

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H

Navn på kandidat: 1 og 2

Selvbestemmelsesrett innenfor rammer av
tvang – balansekunst i møte med
tvangsinnlagte pasienter.

Dato: 15.11.2016

Totalt antall sider: 81

Sammendrag

Når sykepleieren møter pasienter i psykiatriske akutenheter oppstår det ofte situasjoner hvor sykepleieren i sin omsorgsutøvelse blir utfordret i å balansere bruk av tvang på den ene siden og på den andre siden ivareta pasientens selvbestemmelsesrett. Denne balansegangen utfordrer sykepleieren til å måtte utvikle et godt skjønn samt gjøre komplekse vurderinger i forhold til egen praksis. Det finnes ikke klare svar på hva som er rett og galt og gjøre i mange av disse situasjonene og vi fant det derfor svært interessant å fordype oss i denne tematikken.

Vi har i denne oppgaven gjennom et litteraturstudie forsøkt å belyse kompleksiteten i denne balansegangen i lys av Kari Martinsens nærhetsetikk. Forskningen og litteraturen vi har benyttet har i hovedsak vært knyttet til bruk av tvang, men også etikk er et sentralt tema.

For å tydeliggjøre de etiske dilemmaene sykepleieren møter har vi å rette fokus mot pasienter som har volds - og aggresjonsproblematikk. Vi har også valgt å ta med et historisk perspektiv for å synliggjøre den enorme utviklingen man har sett innenfor temaet. Denne utviklingen tenker vi også er retningsgivende for den videre utviklingen.

Oppgaven belyser at det er flere måter å snakke om og forstå tvang på. En kan diskutere det ut i fra et juridisk, medisinsk, etisk, eller psykologisk perspektiv. Vi ser at utgangspunktet for diskusjonen om tvang er i stor grad basert på hvilke etiske verdier en setter høyest, der motsetningen mellom autonomi og paternalisme har vært i særlig fokus. Vår manglende kunnskap om effekt og resultat relatert til tvangsbruk er også en stor del av diskusjonen fordi formålet er å skape bedring, eller forhindre forverring, og samtidig beskytte pasienten og omgivelsene for potensiell skade og fare. Dette er videre basert på lovverket, der lov om etablering og gjennomføring av tvang regulerer tvangsbruk i Norge. Det er derfor også en juridisk diskusjon.

Studien gjør ingen klare konklusjoner, men belyser hvordan etiske dilemmaer kan sees på og vi har synliggjort flere ulike områder for videre forskning.

Relevante søkeord

Tvang, selvbestemmelse, autonomi, psykiatrisk sykepleie, omsorg.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Hensikten med oppgaven	7
1.2 Problemstilling	7
1.3 Oppgavens relevans	7
1.4 Avgrensing	9
1.5 Forskningsspørsmål	9
2.0 Metode	11
2.1 Datainnsamling	11
2.2 Litteratursøk	12
2.3 Analyse	13
2.4 Styrker og svakheter ved det analytiske arbeidet	14
2.5 Forskningsetiske overveielser	14
2.6 Metodiske begrensninger	14
2.7 Validitet	15
2.8 Metodekritikk	15
3.0 Tidligere forskning	17
4.0 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	22
4.1 Ulike måter å se bruk av tvang belyst av Kari Martinsens omsorgsteori og nærhetsetikk	25
4.1.1 Omsorg	26
4.1.2 Tredelt omsorgsbegrep	28
4.1.3 Den praktiske omsorgen	31
4.1.4 Moralen	32
4.1.5 Makt	32
5.0 Historisk tilbakeblikk på psykiatri og tvang	34
5.1 Sinnsykepleieren	34
5.2 Veien mot en ny sykehuslov	36
5.3 Behandlingsformer	38
5.4 Lov om psykisk helsevern	39
5.5 Tvang	41
5.6 Pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser	43

6.0 Kunnskapsmessig referanseramme	45
6.1 Etikk	45
6.2 Ethiske perspektiver	45
6.2.1 Normativ etikk	45
6.2.2 Pliktetikk	46
6.2.3 Konsekvensetikk	46
6.2.4 Sinnelagsetikk	47
6.3 Ethiske prinsipper	47
6.3.1 Prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade	47
6.3.2 Rettferdighetsprinsippet	48
6.3.3 Autonomi og selvbestemmelse	48
6.4 Frivillighet	50
6.5 Makt	51
6.5.1 Makt og avmakt	51
6.6 Omsorg	52
6.7 Asymmetri i relasjonen	54
6.8 Roller og ansvar	58
7.0 Diskusjon	61
7.1 Tvang	61
7.2 Den omsorgsfulle relasjonen	67
7.3 Å møte den andres aggresjon	72
8.0 Avslutning	74

1.0 Innledning

Allerede fra vi startet på masterstudiet i klinisk sykepleie hadde vi en tanke om at vi ønsket å skrive om psykiatri og bruk av tvang. Mange års erfaring fra psykiatriske akutt- og sikkerhetsenheter har bidratt til vårt engasjement for dette temaet. Vår erfaring har også vært at det har vært en markant utvikling i forhold til temaet. Vi har hatt utrolig mange vinklinger på blokka og etter hvert ble det tydelig for oss at det var nettopp kompleksiteten i situasjonene hvor tvang og pasientens selvbestemmelsesrett kan balanseres, som vi har valgt å rette fokuset vårt mot.

Det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett har en sterk posisjon i den vestlige verden. Samtidig har også lovverket knyttet til bruk av tvang innenfor det psykiske helsevernet blitt stadig strengere og kravet til reduksjon av tvangsbruk er uttalt. På den andre siden leser vi om ansatte som blir utsatt for vold utført av pasienter og det stilles krav til ansattes sikkerhet og samfunnsvern.

Brukerperspektivet er blitt viktigere innen psykisk helse, med økende fokus på betydningen av pasientens egne mestringsstrategier og relasjoner til personalet for resultatet av behandlingen. Brukermedvirkning har vært et politisk slagord i helsetjenesten i 20 år (St.meld.nr.41, 1987), ble rettighetsfestet i 1999 i Lov om pasientrettigheter (199-07-02 nr. 63) Loven regulerer den enkelte pasient sine rettigheter, herunder retten til medvirkning. Denne politiske og de samfunnsmessige endringene i forhold til pasientens posisjon fra å være «pasient» til å bli «bruker» er stor. For helsetjenesten innebærer dette ett hopp om å bli mer brukerorientert og etterspørre pasientens mening. Brukermedvirkning ses som en verdi i seg selv, som en grunnleggende menneskerett basert på respekt for det enkelte menneske. Økt brukermedvirkning under innleggelsen kan reduseres pasientens opplevelse av krenkelse og kan være med på å få ned utagering og sinne mot personalet. Begreper som respekt, integritet, verdighet, frihet og selvbestemmelse er både teorier og de kan være praktiske væremåter i møtet mellom pasient og personalet.

Helsevesenets rett til å benytte tvang innenfor psykiatrien er strengt regulert gjennom Lov om psykisk helsevern og det er opprettet flere kontrollorgan som skal sørge for at unødige begrensning i enkeltindividets autonomi ikke blir gjort (lovdata.no) Det er viktig at slike ting er på plass for tvangsinnleggelse på psykiatrisk avdeling kan oppleves som en krenkelse av

egen integritet, verdighet og mulighet for medbestemmelse i situasjoner. Pasientens erfaringer settes i og på spill humanistiske grunnbegreper og idealer, og slik sett også humanistiske praksiser i alt omsorgsarbeid

Gjennom profesjonsutdanningen lærer vi om omsorgens innhold og den ideelle nærhetsetikken.

Vold og aggresjon er en del av virkeligheten ved psykiatriske avdelinger. Forskning både nasjonalt og internasjonalt viser at arbeidstakere er utsatt for vold og aggresjonsproblematikk også generelt. Ansatte i offentlig sektor er særlig utsatt og yrkesgrupper innen helse- og sosialfag, skole, kriminalomsorg og politi må i sin yrkesutøvelse til stadighet forholde seg til trusler, aggresjon og vold.

Statistisk materialet fra Norsk Sykepleieforbund (2006) viste at de siste to årene hadde hver tredje sykepleier blitt utsatt for vold. I denne undersøkelsen kom det frem at hjemmesykepleiere og sykepleiere i mottaksavdelinger og legevakter er sterkt berørt av trusler og vold. 52 % av deltagerne i undersøkelsen hadde vært utsatt for farlige eller skremmende episoder i sitt arbeid (Dørnes, 2006).

I følge Levekårsundersøkelsen fra 2006 er minst 100 000 norske arbeidstakere (6 %) berørt av vold på jobb, hovedvekten innen helserelatert virksomhet (Statistisk sentralbyrå 2006).

En organisasjonsstruktur og bemanning som ikke tar høyde for uforutsette hendelser kan gjøre arbeidssituasjonen vanskelig. Omsorgsidealene kan oppleves som et fjernt og uoppnåelig ideal i hverdagens utfordringer. Møtet med praksis kan derfor bli ett sjokk for mange. Formidlingen av andres opplevelse og erfaringer med å gi omsorg i vanskelige forhold vil kanskje nyansere forventninger og kanskje gi innspill til en mer systematisk kompetanseoppbygging innen feltet. I Norge er det bare 3 høgskoler som tilbyr spesialiserte studier innen aggresjonsproblematikk i helse- og sosialfaglig sammenheng (Høgskolen i Bergen, Høgskolen i Molde, Diakonhjemmets Høgskole – Rogaland). Nasjonal rammeplan foreligger ennå ikke og det virker ikke som om det kommer med det første.

Vi ønsker i masteroppgaven å studere hvordan sykepleiere kan gi god omsorg til pasienter som er aggressive og voldelige samtidig som situasjonene tilsier at vi må utøve tvang. Pasienter som utagerer og/eller benytter vold i en eller annen form har vært en av de vanskeligste utfordringene innen psykisk helsevern. Norge har et lite forskningsmiljø på dette området, og det finnes et fåtall norske studier utført på norske sykehus og pasienter. Men en

stor del av denne forskningen skriver seg imidlertid fra fengsels- og sikkerhetspsykiatriske pasientpopulasjoner, og dermed ikke nødvendigvis direkte overførbare til en akuttpsykiatrisk pasientpopulasjon. Det er langt gjort sparsomt med forskning på voldsrisikovurderinger innen akuttpsykiatriske avdelinger, hvor den største andelen av innleggelser og utskrivelser tross alt skjer. Av to studier utført på nittitallet viser at voldsrisiko er høyest like før, under og like etter en innleggelse.

