre pasienter (Husum et al., 2010). Dette står i kontrast til pasientenes opplevelse av at tvangsbruken er unødvendig og krenkende, som vi var inne på ovenfor.

Undersøkelser viser også at praksis og holdninger påvirker hverandre. De ansatte som har mest erfaring med tvangsbruken, er også mest positive til den. De venner seg til tvangsbruken og aksepterer den som en naturlig del av arbeidet. Det at de må stå for den i ettertid, kan også gi høyere aksept for tvangsbruken blant de ansatte. Samtidig strever en del av de ansatte med ubehaget ved å utøve tvang (se blant annet Olofsson & Nordberg, 2000). Det er ikke samsvar mellom de etiske synspunktene de har på tvang, og det som arbeidshverdagen krever av dem. Undersøkelser antyder at det først og fremst er rasjonalitet og praksis som påvirker tvangsbruken, og i mindre grad de bevisste etiske og faglige begrunnelsene.

### De ansatte bruker tvang for å sikre seg mot farlig atferd

Hvordan urolige og farlige pasienter skal behandles, er et annet felt som de ansatte og de misfornøyde brukerne er uenige om. De ansatte har størst aksept for å bruke tvang nettopp når det er snakk om aggresjon og fysisk vold. Behovet for sikkerhet er stort, og mange ansatte har erfart eller frykter vold fra pasientene. Derfor er for eksempel mange ansatte positive til å bruke isolat, selv om de erkjenner de negative følgene isoleringen har for pasientene.

Imidlertid finnes det sjelden klare grenser mellom avvikende atferd og generell uro, og det er opp til de ansatte å vurdere om de mener at en urolig atferd øker risikoen for vold. Det ser ut til at personalet raskere tyr til tvang når de er usikre. Tvangsmidler kan bli en måte å sikre seg på.

Enkelte internasjonale studier (se Wynn, 2003, eller Norvoll et al., 2008 for samme argumentasjon) tyder på at tvang også brukes forebyggende, både overfor pasienten selv og overfor andre pasienter, og for å skape en allianse med pasienten. For noen kan tvangsmidler eller frihetsbegrensninger skape trygghet og rom til å jobbe med egne tanker og følelser. Det viser seg (se Meehan et al., 2004) at kun noen få av pasientene ønsker å fjerne isolatrommet som en behandlingsmåte. Imidlertid ønsker de å få velge selv når de har behov for å bruke det.

Både mellom de ansatte og mellom de ansatte og brukerne er det uenighet om tvangsbruken reduserer volden og risikoen for skade, eller om den faktisk øker den. Som vi var inne på i forrige kapittel, mener mange misfornøyde

brukere at atferden deres er en reaksjon på at tvangen er belastende, og på de ansattes handlinger. De ansatte på sin side ser atferden som et uttrykk for pasientenes psykiske tilstand og vurderer ofte at tvangsmidler er det eneste realistiske eller sikkerhetsskapende svaret på atferden. Begge parter kan komme inn i et mønster der de ser den andre partens atferd som årsak til sine egne handlinger, og det kan være vanskelig å komme ut av et slikt negativt samspill.

### **De ansatte har vanskelig for å vurdere effekten av tvangen**

Mange ansatte har problemer med å skille mellom sine egne intensjoner ved en tvangsbehandling og den faktiske effekten for pasienten. De vet hvorfor de har iverksatt tvangen, og har visse forventninger til hvordan den skal virke på pasienten.

I mange tilfeller er det et språk mellom hvilken behandling brukerne opplever at hjelper, og hva de ansatte mener om det samme. En undersøkelse (se Meehan et. al, 2004) viser for eksempel at samtlige (100 prosent) av de ansatte som ble intervjuet, mente at isolat hadde en beroligende effekt på pasientene. Imidlertid var bare halvparten (50 prosent) av brukerne som hadde erfart isolatet, enig i at det virket beroligende. Hele 65 prosent uttrykte at isolatet ikke fikk dem til å føle seg bedre.

Tilsvarende resultater kommer også fram i flere andre studier, for eksempel i Bjerkan et al., (2009) og Norvoll (2007) som begge tar for seg skjerming. Personalet oppfatter en behandling som god, mens de misfornøyde brukerne opplever den som lite vellykket og unødvendig. Fordi de ikke merker noen positiv effekt av behandlingen, blir det ekstra meningsløst å skulle tåle belastningene ved tvangen.

Dette blir særlig tydelig når det gjelder beltelegging, som er mer brukt enn isolat i Norge. Undersøkelser (se Hammervold, 2009 og Wynn, 2004) viser 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" (Norvoll og Husum, 2011, s. 23). For de som har opplevd overgrep tidligere, kan belteleggingen få svært negative konsekvenser i stedet for en positiv effekt, som de ansatte forventer.

### **Pasientene og personalet har ulikt syn på om medisiner er nødvendig**

Et av stridstemaene mellom pasientene og de ansatte er om medisiner er en nødvendig del av behandlingen. Som regel mener personalet at en pasient må bruke nevroleptika, mens pasienten selv ikke ønsker det.