Strukturerte vurderinger av risiko for vold de første dagene under innleggelse kan bidra til å redusere vold og tvang innen psykisk helsevern. I en prospektiv multisenterstudie av bruk av Brøset Violence Checklist (BVC), som inkluderte 24 akuttpsykiatriske avdelinger i Sveits så de på hendelser knyttet til aggresjonsproblematikk i arbeidet med pasienter, og mange er opptatt av å kunne forutsi voldelig atferd fra pasientene. Det virker som at den mest betydningsfulle faktoren til årsak til vold skjer i samhandlingen mellom pasient og sykepleier samt det fysiske miljøet behandlingen skjer innenfor. De fleste konkluderer med at aggresjon forekommer hyppig i psykiatriske enheter, at sykepleiere og andre ansatte i miljøet er de som blir utsatt for dette, at tvang, krav og grensesetting er de vanligste foranledningene til voldelig atferd (Almvik og Woods 1999).

Flere artikler beskriver hvordan sykepleieren opplever og erfarer aggresjon fra omsorgsmottaker, bl.a. Hem og Heggen (2008), Hellzen (2004), Duxbury og Whittington (2005). Sykepleiere rapporterer blant annet at det er vanskelig å opptre som et terapeutisk instrument overfor pasienten da det ofte medfører motstridende krav i forhold til samtidig å være både et menneske og å være profesjonell. Dette kan oppleves som et spenningsfylt dilemma fordi sykepleierens sårbarhet blir en medvirkende faktor i relasjonen. Behovet for å benytte seg av bruk av tvangsmidler vil i stor grad være en del av hverdagen i arbeidet med pasientene fordi man også må forhindre at de setter andres liv og helse i fare. Vi må altså i omsorgen balansere det å ivareta deres autonomi samtidig som man skal ivareta sikkerheten. Denne sårbarheten er konstruktiv i omsorgsfellesskapet. Samtidig er det krevende og åpne opp og ta inn den andres livsverden, spesielt i forhold til pasienter med provoserende og aggressiv atferd. Watson legger vekt på at sykepleieren må være ekte, ha varme og empati for pasienten for at tilliten skal åpne opp foren relasjon. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å uttrykke følelsene sine. Dette er nødvendig for at pasienten skal kunne forstå sin egen atferd. Sykepleieren må i være forberedt på å ta imot sterke og vanskelige følelser fra denne pasienten i denne prosessen som varer over mange år på en akuttpsykiatrisk enhet.

1.1 Hensikten med oppgaven

Hovedhensikten med denne masteroppgaven er å synliggjøre sykepleierens utfordringer i å etablere et tillitsforhold til pasienten i tillegg til å gi omsorg til pasienter som reagerer med aggresjon og vold, samt få økt forståelse for de etiske dilemmaene man støter på når tvang og autonomi kan balanseres.

«Det å ta vare på pasienten og hjelpe pasienten med aggresjon, det er å gi omsorg. Vi skal ikke fjerne aggresjonen, men vi skal veilede de og lære at de kan takle de» (Isdal, 2000)

Vold og aggresjon hos personer med psykiske problemer har lenge vært en bekymring og en stor utfordring i praksis. Som internasjonalt forskningstema har dette kort historikk (Duxbury og Wittington, 2005). Risikovurdering, årsaker til og håndtering av pasientaggresjon har tradisjonelt vært hovedfokus for forskning innen aggresjonsproblematikk. Opplevelser i forhold til, effekter av og konsekvenser av pasientaggresjon har vært mer i fokus de siste årene (Hem og Heggen, 2008).

Å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til pasienter som reagerer med aggresjon er i utgangspunktet svært krevende. Hva skal man gjøre i disse situasjonene? Hvordan er det å være menneske og hjelper når du opplever store kontraster mellom den andres behov for nærhet, fortrolighet, mestring og godhet, til den andre kommer med slag og ukvemsords. Hvordan balanseres pasientens rett til autonomi når man samtidig må ivareta sikkerheten til medpasienter og ansatte?

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren balansere tvang og omsorg i møtet med voldelige og aggressive pasienter?

1.3 Oppgavens relevans

Det fins nok flere årsaker til at man som fagperson vil velge og ikke bry seg med håndtering av utagering eller prøve å forstå hvorfor det skjer. Det kan være redsel for å bli avslørt som litt for brutale, voldelige eller inkompetente i jobben. Mange sykepleiere spør seg selv «hvorfor blir akkurat jeg slått?». Kanskje tåler ikke praksisen dagens lys eller at man er så innarbeidet i tradisjoner og vaner slik at ingen tenker selv men gjør som de alltid har gjort, i tillegg synes mange det er vanskelig og endre på innarbeidede vaner. En annen årsak kan være at temaet er noe som man rett og slett synes er vanskelig å snakke om. Dette fordi man tenker at sykepleierens oppgave er å hjelpe syke/ustabile mennesker og ikke utøve makt og tvang. Ingen av disse ytterpunktene bør etter vår mening hindre oss i å behandle temaet. I spennet mellom ytterpunktene finnes mange ulike syn på hvordan man skal fokusere på fysisk makt og utagering. Spørsmålet er i seg selv absolutt betimelig, men sier en del om hvor lite vi forholder oss til hvordan man skal bruke (fysisk) makt.

Bruk av tvang kan sees på som motsetningen til empati, medmenneskelighet og humanisme. Praksis feltet vårt er fullt av eksempler på at sykepleiere har anvendt uakseptabel makt og provosert frem aggresjon hos pasienten. Det enkleste er å la vær og snakke om det fordi det er ubehagelig. Ofte nøyer man seg med og si at vold/fysisk utagering tolereres ikke, og skjer det så gjør man ett eller annet, og at man først må løse problemet i fred og ro. Samtidig skjer det på daglig basis at sykepleieren føler seg utrygg på egen og andres sikkerhet mens de er på jobb. «Å stikke hodet i sanden» og tro at problemet forsvinner om man ikke snakker om det, hjelper ikke i de konkrete situasjonene, slik vi ser det. Vi vil hevde at man ved å la være å fokusere på det bidrar til det motsatte av hva man håper på: nemlig at graden av unødig maktmisbruk blir større enn den trenger og være. Ved at vi snakker om disse tingene og tilegner oss tilstrekkelig kunnskap og aggresjon/vold vil vi kunne unngå en rekke hendelser der pasienter utagerer og sykepleieren må bruke makt og tvang. For det andre er dette ett viktig tema fordi det handler om å redusere skader. For å kunne gjøre jobben trenger man metoder for grensesetting. Ut fra erfaring fra eget praksisfelt vet vi at arbeid med mennesker som har psykiske lidelser kan innebære håndtering av utagering særlig på akutt og sikkerhetsenheter. Ofte kommer dette lite frem og dokumentasjonen av den ansattes opplevelse om situasjonen liten eller mangelfull.

Vi tenker at det er ikke er maktmisbruk eller uetisk å snakke om utageringssituasjoner og hva som faktisk skjer i disse situasjonene. Verdighet og personvern er ufravikelige prinsipp, men må ikke overskygge behovet for å ta opp ubehagelige og problematiske forhold. Den danske filosofen Løgstrup (99:39) sier at «tilliten skal ikke begrunnes eller rettferdiggjøres». Derimot er det mistilliten som skal begrunnes. Vi må tro at den andre vil det gode inntil det motsatte er bevisst. Vi som sykepleiere må tåle og så i det ubehagelig. Vi må være i stand til å ta over oss menneskelige problemer uten å bli truet av dem og uten å miste kontrollen over egne reaksjoner. Men vi må være bevisst på hva vi skal tåle, det er ikke greit at pasientene slår oss og noen ganger må vi kanskje ansvarlig gjøre dem mer og sette grenser for hva vi tåler, og ikke glemme at vi bare er mennesker.

Hva sitter vi igjen med? En utageringssituasjon er et møte mellom mennesker, i dette møtet er begge parter ansvarlige for seg selv og sine handlinger. I ansvaret ligger også muligheten til vekst og utvikling. Derfor kan man også stille krav til pasienten. Sykepleierens valg av måte å håndtere situasjonen er derfor med og danner grunnlaget for det videre forløpet.

1.4 Avgrensning

Fokus på masteroppgaven er å synliggjøre utfordringer til sykepleierne som opplever at pasientene reagerer med aggresjon og vold når sykepleieren forsøker og gi omsorg samt få en økt forståelse om makt og omsorg i profesjonell omsorgsutøvelse i psykiatrisk institusjon. I tillegg vil oppgaven omfatte tvangsbruk og hvordan tvang kan forstås og oppleves.

Aggresjon/voldsproblematikken i seg selv er ikke hovedfokus. Vi vil i liten grad komme inn på de ulike teoriene og årsaksforståelsene for aggresjon. Vi vil heller ikke differensiere ulike lidelser i forhold til aggresjonsproblematikk.

Likeledes vil vi ikke fokusere på teorier og metoder som relasjon og relasjonsbygging. Vi forutsetter kjennskap til begrepene kunnskaps og verdimeslige betydningsforhold, slik de er gjort i Henriksen og Vetlesen (2006), Røkenes og Hanssen (2006).

Vi har i denne studien valgt og ikke å problematisere/analysere i et kjønnet perspektiv.

1.5 Forsknings spørsmål

Å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til mennesker som utøver aggresjon er i utgangspunktet krevende. I tillegg har vi gjennom mange års praksis i akuttpsykiatrien fått erfart hvor vanskelig utøvelsen av tvang kan være både når det gjelder pasienten, pårørende og personalet som utøvde tvangen. Vi mener at tvang er nødvendig dersom det den blir riktig brukt i tillegg til at tvangen både kan være beskyttende og skadende. Disse tingene har ført til ett ønske om å ha et bevisst og reflektert forhold til tema, og en vilje til å undersøke eget læringspotensial når det gjelder og veksle mellom omsorg og tvang – i tillegg til at pasienten reagerer med aggresjon når vi forsøker og gi omsorg.

Hvilke tanker og følelser knyttes til disse erfaringene? Hvordan oppleves det egentlig å gi omsorg og få trusler og vold i retur? Hvordan er det å være med menneske og medmenneske i en relasjon når du over tid opplever store kontraster mellom den andres behov for nærhet, fortrolighet, mestring og godhet, til at den andre kommer med drapstrusler, utskjelling, spyting, lugging, sparking og slag? Hva vil det si å være profesjonell i denne sammenhengen? Det teoretiske rammeverket vil her være den teoretiske sammenheng som masteroppgaven befinner seg innenfor, og den vil igjen være styrende for hvordan oppgavens problemstilling blir forstått. Disse begrepene vil bli belyst ved hjelp av relevant teori og forskning, slik at begrepsavklaringen og litteraturgjennomgang vil foregå samtidig. Det vil bli gjort for å unngå unødvendige gjentakelser, samtidig som sammenhengen mellom teori og litteraturgjennomgang tydeliggjøres.

Et teoretisk rammeverk kan sammenlignes med en begrepsmessig modell eller en enkel teori, hvor ideer, fakta og forskning skal settes i et sammenhengende og meningsfullt system. Det blir et puslespill hvor de ulike begrepene skal plasseres slik at de danner et bilde som gir mening for den som betrakter det. Det teoretiske rammeverket har som grunnleggende mål å fokusere, ved at noen ting blir inkludert som relevante, mens andre ting blir ekskludert som irrelevante. Det sies gjerne at «det som kommer an på øye som ser». Og dette kan gjelde både i det daglige livet og ved forskning. Virkeligheten er mangfoldig og kompleks, og det vil være overmodig og nærmest urealistisk å tro at det er mulig å favne det hele. For å kunne vurdere relevansen til det rammeverket som brukes, blir det viktig å begrunne de valgene som gjøres i forhold til hva som blir fokusert. (Ringdal 2014)

2.0 Metode

Formålet vårt med denne studien har vært å innhente eksisterende empirisk kunnskap om sykepleierens utfordringer i å etablere et tillitsforhold og å gi omsorg til pasienter som reagerer med aggresjon og vold, samt få økt forståelse for de etiske dilemmaene man støter på når tvang og autonomi kan balanseres. Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i litteratur for å få svar på det vi vil belyse. Det er lagt vekt på å benytte primærkilder gjennom forskningsartikler fra studier og litteraturen er forsøkt satt inn i en samfunnsmessig kontekst, for å forstå bakgrunnen for den, og få en nøkkel til forståelse. Dette har vi gjort ved å knytte den teoretiske rammen opp mot eksempler fra praksis.

For å finne tilgjengelig kunnskap om dette forholdet er litteraturstudien valgt som metode. Litteraturstudien bygger på systematisk gjennomgang av allerede eksisterende empiri rundt et tema og gir oversikt over forskning som er utført på området. Temaet berører flere selvstendige fagområder og forskningsfelt for eksempel rettsvitenskap, sosialvitenskap og sykepleievitenskap. Studien vil derfor reflektere ulike perspektiver og forståelsesbakgrunner som vi vil bruke som støtteelementer opp mot det sykepleiefaglige perspektivet vi har i oppgaven. Studiens materiale blir analysert etter hermeneutisk metode. Dette innebærer at vi har forsøkt å tolke og forstå de tekstene vi har benyttet oss av.

Litteraturstudien tar også sikte på å gjøre en behovsvurdering for ny forskning, samt en vurdering av den kliniske nytten av studiens konklusjoner. (Ringdal 2014)

2.1 Datainnsamling

I søkeprosessen har vi fått kyndig faglig veiledning og bistand fra biblioteket ved Nordlandssykehuset avd. psykiatri. Dette samarbeidet har blant annet bestått i å utarbeide nyttige søkeord, søkekombinasjoner og strategier, utforskning og anbefaling av relevante databaser samt til bistand til selve utføringen av søk og orientering inn i de ulike databaser. Vi har benyttet oss av samfunnsvitenskapelige, sosialfaglige og medisinskfaglige databaser for å søke så bredt som mulig. Det er videre søkt i både nasjonale og internasjonale databaser.

2.2 Litteratursøk

Søkene i de ulike databasene ble utført i perioden mellom august 2015 og oktober 2016.

Tidligere forskning er funnet frem via søk på internett via databasene BORA, Idunn, ISI Web of Science, Pubmed, SveMed+ og NORART. Åpne søk inkluderte i første omgang følgende formuleringer «Hvorfor reagerer pasienten med vold, pasienter som utagerer, aggresjon, vold, hvordan kan sykepleieren gi omsorg til pas som reagerer med vold, relasjon mellom sykepleier og pasienter som er voldelige, tvang, hvordan kan sykepleieren utøve tvang og samtidig gi omsorg. Søkordene tvang, etikk, omsorg, autonomi, selvbestemmelse, psykiatrisk sykepleie, vold og aggresjon, ble også gjennomført på engelsk. Relevante publikasjoner, artikler og referanser ble så videre fulgt opp og avgrenset, med påfølgende litteratursøk.

Bøker inkludert som informasjonskilde i oppgaven, er basert på søk i BIBYS søkemotor. Samme søkeord som i artikkelsøket ble da anvendt.

For å tilnærme oss vårt forskningsfokus i best mulig grad utarbeidet vi følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier i forkant av og under søkeprosessen:

- Målgruppen er tvangsinnlagte pasienter innlagt i akuttpsykiatrisk enhet med vold og aggresjonsproblematikk.
- Forholdene i studien bør være overførbare til norske forhold.
- Tekstene skal være vitenskapelige.
- De må skandinavisk eller engelskspråklig tekst.
- Publikasjonene skal tilhøre perioden fra 1996 til 2016.

Innsamlingen av litteratur om tvang, pasienter som reagerer med vold og aggresjon, omsorg fra sykepleier ble i stor grad basert på gjentatte åpne og systematiske søk på internett. Søkene ble forsøkt peilet inn på tidligere studier, prosjekter og rapporter ang tvang, vold, aggresjon og omsorg osv. Litteratursøkene ble gjennomført Innsamling av litteratur om temaet ble i stor grad basert på gjentatte åpne og systematiske søk på internett. Søkene ble forsøkt peilet inn på

tidligere studier, prosjekter og rapporter. Litteratursøkene ble gjennomført i google scholar og nettsidene til regjeringen, Helsedirektoratet, Lovdata, Rådet for psykisk helse.

2.3 Analyse

Studiens analyse kan sees som et granskingsarbeid der utfordringen ligger i å finne hva materialet har å fortelle. (Malterud 2007)

Vi har valgt å gi studiens teoretiske perspektiv en sentral rolle. Vi har forsøkt å etablere sammenhenger og mening fra materialet i lys av teori, for videre å belyse dette ved hjelp av eksempler fra praksis. Prosessen startet derfor allerede i forstadiet til studien som en følge av refleksjoner rundt daglige kliniske erfaringer, men også i vårt møte med litteraturgrunnlaget. Vi innledet prosessen til det skriftlige analysearbeidet i søkeprosessen ved å utarbeide kriterier for inklusjon og eksklusjon. Disse er beskrevet tidligere. Arbeidet videre har bestått av en kontinuerlig prosess mellom datainnsamling, bearbeiding og dataanalyse. Gjennom søkeprosessen fikk vi en oversikt og videre forventninger til hva vi kunne finne samtidig som vi tidlig innså at det kunne bli vanskelig å finne forskning som berører akkurat de kombinasjonene av søkeord som vi ville bruke.

Den neste fasen besto i gjennomlesing og videre utvelgelse av studier som førte oss videre i en prosess der vi fordypet oss i de enkelte elementers egenart i materialet. Vi gjorde oss godt kjent med de enkelte studienes design og gjennomføring.

I analysen benyttet vi en hermeneutisk vitenskapsforankring når vi tilnærmet oss materialet.

Vi stilte følgende spørsmål til de tekstene vi valgte å ta med i analysen:

Hvilke tanker og følelser knyttes til tvang vs. selvbestemmelse?

Hvordan oppleves det egentlig å gi omsorg og få trusler og vold i retur?

Hvilke perspektiver trekkes fram i forhold til balanseringen mellom tvang og selvbestemmelse?

Hva vil det si å være profesjonell i denne sammenhengen?

Hvordan ivaretas pasientens tillit i situasjonene som beskrives?

2.4 Styrker og svakheter ved det analytiske arbeidet.

Studiens forskningsspørsmål åpner for mange tilnærminger, noe som i starten gjorde jobben krevende. Vi måtte snu rundt på egen forståelse og åpne et ydmykt sinn for å finne hva materialet kunne fortelle. På denne måten kunne vi se sammenhenger likevel og vår nysgjerrighet ble videre vekket.

Det ble en utfordring i søkeprosessen å finne studier og litteratur som rettet fokuset direkte mot de etiske overveielserne sykepleierne kan gjøre i balanseringen av selvbestemmelse og autonomi.

Vi opplevde at nettopp den hermeneutiske tilnærmingen åpnet for å oppdage variasjon og nyanser i materialet som vi ikke fant i løpet av de først sammenstillingene. Det var utfordrende å fristille seg fra egne erfaringer og virkelig undersøkte materialet, men vi opplevde å få en ny forståelse i forhold til tema og kunnskapen som vi søkte.

2.5 Forskningsetiske overveielser

Ved litteraturstudier vil nødvendige forskningsetiske avklaringer, vurderinger og tillatelser foreligge for det enkelte studium i materialet, men forskningsetiske overveielser av konteksten vi tolker dataene i ble likevel viktige å vurdere i forhold til vitenskapelige normer og verdier. Ringdal (2014) peker på upartiskhet i forskning som et av flere viktige idealer i forhold til egen forskning. Derfor var det viktig for oss å ikke la oss påvirke av eget syn eller forklaringer.