Den vanligste årsaken til at pasientene ikke ønsker å bruke medisiner, er at de frykter bivirkningene. Særlig bivirkningen akatisi, det vil si en indre uro og rastløshet, er det mange som misliker og vil forsøke å unngå. En annen viktig årsak til at pasientene ikke vil bruke medisiner, er at de mener at de ikke har behov for hjelp og dermed heller ikke for medisiner. Mens andre igjen er redde for å bli avhengig av medisinene. De ansatte tolker ofte det å nekte medisiner som et symptom og som manglende sykdomsinnsikt, og bruker det som en begrunnelse for tvang.

De ulike oppfatningene av om det er nødvendig med medisiner, fører både til konflikter mellom de ansatte og pasientene og til at medisineren blir gjennomført ved tvang. Mange av pasientene blir krenket av å bli tvangsmedisinert, og noen forteller også at de er redde for å dø av medisinen. Sinne, panikk og en følelse av ubehag og maktesløshet er vanlige reaksjoner. Noen pasienter legger vekt på at tvangsmedisineren ble utført for tidlig i behandlingen, jamfør avsnittene om god kommunikasjon og relasjon ovenfor.

### **Årsaker til tvangsmedisineren**

Undersøkelser viser at det er en sterk sammenheng mellom aggressiv atferd og bruken av tvangsmedisiner. Særlig angrep mot personalet resulterer ofte i tvangsmedisiner. "En [...] studie (Duxbury, 2002) fant at i 70 prosent av tilfellene hvor personalet opplevde verbal vold og trusler, ble det benyttet tvangsmedisiner, mens i 47 prosent av tilfellene ble det benyttet isolasjon og belter." (Norvoll og Husum, 2011, s. 34) I disse tilfellene er det gjerne snakk om kortidsvirkende legemidler.

Tvangsmedisineringen trenger ikke å være utløst av en akutt situasjon, men kan også være en intendert del av behandlingen. En annen årsak kan være at pasienten nekter å ta medisiner.

### **Savner forskning på om det finnes alternativer til tvangsmedisineringen**

Pasientene og de ansatte er uenige i om det finnes alternativer til tvangsmedisineringen. Studier viser at mange ansatte mener at det ikke finnes alternativer, og at de alternativene som pasientene er opptatt av, bare vil ha kortvarig effekt.

Imidlertid finnes det ingen studier som undersøker alternativer til tvangsmedisinering, og nesten ingen som tar for seg hendelsesforløpet som ofte er i forkant av tvangsmedisineringen. Som vi var inne på ovenfor, oppfatter personalet at tvang, inkludert tvangsmedisinering, er en del av jobben deres. Denne holdningen "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 om det finnes alternativer" (Norvoll og Husum, 2011, s. 34).

## Kapittel 5.

# Hvordan kan vi redusere forskjeller i forståelse mellom ansatte og misfornøyde brukere om bruk av tvang?

Ovenfor har vi sett at ansatte og misfornøyde brukere har ulik oppfatning av en rekke aspekter når det gjelder tvang. Her vil vi peke på tre tiltak som vi mener kan være med på å redusere forståelseskluftene.

### **Personalet må bli bedre til å se pasientene som hele mennesker**

I kapittel 2 så vi at en av hovedgrunnene til forståelsesforskjellene mellom de misfornøyde pasientene og de ansatte, er at pasientene opplever at de ikke blir behandlet som hele mennesker, med familie, interesser og et hverdagsliv. I stedet opplever de at de blir redusert til en syk person, en diagnose eller en representant for en atferd. Norvoll og Husum konkluderer slik: "Brukernes eksistensielle behov og opplevelse bør få større plass i møtet mellom helsepersonell og pasient/bruker." (Norvoll og Husum, 2011, s. 42)

De ansatte må bli bedre til å se hele pasienten, og ikke bare fokusere på den psykiske lidelsen. De må lytte til pasientenes synspunkter og behov.

### **Dialogen mellom pasienter og de ansatte må styrkes**

I kapittel 3 så vi hvordan en dårlig dialog mellom de ansatte og pasientene kan være med på å gjøre pasientene mer utrygge og misfornøyde med behandlingen. Motsatt kan en god dialog og relasjon hindre at pasientene blir krenket i en tvangssituasjon, og den kan også være med på å bidra til at en situasjon kan løses uten tvang. Derfor må det legges til rette for at pasientene og de ansatte skal kunne utvikle en god dialog og relasjon. "[D]ersom 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." (ibid.)

Ved å styrke dialogen vil pasientene også bli mer hørt. De vil få mulighet til å komme med sine synspunkter på behandlingen og tiltakene. Mange misfornøyde pasienter ønsker nettopp økt brukermedvirkning. Det bør derfor legges til rette for mer samarbeid med brukerne.