Studiens analyse sikter ikke mot å gi en endelig forståelse, men å gi et lite utsnitt fra en større sammenheng samt bidra med hypoteser for videre utforskning.

2.6 Metodiske begrensinger

All forskning er innhenting av ny kunnskap og for at andre skal kunne benytte denne kunnskapen må det komme klart frem hvor den kommer fra og hvordan kunnskapen er bygget opp. I vår studie baserer vi oss på materiale som allerede er vurdert. Den videre søkeprosessen, sammenstillingen av kunnskap, analyse og fortolkningsprosesser er vårt ansvar. Vi har tilstrebet åpenhet om egen forforståelse og teoretisk plattform. Vi har begge

mange års erfaring fra psykiatrisk akutenhet, noe som helt klart bidrar til at vi kan ha lett etter å få bekreftet egne antagelser og «sannheter» fra vår praksiserfaring.

Vi har forsøkt å være så tro som mulig til forfatterne i materialet vi har brukt i hele prosessen, fra gjengivelse til presentasjon av det enkelte studium og resultater. I arbeidet med å oversette engelskspråklig har vi brukt mye fokus på å få den rette forståelsen men det kan likevel være nyanser i språket som gjør at vi ikke har fått med oss nyttig kunnskap, eller variasjoner over de ulike tema.

2.7 Validitet

Som prosess handler ikke forskning om å finne en sannhet, men om å ta stilling til hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om. Litteraturstudien som metode åpner i stor grad for overraskelser i sammensetningen av materialet. Utfallet av forskningsprosessen vil likevel avhenge av spørsmålene som stilles inn i materialet. Validitetsbegrepet handler om hvorvidt funnene man presenterer har gyldighet. (Ringdal 2014) Materialet vi har benyttet er begrenset, og kan derfor ikke lede til konklusjoner. Vi føler likevel at det kan gi indikasjoner om forhold som er nyttige og utforske ytterligere. Med det utgangspunktet kan vi tenke oss at det viktigste denne studien bidrar med er videre spørsmål og refleksjon rundt forholdet i møtet mellom pasient og sykepleier når rammen rundt dem er preget av vold, utagering og behov for å benytte tvang.

Vi har for øvrig tidligere beskrevet de metodiske valg som ligger til grunn for at vi undersøker det studien har som intensjon å undersøke og gir også grunnlag til å belyse studiens validitet sammen med analyseresultater. Vi har valgt kvalitativ metode og litteraturstudie som metode da vi som forskere ville komme for tett på vårt eget stoff ved å gjennomføre en undersøkelse på egen arbeidsplass. Dermed kunne dataenes reliabilitet og validitet stått i fare.

2.8 Metodekritikk

Litteraturstudien som metode vil nødvendigvis være begrenset til hva andre har gjort tidligere og en litteraturstudie som denne masteroppgaven representerer, som er et individuelt prosjekt, har vi selv utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier.

En åpenbar svakhet ved denne prosessen er at vi kan ha begrenset tilgangen til nyttige funn, samt ført til selektivt utvalg som støtter egne standpunkter. Andre forskere fra samme

fagområde kan oppleve å komme frem til ulike slutninger. Det kan være en svakhet ved denne metoden, med mindre studiets pålitelighet kommer helt tydelig frem. Som metode er litteraturstudien krevende fordi den innebærer et omfattende søkearbeid og gjennomlesing av ofte lange og krevende artikler. Tidsrammen og omfanget i denne masteroppgaven har ikke gjort det mulig å utføre en fullstendig systematisk gjennomgang og kartlegging av forskning som berører forskningsspørsmålet fra alle felt.

3.0 Tidligere forskning

Både nasjonalt og internasjonalt er arbeidstakere utsatt for aggresjonsproblematikk i sin yrkesutøvelse, vold og trusler om vold er et omfattende problem innenfor visse deler av helse og sosial sektoren. Statistisk sentralbyrå (SSB) Levekårundersøkelser (2006, 2009) og Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon FAFO (Svalund 2009) har dokumentert at vold og trusler om vold som forekommer i jobb situasjoner skaper store arbeidsmiljø problemer. I følge FAFO sin undersøkelse «Vold og trusler om vold i offentlig sektor 11» (2009) skjer en tredjedel av volden i Norge på jobben. Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2009 fra SSB tyder på at minst 100 000 norske arbeidstakere har vært utsatt for vold på arbeidsplassen i løpet av ett år. SSB trekker frem to grupper som er spesielt utsatt for vold: sykepleiere og ansatte innen salgs og service yrker.

Vold og aggresjon hos pasienter med psykiske lidelser har lenge vært en bekymring og en stor utfordring i praksis. Som internasjonalt forskningstema har dette kort historikk (Richter og Wittington, 2006). Risikovurdering, årsaker til og håndtering av pasientaggresjon har tradisjonelt vært hovedfokus for forskning innen aggresjonsproblematikk. Opplevelser i forhold til, effekter av og konsekvenser av pasientaggresjon har vært mer i fokus de siste årene (Hem og Heggen, 2008).

Trekk ved både pasienter og personalet, forholdet dem imellom samt postatmosfære og kultur er forsket på og kategorisert. Også samhandlings- og situasjonelle faktorer mellom personalet og pasienter er fokusert på (Duxbury og Wittington 2005).

Enkelte studier inkluderer både pasienter og personalets perspektiv. Duxbury og Wittington (2005) gjennomførte en spørreundersøkelse der 80 pasienter og 82 sykepleiere fra 3 psykiatriske avdelinger for inneliggende pasienter besvarte spørreskjemaet «The management og Aggression and Violence Attitude Scale». Spørreundersøkelsen konkluderte blant annet med at pasientene vektla miljømessige forhold og dårlig kommunikasjon som betydningsfulle for aggressiv atferd. Sykepleierne la hovedvekten på pasientens sykdom selv om negative miljømessige forhold også ble lagt vekt på.

Hellzen et al. (2004) gjennomførte narrative intervjuer med 15 profesjonelle omsorgsgivere (sykepleiere/hjelpepleiere) som arbeidet på en psykiatrisk avdeling hvor de hadde en pasient med forstyrret atferd. Resultatet var blant annet en synliggjøring av usikkerhet på egen fremtid, manglende evne til å tolke pasientens forstyrrende atferd og deres totale følelse av meningsløshet. Det var stor forskjell på egne ideelle omsorgsidealer og realitetene når de

jobbet med denne pasienten. Personalet var utsatt for aggresjon fra pasienten, noe som satte relasjonen på hard prøve. Funn visste at de fikk kontakt med en ukjent og svart side av sin egen personlighet. Dette gav etter hvert en følelse av desperasjon og avmakt. De opplevde at pasienten overtok makten og styringen på avdelingen som medførte at de følte seg maktesløse og redde.

Mary Johnson og Penny M. Hauser (2001) har beskrevet en studie hvor 20 erfarne sykepleiere ble intervjuet om møtet med den aggressive pasient. De fant at erfarne sykepleiere var flinke til å lese situasjonen og hver enkelt pasient. De viste hvor pasienten var, forstod meningen med pasientens atferd og forstod pasientens behov (Johnson og Hauser, 2001).

De-escalation er et begrep som gjenspeiler måter å møte den aggressive, volds truende pasienter på, der aggresjon ønskes redusert. I en studie er 70 engelske sykepleiere presentert for ulike konfliktscenarier, for deretter å bli bedt om å rangere intervensjonstype for de ulike scenariene. Studien tillegges også at begrepet «descalation» betinger fokus på pasientintegritet og profesjonalitet. Erfarne sykepleiere viste en signifikant mer respektfull og autonom fremmede intervensjon enn de mer uerfarne sykepleierne. Grensesetting og ivaretagelse av pasientautonomi fremkom som viktige (Johnson og Hauser, 2001).

Johnson og Hauser(2001) hevder i sin studie at erfaring hos sykepleiere gir økt forståelse for pasientens opplevelse ved å være på en akuttpsykiatrisk avdeling. Den komplekse situasjonen ved akuttpsykiatrisk avdeling krever erfarne sykepleiere for å kunne fange opp pasientens behov tidlig nok.

Lene Berring (2005), forsker ved en akuttpsykiatris avdeling i Danmark, belyser betingelsene som må være til stede rundt sykepleierens interaksjon med den truende og voldelige pasienten, for så å se på innholdet i selve interaksjonen. Studien påpeker sykepleierens de- eskalerende effekt gjennom strukturert mottak og møte mellom pasient og sykepleier. Livet inne i avdelingen kan brått bli preget av krenkende opplevelse og en vanskelig situasjon både for sykepleier og pasient, pga. mangel på personell og situasjoner som kreves disses oppmerksomhet. Der interaksjon kunne ha foregått så tidlig som mulig, i stedet for altfor sen intervensjon. Mye av personalets interaksjoner beskrives som fortløpende interaksjoner på grunnlag av oppståtte situasjoner. Der hun finner at det burde vært rom for bedre faglig planlegging. I sin oppsummering advarer hun mot at sykepleieren kan bli en markør for uforsvarlige forhold på linje med «kanarifugler i bur», slik man hadde i gruver før i tiden. Morrison, Morman, Bonner, Taylor, Abraham og Lathan (2002) viser til en studie fra en «maximum security psychiatric facility». Der store problemer med vold fra pasienter, begynnende flukt av sykepleiere, og høy frekvens av tvangsmiddelbruk hadde ført til behov

for tiltak. Mangelen på sykepleiere var blitt et stort problem, men bedret seg etter fokus på forutsigbarhet, der pasienter og personale visste hvilke tiltak som skulle iverksettes etter pasientens utspill. Forutsigbarhet tolkes som et viktig resultat her. Tallene viser en vesentlig nedgang i voldsepisoder og tvangsbruk etter rundt et års målinger. Tiltak som kan ha virket er: Reorganisering av enheter. Redusering av antall pasienter ved en enhet, ned til maksimum 15 pasienter. Noe som trolig er et høyt antall sammenlignet med Norske enheter. Forskjellige pasientgrupper ble atskilt. Ivaretagelse av personalet og samtaler med disse ble prioritert. Funn: Klar reduksjon av episoder med utagering, adekvat personaldekking fortsatte å være en utfordring. Personalet var bedre rustet fordi de nå hadde kontroll og forutsigbarhet. Reduksjon av utagering førte til bedre muligheter for samvær og behandling for pasientene. Duxbury (2002) gjennomførte en undersøkelse med spørreskjema og intervjuer ved 3 akuttpsykiatriske enheter, hvor han intervjuet både pasientene (n=80), sykepleiere (n=72) og annet medisinsk personale (n=10) om deres syn på hvordan vold og aggresjon skulle håndteres. Det rettes fokus på at de-eskalerende trening ikke bør føre til at personalet problemfokuserer for tidlig. Det ønskes bedre kunnskap om de-eskalering. Sammenhengen mellom kunnskap og tid til samvær, kan føre til bedre relasjoner mellom personalet og pasientene. Øke forskning og fokus på multiple perspektiver på problemstillingene i praksis.

I en studie av Berring (2003) ble det identifisert tre hovedkategorier av «utløsende volds faktorer». Disse faktorer er knyttet til pasienten, relasjonen til miljøterapeuten og strukturen på arbeidsstedet. Utydelige avtaler og strenge miljøregler, samt hyppig utskiftning av personal eller for mange ekstravakter kan gi økt risiko for voldelig atferd hos pasientene.

Kontrollerende og autoritær atferd fra miljøterapeutens side, vil også kunne øke faren for voldelig atferd fra pasienter. Ved å jobbe målbevisst med å forebygge, håndtere og følge opp arbeidstakere etter episoder med trusler og vold på arbeidsplassen kan både fysiske og psykiske skader hos ansatte hindres. Erfaring, utdanning hos de ansatte og forhold på arbeidsplassen (antall og sammensetning av pasienter, rutiner og bemanning), anses også å bidra til økt oversikt og forutsigbarhet både for pasienter og ansatte.

Utgangspunktet for å anvende tvang er at det vurderes å være medisinsk nødvendig grunnet alvorlig sinnslidelse. Slik rettferdiggjøres tvangsbruk for å beskytte et menneske mot seg selv, beskyttelse av andre og for å gi nødvendig behandling i den hensikt å skape bedring eller hindre forverring. En slik begrunnelse burde blant annet være basert på forskningsbasert kunnskap om effekter og behandlingsresultater av tvang. Samtidig er grunnleggende

kunnskap om effektene av tvang og behandlingsresultater mangelfullt, og av varierende kvalitet. Resultatene har også vært varierende. Det etterlyses derfor mer kunnskap om tvang, og behovet for mer forskning om temaet anses som stort. Dette gjelder innenfor etiske, juridiske, psykologiske, medisinske, og andre relevante fagområder. Tverrfaglig forskning kan være en god forutsetning for å få solid kunnskap om emnet (Helsedirektoratet, 2009: Helse og Omsorgsdepartementet, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2009) er en av de største utfordringene,- og årsakene til den manglende forskningen, knyttet til metodologi. Metodologisk er en av problemene å gi en entydig redegjørelsen av tvangsbegrepet, noe som er nødvendig for å kunne operasjonalisere begrepet. Mer om tvangsbegrepet vil følge i neste kapittel.

De siste 10-15 årene har fokuset på tvang fått økt fokus, og ikke bare på tvangsbruk som utføres i psykisk helsevern. En stor del av forskningen som er utført om tvang stammer fra utenlandske studier. Resultatene er ikke nødvendigvis overførbart til Norge, grunnet ulik lovgivning, organisering og praksis mellom ulike land. Det er derfor et ønske gjennomføre flere norske studier (Helsedirektoratet, 2009).

Flere kilder henviser til for lite forskning på effektene og resultatene av tvang, både hva angår tvangsinngelger, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Blant dem er Sosial og Helsedirektoratet (2006), Helsedirektoratet (2009) og NOU (2011:9). Mulige positive og negative effekter er likevel rapporter og mulig å samle i en oversikt, som vil bli presentert nedenfor.

Opplevelsen av tvang kan være ulik mellom pasienter og helsepersonell. På samme måte kan opplevelsen av effektene og resultatene av tvangsbruken være like forskjellig. Norvoll og Husum (2011) har foreslått ulike årsaker som kan forklare disse forskjellene, fra ulike oppfatninger av psykiske lidelser og hva som er god behandling, til ulike syn på tvang.

En svakhet ved flere av disse undersøkelsene er igangsetting av mange tiltak, der det blir vanskelig å si eksakt hva som virket og hvordan? Utvalget av treff oppleves ikke å stemme helt med annen kunnskap om forskning innen problemområdet. Organiseringen av enhetene er trolig bedre i Norge, og sentral oppfatning synes å være at tidlig intervensjon og tilrettelagte miljøer med nok erfarent personale er avgjørende der aggresjon og vold er potensielt tilstede.

En akuttpsykiatris avdeling skal ta seg av, vurdere å behandle pasienter med akutt behov for psykiatrisk spesialistkompetanse. Kriser og tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er i hovedsak psykotiske tilstander, akutte forvirringstilstander og andre tilstander preget

av stor angst eller depresjon, eller motorisk uro eller aggresjon som kan medføre betydelig fare for andre pasientens liv og helse. Den har lovfestet plikt til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med øyeblikkelig hjelp menes at pasienter har krav på inntak innen 24 timer etter henvisning. Akuttpsykiatrisk avdeling som institusjon kan beskrives som en avdeling hvor pasienter har mer eller mindre kontakt med omverden og begrensninger med hensyn til autonomi. Avdelingen har som regel en lukket skjermingsenhet (psykiatriens intensiv avdeling) og et såkalt åpent avsnitt. Etter lov og forskrifter skal det alltid være personal tilstede eller tilgjengelig for pasienten på skjermet enhet. I det åpne avsnittet er pasientene ikke så dårlige at de må kontinuerlig tilsyn. Her er noen av pasientene «friske nok» til å ha bevegelsesfrihet (utgang alene, permisjoner o.l.) og kontakt med omverden enn tilfelles er for de som er på skjermet enhet.

4.0 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Hermeneutikken oppstod i renessansen og dreide seg i starten om fortolkning av bibeltekster, men har utvidet seg slik at det talte ordet og etter hvert ikke-språklige handlinger i sin alminnelighet også kan bli gjenstand for tolkning. I hermeneutikken bygges det på en grunnregel at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi undersøker er en del av og betyr at vi forstår delene i lys av helheten. Hvordan teksten blir tolket for å skape en sammenheng innebærer hvordan forståelse og tolkning pendler mellom en del og helheten. For å forstå det enkelte må man forstå det allmenne som det enkelte er en del av og henviser til den hermeneutiske sirkel eller spiral. Gjennom å bruke begrepet spiral viser det til en videre bevegelse som gir fordypning i egen meningsforståelse som igjen kan øke forståelsen. En sirkel vil derimot komme tilbake til samme sted, ifølge (Thornquist, 2002). Den sirkulære og spiralaktige handlingen ses som viktig for å gå i dybden av en tekst. Dette bygger på et gjensidig samspill mellom konteksten fenomenet står i, aktørens forståelse og det som skal fortolkes.

Som fortolker tar vi med oss egne erfaringer og kriterier inn i tolkningsprosessen. Man skaper selv den konteksten som noe skal forstås innenfor der forventninger og forforståelse spiller inn. Problemstilling og underliggende forskningsspørsmål er framstilt på bakgrunn av og preges av egen forforståelse. Vår forforståelse kjennetegnes av eget ståsted og erfaringer både gjennom arbeid og studier.

Gjennom refleksjon skal vi forsøke å se sammenhengen mellom egne forutsetninger og standpunkt på den ene siden, og på den andre siden hvordan vi forstår og tolker innholdet i tekstene fra empiriske undersøkelser og dokumenter som danner teoretisk utgangspunkt.

Denne masteroppgaven er en teori studie og litteraturanalyse. Det er valgt en kvalitativ forskningsmetode som grunnlag for en fortolkende tilnærming på bakgrunn av hermeneutikk, der den «nye» teksten som fremstilles ikke bare skal beskrive, men også tolke fenomener som blir presentert. Den kvalitative metoden vi har bygget teorien på omhandler menneskelig erfaring (fenomenologi) som representerer en forståelses form der subjektive erfaringer betraktes som kunnskap. Vi vil i denne studien forsøke å se på hvordan sykepleierne kan balansere tvang og omsorg i møtet med voldelige og aggressive pasienter? Vi vil med studien

forsøke å finne ny kunnskap om å arbeide med utfordrende tvangsinnlagte pasienter gjennom fenomenologiens essensieringer i kombinasjon med den hermeneutiske vekslingen nærhet – avstand.

Fenomenologi er sterkt knyttet til tenkningens opphavsmann, Edmund Husserl (1859-1938). Han var opptatt av den ytre verden slik den fremstår for oss. Han mente at ved hjelp av våre sanser – konstitueres verden i vårt bilde. Fenomenologen formulerer mottoet «til saken selv». Og understreker derved viktigheten av å se saken slik den fremstår for oss i samsvar med dens vesen (Thornquist, 2002).

Fenomenologi betyr «læren om fenomenene» og handler om det som viser seg, det synlige. Fenomenologi utforsker det subjektive perspektivet, og det vil si at det å studere mennesket må gjøres utfra menneskets væremåte og subjektive virkelighetsoppfatning.

Fenomenologien fokuserer på beskrivelser av menneskers erfaring eller deres livsverden, samtidig som fenomenologien sier at mennesker ikke kan studeres som ting. De må studeres som handlende, følende, menende og forstående individer. Begrepet ble utviklet av Husserl, og er en betegnelse på den kunnskapen som danner et nødvendig utgangspunkt for all forståelse og det som vi stort sett tar for gitt. Han kaller denne kunnskapen før predikativ og passivt fungerende; den befinner seg på et ikke-intellektuelt plan. En kan si at formålet med fenomenologiske studier samlet er å gå «back to the things themselves». Det er videre et ønske om å trekke meningsbærende essenser ut fra fenomenet som er i fokus, gjennom å studere de erfaringer folk har med fenomenet. Det krever at man åpner seg for fenomenet slik det blir beskrevet gjennom å sette til side de antagelsene man har om fenomenet fra før – bracketing. I hvilken grad man mener at en slik forforståelse kan settes til side, eller hvilke sider ved forforståelsen som er nødvendig å ha for å kunne forstå fenomenet varierer mellom ulike teoretikere (Bengtsson, 1993).