### **Økt kompetansen hos personalet**

I kapittel 4 så vi at de ansatte og de misfornøyde brukerne ofte har ulikt syn på hvilken effekt tvangen har. De ansatte kan oppleve at tvangen hjelper, mens pasientene mener at den ikke gjør det. Dessuten viser det seg at personalet ofte undervurderer belastningen av tvangen. Det er derfor viktig at personalet får en bedre forståelse for hvordan pasientene opplever tvangsbruken, og for hvilken effekt den faktisk har. Kanskje har ikke beltelegging så god effekt selv om pasienten blir roligere av det? Det er også viktig at de ansatte blir oppmerksomme på at de sammen med pasientene kan jobbe for å finne alternativer til tvang.

Personalets kompetanse kan økes på ulike måter, for eksempel gjennom profesjonsutdanningene, gjennom brukerundersøkelser og gjennom veiledningsgrupper i praksis.

# Litteratur

- Berg, J. E., P. H. Eikeseth, E. Johnsen & A. Restan (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Bjerkan, A.-M., P.-B. Pedersen & S. Lilleeng (2009). *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF – rapport 4/09. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Eriksson, K. I., C. G. Westrin (1995). *Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 93(3):225-30
- Grassan, S. & Friedman, N. (1986). *Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49–85.
- 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.
- Holte, J. S. (2001). *Som en livbøye i et opprørt hav. Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Rapport Nr. 4. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Husum, T. L., J. H. Bjørngaard, A. Finset & T. Ruud (2010). *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.
- Kogstad, R. (2009). *Protecting mental health client's dignity – The importance of legal control*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 383–391.
- Lidz, C. W., E. Mulvey, S. K. Hoge, B. L. Kirsch, J. Monahan, M. Eisenberg, W. Gardner & L. H. Roth (1998). *Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process*. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1254–1260.
- Meehan, T., H. Bergen & K. Fjeldsoe (2004). *Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?* *Journal of Advanced Nursing*, 31, 370–377.
- 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.
- Norvoll, R. & Lossius Husum, T. (2011). *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. AFI-notat 9/2011.
- Olofsson, B. & A. Nordberg (2000). *Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 1, 89–97.
- Poulsen, H. D. & M. Engberg (2001). *Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103(1), 60–65.
- 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.
- Vaaland, T. Ø. (2007). *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Doktorgradsavhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- 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 and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 15(1), 124–144.

# Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk

**Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse** er en brobygger i møtet mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap innen psykisk helse. Vi har fått i mandat fra Stortinget å samle, gyldiggjøre og formidle kunnskap og gjøre den tilgjengelig for helsesektoren. Kompetansesenteret som er finansiert av Helsedirektoratet, utfordrer den erfarings- og fagbaserte kunnskapen og ønsker å fremme et helhetlig bilde av helsehemmende og helsefremmende faktorer innen psykisk helse.

**På Erfaringskompetanse.no finner du:** Nyheter, blogger, kronikker, video, forskning, publikasjoner, møteplasser, etc.

**Vi arrangerer:** Paneldebatter, konferanser og gir ut magasiner, forskningsrapporter, ressurshefter, spill etc.

**Kunnskapsbasen** er et nasjonalt fagbibliotek med fokus på bruker- og pårøndererfaringer. Samlingen har fysisk og elektronisk materiale som fortellinger, artikler, forskning, film og tidsskrifter. Målet med Kunnskapsbasen er å gjøre ny kunnskap tilgjengelig for samfunnet og bidra til å skape likeverd mellom erfaring og fagkunnskap innen helsesektoren.

**Har du lyst til å dele dine erfaringer fra psykisk helsefeltet?**

**Dine erfaringer hjelper andre.** Gå inn på [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no) eller kontakt [post@erfaringskompetanse.no](mailto:post@erfaringskompetanse.no)  
Følg oss på Facebook og Twitter.

## Rådet for psykisk helse

**Rådet for psykisk helse arbeider for:**

**Et samfunn som bidrar til god psykisk helse, som er inkluderende, hvor alle blir behandlet likeverdig og hvor det er raushet i forhold til ulikhet og mangfold.**

**Et helhetlig tjenesteapparat som møter den enkelte med verdighet og respekt, som setter det enkelte menneske i sentrum og som lar den enkeltes erfaringer og opplevelser av livssituasjoner være basis for tiltak og tjenester.**

Dette gjør vi blant annet gjennom å:

- være pådriver og bidragsyter overfor politikere sentralt og lokalt
- utvikle ny kunnskap og sørge for at denne tas i bruk
- drive opplysningsarbeid og jobbe for likeverd, inkludering og antistigma
- bidra faglig og økonomisk til foregangsprosjekter over hele landet

Rådet for psykisk helse er en frittstående, humanitær organisasjon, med 27 medlemsorganisasjoner som består av bruker- og pårønderorganisasjoner, universiteter og høyskoler, humanitære organisasjoner og fag- og profesjonsorganisasjoner. Rådet arbeider for å skape et best mulig liv for barn og voksne med psykiske problemer og deres nærmeste. Vi jobber med utfordringer både i forhold til hjelpetilbud og hverdagsliv.

Gå inn på [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no) for å få vite mer og følg oss på Facebook.



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse



RÅDET FOR PSYKISK HELSE