Fenomenologiens grunnprinsipp er ifølge Husserl å komme frem til utvetydig kunnskap om opplevd erfaring. Han var opptatt av begrepet «livsverden» som kan forklares med en forståelses horisont som inkluderer sansing, vår bevissthet og forståelse. En kan beskrive det slik at vår «livsverden» blir med andre ord vårt erfaringsgrunnlag. Fenomenologi vil videre si at ett og samme fenomen oppleves individuelt utfra hver person sin bakgrunn, interesser og forståelse. To pasienter kan ha samme diagnose, men oppleve tilstanden forskjellig ut fra bakgrunn og forståelse. Det samme gjelder en hendelse på jobb for eksempel når en sykepleier opplever pasienten som truende mens den andre sykepleieren ikke gjør det. For at

man skal kunne utforske et fenomen, må utsagn forstås ut fra sitt vesen. For at man skal kunne utforske et fenomen, må utsagn fra mennesket komme frem, slik som lidelse, smerte, sorg og glede.

Fenomenologien er altså et forsøk på å beskrive en opplevelse uten å komme med tolkninger eller årsaker. Kunnskapen om fenomenet, som her i oppgaven er bruk av en historie fra en psykiatrisk avdeling samt forskning og litteratur om emnet. Målet er å oppnå den virkeligheten sykepleieren som utsettes for vold og trusler reelt er i og samtidig skal gi omsorg, altså deres livsverden.

Husserl hevder blant annet at vitenskapet fjerner seg fra hverdagsverden. Det er denne livsverden som er utgangspunktet for empirisk forskning som i denne oppgaven er en historie fra virkeligheten. I tillegg til at vi skal forsøke å dra inn tidligere forskning og tolke disse funnene. Man må forsøke å forstå hvert enkelt individ ut fra kultur, historie og sosial sammenheng samt relasjoner til andre mennesker og omverden. Med dette mener Husserl den verden som vi lever i og tar for gitt. Fenomenologien er særlig opptatt av å beskrive fenomenets generelle struktur i vår livsverden. Fenomenologi handler med andre ord i stor grad om den subjektive opplevelsen av situasjoner (Bengtsson 1993).

En kan si at vitenskapsteoriene, naturvitenskap og hermeneutikk, har utviklet to ulike språk. I naturvitenskap brukes ord som rasjonelt, objektivt og påviselig som om disse ordene er allmenngyldige og uavhengig av tid og kontekst for øvrig. Et hermeneutisk vitenskapssyn er ingen enhetlig klar forståelse. Man kan si at det er et alternativ som kan forstås ut i fra ulike perspektiver som for eksempel konstruktivistisk, fenomenologisk og psykoanalytisk (ibid). En fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapssyn gir oss mulighet til å forstå menneskelige fenomener av subjektiv art på en mer meningsfull måte enn naturvitenskaplig ideal. Men utfordringen vil likevel være å søke «saken» selv. I en søken settes forskeren på spill både i forhold til egen fordom og forforståelse. Dette for å oppnå en dypere forståelse av det pasientfenomen som skal studeres. Hermeneutikk som forskningsmetode er både et historisk og nåtidig perspektiv en anerkjent metode i humanvitenskapen. Ordet «hermeneutikk» kan ledes tilbake til det greske verbet hermeneuin. Grunnbetydningen av hermeneuin var å bringe til forståelse gjennom tolkning. Det som kjennetegner hermeneutikken er forskerens intuisjon (Bengtsson 1993).

4.1 Ulike måter å se bruk av tvang belyst av Kari Martinsens omsorgsteori og nærhetsetikk

Vi har valgt Kari Martinsen som teoretiker. Hun har vært sentral i utdanningen, og vi kjenner oss igjen i hennes humanistiske menneskesyn som innebærer å se hvert enkelt individ i et helhetsperspektiv. Det innbefatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner.

Kari Martinsen er den sykepleieteoretikeren i Norge som tydeligst meislet ut et helhetlig syn innen den livsfilosofiske sykepleietenkningen. Hun har hatt ett omfattende forfatterskap som er preget av stadig utvikling. Til tross for dette har hun hatt hovedideen om omsorg som sykepleierens fundament hele tiden.

Hun har markert seg som en tydelig og skarp kritiker av den evidensbaserte sykepleietradisjonen. Hun har i artikkelen Uro kring evidens (2004) sammen med Jeanne Boge reist spørsmål rundt kunnskapshierarkiet de mener er rådende innenfor evidensbasert sykepleie. For det første peker de på vanskelighetene det er å sette resultatene fra en humanistisk undersøkelse inn i en database. For at det skal være mulig å få en sammenheng med den konkrete hverdagen kreves det mer plass enn bare et lite sammendrag i en database. Videre peker de på ulike grader av evidens. Kunnskap av høy evidens er ikke nødvendigvis det grunnleggende for god kunnskap. Boge og Martinsen mener at vel så viktig er sykepleierens refleksjon etter en handling, for eksempel når pasienten har kastet en kopp kaffe i veggen i frustrasjon. Da må sykepleieren på banen og reflektere over hvorfor det skjedde, kunne det vært unngått. Det er med å gi ny innsikt, og både sykepleiehåndverket og skjønnet blir videreutviklet. Denne kunnskapen er også verdifull selv om den får bortimot null målt i evidens. De mener også at den evidensbaserte tilnærmingen egner seg dårlig for kompliserte pasienttilfeller. For slike pasienter finnes det ikke standardisert medisinsk behandling. Det kan føre til at de lett kan falle utenfor, og det ikke finns noen ferdig skrevet prosedyre for hvordan sykepleieren skal løse problemet. Her må sykepleieren være løsningsorientert og bruke seg selv som redskap i samarbeid med pasienten for å løse situasjonen. I denne forbindelse peker Martinsen og Boge på at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan være like viktig som den rent instrumentelle behandlingen som blir gjennomført. Til slutt i artikkelen henviser de til psykolog Birte F. Johannessen som sier det er en sammenheng mellom evidensbasert sykepleie og den økende bedriftsøkonomiske tenkningen innenfor offentlig sektor. I et slikt bedriftsøkonomisk, evidensbasert og standardisert helsevesen ser man på pleie og omsorg

som varer som kan prises og forhåndsdefineres i instruksjoner og brukerkontrakter (Boge og Martinsen, 2004).

4.1.1 Omsorg

Martinsen hevder at omsorgen er grunnleggende og utgjør en forutsetning for alt liv, og at omsorg er det mest fundamentale og naturlige ved menneskets eksistens, og grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre. Hun peker først og fremst på tre sider ved omsorgsbegrepet. Omsorg er et rasjonelt begrep og det mest fundamentale og naturlige ved menneskets eksistens, og grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre. Omsorg er praksis og har en moral, hun betegner omsorg som sykepleierens verdigrunnlag og derfor en grunnholdning som man må ha i sin tilnærming til pasienten. Hun hevder også at omsorg i seg selv er et mål og derfor tar avstand fra det hun kaller «formålsrasjonell» sykepleie. Martinsen påpeker at omsorg ikke kan forskes frem, men bare mottas og tydes i menneskelige relasjoner.

Hun er opptatt av å avgrense omsorgsmoralen fra to fallgruver. På den ene siden er moral bygget på sentimental omsorg og på den andre siden er den bygget på et individualistisk menneskesyn (formålsrasjonalitetens etikk). Vi har valg dette utgangspunktet som forankres i fenomenologien. Med det menes at mennesket og omgivelsen utgjør en enhet, og kan derfor ikke forstås eller betraktes separat. Det som gir rom for tolkning og det individuelle er at Martinsen er nokså lite konkret angående sykepleierens spesifikke domene, noe som gjør at de praktiske oppgavene til sykepleieren blir litt uklare. Hennes intensjon er at vi som sykepleiere skal være reflektert å la individualiteten råde i hver situasjon (Martinsen 2004)

Martinsen mener omsorg er en grunnleggende forutsetning for all menneskelig eksistens. Sykepleieomsorgen er spesiell, og ytes med en balansegang mellom faglig kunnskap, erfaring og skjønn. Å opptre som likeverdige, å inkludere og anerkjenne den hjelpetrengende er nødvendig for å skape tillit. Hun presiserer også at omsorg ikke er sykepleie, men en elementær del av sykepleien. Å våge å gå inn i og stå i situasjoner er og sentralt for sykepleieren (Martinsen, 2003).

Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre og omsorgens relasjonelle aspekt oppnås mellom to parter der den ene har behov for omsorg, og den andre gir omsorg (Martinsen, 2003). For å kunne oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient må

sykepleieren kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Martinsen vektlegger sykepleierens ansvar for de svake, og er spesielt opptatt av at sykepleieren er rettet mot de som er syke eller pleietrengende og ikke er selvhjulpne. Ved sykdom og helse er det denne avhengigheten tydelig trer frem. Hun mener da at denne avhengigheten trenger ett menneskelig motsvar, som er omsorg. Når man skal lære å handle omsorgsfullt og begrunne omsorgen, vil grunnlaget være innlevelse og refleksjon over konkrete situasjoner. Det er denne situasjonen som skal være et utgangspunkt for relasjonen (Martinsen, 2002).

Omsorgens praktiske aspekt bygger på lignelsen om den barmhjertelige samaritanen, om å hjelpe den som lider. Martinsen (2003) sier at handlingen vokser ut fra den konkrete situasjonen som pasienten befinner seg i, der vi som sykepleiere forplikter til praktisk handling. Hun mener at det er omsorgens kvalitet som kjennetegner omsorg i en yrkessammenheng.

Omsorgens moralske aspekt kommer til uttrykk gjennom måten vi handler på, det er en del av vårt dagligliv. Martinsen (2003) sier at moral er å handle til det beste for den andre. Hun mener det moralske aspekt dreier seg om måten de konkrete handlingene blir utført på, uten å forvente noe tilbake.

Martinsen vektlegger den enkelte pasients opplevelse av situasjonen når hun omtaler helsebegrepet. Målet for omsorgen er at pasienten skal ha det best mulig i hans situasjon slik at livsmotet øker, og da er omgivelsene sentrale. Martinsen mener at opplevelsen av velvære må være en naturlig del av helsen. Omsorgen trenger ikke nødvendigvis være framtidsrettete mål som uavhengighet eller funksjonsdyktighet. Dette er urealistiske mål for store pasientgrupper, det er ikke det som karakteriserer god helse. Det er ofte nok at sykepleieren er til stede i nuet. Martinsen bruker ordet vedlikeholdsomsorg når hun skriver om mål som sikter på å unngå forverring samtidig som pasienten skal klare å opprettholde et visst funksjonsnivå, det er dette som ifølge Martinsen forteller noe om den enkeltes helse (Martinsen 2004).

Martinsen vektlegger den enkelte pasients opplevelse av situasjonen når hun omtaler helsebegrepet. Målet for omsorgen er at pasienten skal ha det best mulig i hans situasjon slik at livsmotet øker, og da er omgivelsene sentrale. Martinsen mener at opplevelsen av velvære må være en naturlig del av helsen. Omsorgen trenger ikke nødvendigvis være framtidsrettete mål som uavhengighet eller funksjonsdyktighet. Dette er urealistiske mål for store pasientgrupper, det er ikke det som karakteriserer god helse. Det er ofte nok at sykepleieren er

til stede i nuet. Martinsen bruker ordet vedlikeholdsomsorg når hun skriver om mål som sikter på å unngå forverringer samtidig som pasienten skal klare å opprettholde et visst funksjonsnivå, det er dette som ifølge Martinsen forteller noe om den enkeltes helse (Martinsen 2004).

Martinsens tre aspekter for omsorg er alle med på å fremme håpet. I det relasjonelle aspektet er sykepleiers innlevelse og samhandling med pasienten avgjørende for om pasienten har grunnlag for å opprettholde håpet. Ved å se, høre og vise interesse for andre individer bidrar en til å gi den andres liv mening som fremmer håp. Martinsens bilde om den barmhjertige samaritan er en god illustrasjon. Om ikke samaritaneren hadde hjulpet den hjelpeløse personen ville han ikke hatt noe håp for fremtiden, ingen mening i livet, livet ville trolig ebbet ut. Han var avhengig av at noen foretok seg en praktisk handling og hjalp han. Det var forutsetningen for at han igjen fikk oppleve håp og mening i tilværelsen. Det moralske aspektet uttrykkes også i måten han handlet på. Han tenkte helhetlig og brakte han til noen som kunne gi ham den pleie som han trengte. For samaritanen var det en selvfølge å ordne opp slik at den syke ikke skulle oppleve ytterligere lidelse og bekymring etter overfallet. Han hadde lidt nok. Fenomenene håp og mening står sentralt i utøvelsen av sykepleien for at pasientene skal oppleve helhetlig ivaretagelse (Martinsen, 2002).

4.1.2 Tredelt omsorgsbegrep

Kari Martinsen ser på omsorgsbegrepet som et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. I sine senere arbeider har hun argumentert for at den moralske siden ved omsorg er overordnet. Moralene viser seg i måten arbeidet utføres på (Martinsen, 2005). Alle de tre fenomenene opptrer samtidig i samhandling med andre. Dette gjelder både i private og profesjonelle sammenhenger. Den relasjonelle delen går på relasjonene til andre mennesker og den forutsetter at det er minst to parter. For å tydeliggjøre dette brukes ofte preposisjonen for, til, ovenfor, om og med. Man viser omtanke for den andre og hjelper den andre med pleien man gi. Det relasjonelle tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn, som innehar en viss avhengighet til andre. Denne avhengigheten vil derimot ikke nødvendigvis være en motsetning til selvhjulpenhet. Imidlertid blir den det hvis man ser på et individualistisk menneskesyn. Da blir avhengighet en motsetning til for eksempel selvhjulpenhet,

selvforvaltning og eget ansvar. Med andre ord er vi avhengige av relasjoner med andre mennesker. Prinsippet om ansvar for den svakeste er et universalistisk prinsipp som er gjeldene (Martinsen, 2003).

Neste del av begrepet er den praktiske. Prinsippet om ansvaret for svake eller det moralske universalismeprinsipp er forankret i et praktisk forbilde, nemlig den barmhjertige samaritan som vi møter i Bibelen. Liknelsen viser oss to ting; at samaritanen deltar aktivt i den andres lidelse og at hjelpen gis uten betingelser. Samaritanen går bort til den hjelpetrengende og stiller sårene, og hjelper han samtidig til et herberge hvor han kan hvile. Det er en situasjonsbetenget og konkret handling. Samaritanen gir hjelp ut fra den tilstand, og ikke fordi han forventer noe tilbake. Gjennom konkrete og praktiske handlinger viser man omsorg for hverandre. Hvordan man konkret handler, sier noe om kvaliteten av omsorgen man viser (Martinsen, 2003):

Den tredje siden ved omsorg er den moralske. Den sier noe om hvordan vi er i relasjonen med andre gjennom det praktiske arbeidet. Det viktige er hvordan vi er til stede og hvordan vi utfører selve handlingen. Man må være til stede i relasjonen med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Når man snakker om det moralske er det altså kvaliteten i selve relasjonen som er viktig og vesentlig. Innenfor sykepleieprofesjonen er også dette viktig. God omsorgsmoral må læres gjennom praksis, slik at verdiene blir en del av de profesjonelles handlinger. Men samtidig er det viktig at man ser på verdiene de profesjonelle har med et kritisk blikk. Sykepleierne tar moralske beslutninger og står ovenfor verdikonflikter etter et bevist menneskesyn. I bunn ligger det grunnleggende prinsippet om ansvaret for den svakeste (Martinsen, 2003). Det å kunne gjøre en god moralsk vurdering innebærer altså å se hvor pasienten er og hva som er pasientens utgangspunkt, og jobbe ut i fra det. Da er det viktig og verken overvurdere eller undervurdere pasientens evne til selvhjelpenhet. Makt er også viktig i forhold til omsorgsmoral. Som tidligere nevnt inngår makt i alle avhengighetssituasjoner, og det kan i slike situasjoner være lett å utnytte den svakeste parten i relasjonen (Martinsen, 2003).

Den moralske siden av omsorgsbegrepet er viktig ved et kollektivistisk menneskesyn. Moralen spiller en rolle i forvaltningen mellom makt og avhengighet. Det moralske prinsipp om ansvaret for de svakeste kan brukes til å trekke en grense mellom moralsk ansvarlig maktutøvelse og uansvarlig maktutøvelse. Med større kyndighet som man får gjennom erfaring fra ulike situasjoner, vil handlingene våre bli mindre regelstyrt. Reglene blir bare

hjelpemidler mens innlevelse, erfaringsbasert vurdering og skjønn spiller hovedrollen. Skjønn er ikke subjektivt, men en vurdering vi foretar ut fra vår fortrolighet med hva som ansees som forbilledlige handlinger. På denne måte kan man engasjere seg i sin helhet i situasjonen, og man har tilegnet seg en etisk kompetanse som kan kalles praktisk visdom (Martinsen, 2003). Vår moral er vår grunnleggende måte å være på, men skal moralen være fornuftig, må man kunne begrunne den. For å komme frem til gode løsninger er den fornuftige moralske dialog viktig, hvor man kan utveksle argumenter. Denne dialogen bygger på felles erfaringer og verdier. Man må vurdere moralsk skjønn og overveielser ut ifra en situasjonsforståelse. Ut fra et kollektivistisk menneskesyn vil støtten til svake som et moralsk universalismeprinsipp være uttrykk for et samfunns mest grunnleggende forbilde. Dette bygger på en felles opplevelse av livet som både godt og vond. Samtidig kan alle mennesker komme til å være den svake part i ulike situasjoner og relasjoner. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser. Det vil si at man må forstå den andres situasjon, og møte hverandre med tillit. Det er også viktig at begge er deltagere i samhandlingen, og at det opprettes tillit. Tillit er ikke noe man får uten videre, men man må være den verdig. Det blir man hvis man handler riktig og bruker fornuften (Martinsen, 2003).

Omsorg er et forhold mellom to mennesker som innebærer en viss form for gjensidighet. Generalisert gjensidighet, balansert gjensidighet, og negativ gjensidighet er ulike sider ved dette. Generalisert gjensidighet kan beskrives som en ytelse hvor man ikke vet hva eller om man får noe tilbake. Gjenytelsen er med andre ord usikker. Stikkord som kan beskrive denne typen er altruisme, ren gave og hjelp. Balansert gjensidighet er når begge parter yter og begge får oppmerksomhet. Relasjonene er likestilte hvor begge parter bytter på å være mottaker og giver. Stikkord kan da være vennskapsforhold og ekteskap. Den siste typen, negativ gjensidighet, preges av manipulasjon hvor partene prøver å oppnå mest mulig for minst mulig omkostninger. Begge partene står ovenfor hverandre med motsatte interesser og ønsker å maksimere sin egen nytte på den andres bekostning. Stikkord er da spill, pruting og nyttehandel. Denne siden av gjensidighet kalles negativ fordi en part blir undertrykt i relasjonen. Av disse tre ulike typene er det den balanserte og den generaliserte gjensidigheten som har med omsorg å gjøre. Disse to gjensidighetsformene kan karakteriseres ved at innenfor den balanserte gjensidighet har man ”omsorg for hverandre” og innenfor den generaliserte gjensidigheten har man ”omsorg for andre”. Dermed er det den balanserte gjensidigheten som er det vanligste mellom friske, voksne mennesker, og den generaliserte

gjensidighet som er den mest gjeldene innenfor omsorgsarbeid. Martinsen definerer omsorgsarbeid slik:

Omsorgsarbeid er ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som det skal "sørges for" (Martinsen 2003).

4.1.3 Den praktiske omsorgen

Martinsen sier at omsorg også er en praktisk handling. Den omsorgen sykepleieren gir er i dagligdagse situasjoner som både vi og pasienten kjenner til. Gjennom konkrete handlinger og dagligdagse rutiner gir vi hjel og omsorg til pasienten. Som medmenneske har vi mange likhetstrekk i vår dagligdagse verden og kan dermed bedre forstå den syke pasienten.. Martinsen sier at om man ikke vil kan kjenne den andres tørste vi kunne gjenkjenne det å være tørst ut fra egen erfaring (Kristoffersen, 2005).

Kirkegaard (1994) hevder at vi må forstå det den andre forstår for å kunne ha bruk for min «merforståelse». Vi tolker dette som at hvis vi ikke kan møte pasienten i hans verden med den forståelsen han har, vil vi ikke ha bruk for vår kompetanse og kunnskap. Altså, hans forståelse trenger ikke vår fagkunnskap men bare vår forståelse av hva han oppfatter. Først når man kommer dit at man kan forstå hverandre, kan man og ta i bruk kunnskapen for å hjelpe pasienten

Martinsen skriver at om vi har tilstrekkelige kunnskaper om pasientens situasjon, vil fagkunnskapen gjøre os i bedde stand til å sørge for at den andre på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. For at pasienten i størst mulig grad skal kunne bruke ressurser og bli i stand til å hjelpe seg selv er det viktig at sykepleieren legger til rette for at pasienten skal klare det selv.

4.1.4 Moralen

Det moralske aspektet er noe Martinsen vektlegger og sier at moralen viser seg i måten omsorgen utøves på. Omsorg i sykepleien må bygge på et moralsk ansvarlig maktbruk, som utøves med prinsippet om å ta ansvar for de svake. Dette oppstår fra det at vi alle er avhengige av hverandre. Men likevel er det forskjell på vår makt og måten vi sikrer oss den hjelpen vi trenger. Hun hevder at mellom autonomi og paternalisme er det den svake paternalismen som er ønskelig. Martinsen mener at det er relasjon som er det fundamentale i menneskelivet. Menneskene er avhengig av hverandre, og dette kommer tydelig fram hvis noen blir syke, skadet eller ved funksjonstap. Hun betegner sitt menneskesyn som kollektiv, det er fellesskapet som er det sentrale. Martinsen sier at det er gjennom vår avhengighet av andre vi utvikler oss til å bli selvstendige og dermed klarer å utvikle oss. Hun mener at det er de spontane og suverene livsytringene som tillitt og barmhjertelighet som er det fundamentale i relasjonene. Det er dette som er det bærende element i menneskets liv. Martinsen mener at vi er født med disse livsytringene, og vi bevarer dem inntil vi på en eller annen måte blir skuffet. Det er først da mistilliten, løgneren, håpløsheten og ubarmhjertigheten får grobunn i oss (Martinsen 2004).

4.1.5 Makt

I etikk er makt et ord vi ikke kommer utenom. Makt kan deles inn i mange former, men vil alltid påvirke den andre. Som sykepleiere har vi en faglig makt som vi gradvis har utviklet gjennom våre kunnskaper og ferdigheter. Denne makten som oppstår vil da være noe alle sykepleiere har på grunn av sin kompetanse. Men man må også være klar over at makt også skapes gjennom personlighet, holdninger og overbevisning og mange pasienter vil da kunne oppleve sykepleieren i en maktposisjon.

Kari Martinsen henter mye inspirasjon fra den danske filosofen og teologen Knut E. Løgstrup (1905-1981). Han er en viktig inspirasjonskilde i hennes arbeider, og hun benytter seg av flere hans kjente og sentrale begreper.

Kari Martinsen henter blant annet sin forståelse av at livet er skapt, hos Løgstrup. En slik skapelsestanke tar utgangspunkt i at livet er skapt, og på den måten skjenket oss. På grunn av vår tilværelse som mennesker har vi dermed også samme verdi og verdighet (Martinsen 2004).

Martinsen omtaler makt som ansvarlig maktbruk. Som tidligere nevnt er hun inspirert av Lønstrup sin etikk. Vi velger derfor å gå videre inn i Lønstrup sin nærhetsetikk hvor han forklarer makt og maktforhold. Ellers som beskrevet i denne studien, makten mellom sykepleier og pasient. Selv om Lønstrup etikk er allmenn og ikke sykepleierrettet har vi valgt han på grunnlag av hans beskrivelser om sårbarhet og avhengighet, samt hans utsagn om at hver relasjon er en makt relasjon (Martinsen 2004).

Løgstrup hevder at fra fødsel til død befinner vi oss i avhengighet til andre og dermed i avhengighet til omsorg. Han beskriver videre at det å være medmenneske er noe som hører livet til. Det er her møtet mellom medmennesket og den etiske fordring oppstår. Vi har like mye makt som vi har etisk ansvar overfor det andre menneskets liv (Brinchmann, 2008).

Løgstrups etiske fordring sier at man skal møte den andre med en holdning av mottakelighet og omsorg. Den makten som ligger i relasjonen har man et ansvar for å ikke utnytte eller misbruke. Han påpeker videre at hensynet til de andre og hva som er best for den andre er det primære i fordringen. Men det å ta ansvar for noen vil ikke være det samme som å ta ansvar fra noen. For det å ta ansvar fra noen vil ifølge Løgstrup være et maktmisbruk (Eide & Eide, 2007).

Løgstrup sin opplevelse er at det hører menneskene til å møtes med en naturlig tillit til hverandre. Tillit åpner for avhengighet og utleverhet til andre, mens mistillit verner om uavhengighet og kontroll (Martinsen 2004).

5.0 Historisk tilbakeblikk på psykiatri og tvang

I løpet av psykiatriens historie har psykiske lidelser blitt oppfattet på mange ulike måter, og derav blitt tillagt ulike årsaksforklaringer. Det har resultert i et like stort omfang av forskjellige og til dels tvilsomme behandlinger slik vi ser det i dag. For eksempel ble det i tidligere tider spekulert stort om hvorfor pasienter ble syke og fikk påvist sinnssykdom. Tanker om at det kunne skyldes demonbesetelse, var en av teoriene som ble foreslått. En kan tolke historien dithen, at hvordan vi forstår psykisk lidelse og pasienter som utagerer avgjør hvordan vi forholder oss til den syke, og hvilke tiltak og behandlinger vi anser som riktige å igangsette. Man kan si at psykiatrien har to funksjoner, som den også har i dag: behandling av psykisk lidelse og utprøving av sosial kontroll (Kringlen, 2007). Ericsson (1974), med sitt sosialpolitiske perspektiv, mener endringene vi ser i alle samfunnsinstitusjoner, derav også i psykiatrien, er et resultat av hvordan et samfunn produserer sine materielle goder, og hvilke goder samfunnet har tilgjengelig. Men slik ser hun ikke utviklingen av psykiatrien som er drevet frem av vitenskapelige fremskritt eller som ett nødvendig resultat av hensyn for den psykisk syke pasienten. I det følgende vil det gis en fremstilling av noen momenter i psykiatriens historie, som i vårt perspektiv er å anse som relevante i forhold til oppgavens tema.

5.1 Sinnssykepleieren

I følge Kringelen (2007) er det lite kunnskap om hvordan de gale hadde det i Norge under middelalderen. Når det gjelder tvang er det svært lite kunnskap å oppdrive. Kringelen gir ikke noe positivt inntrykk av forholdene de psykisk syke levde under i denne perioden.

Sinnssykepleiens historie til 1850 beskriver Ericsson som historie om fattigpleien, hvor de syke ble behandlet sammen med fattige, omstreifere, tiggere og andre grupper stort sett i form av mat og husly (Ericsson, 1974).

De eldste kjente lovene i Norge som inneholder reguleringer av det vi i dag omtaler som psykiatriske lidelser er Gulatingslovene fra 1900- tallet eller tidligere. De inkluderte noen få bestemmelser om galskap, der blant annet familien ble lovpålagt å ta vare på sine syke slektninger og hadde en funksjon som formyndere for dem. Videre hadde de ganske fri tøyler i behandlingen av den gale. Det var ikke sjelden tvangsmidler som lenker låst til veggen, vold

og pisk og slag, og innesperring enten i bur eller kjeler ble brukt og akseptert av samfunnet, omsorg var underordnet. (Kringlen, 2007: NOU, 2011:9).

I 1274 ble Gulatingslovene avløst av Magnus Lagabøtes landlov, hvor vilkårene for å bli erklært gal skjerpet, og det ble ansett som alvorlig å erklære noen som så gal og farlig at de måtte umyndiggjøre dem (Kringlen, 2007, s.20). Betegnelser på de gale som ble ansett som mentalt avvikende inkluderte maniske eller rasende, vanvittige og avsindige (NOU, 2011:9). På slutten av 1700-tallet kom en ny type anstalter sammen med et økt syn på psykisk lidelse som sykdom: Dollhusene. I 1778 ble Oslo Hospitals Dollhus åpnet, som Norges første anstalt spesielt etablert for sinnssyke. Disse institusjonene fungerte som forvaring sted for de syke som reagerte med vold og utagering når man prøvde å vise dem omsorg, Det var gjerne de som ble ansett som «voldelige og vanskelige» som ble plassert her. Betegnelsen voldelige, sier også noe om hvordan denne pasientgruppen ble oppfattet av de som jobbet der. Altså en mulig trussel for sykepleierne og andre som forsøkte å hjelpe disse pasientene (Ericsson, 1974). Her kunne det benyttes tvangstrøyer, halsjern, bånd og lenker. Tvangsmidlene ble brukt i den hensikt å kunne kontrollere pasientene, og verne om medpasienter og helsepersonell (Kringel, 2007).

På slutten av 1700-tallet, så en starten på dagens psykiatri begynne å vokse frem. Synet på de psykiske lidende begynte å snu og ble med tiden tilskrevet sykdom. Dermed ble håndteringen av dem nå et medisinsk anliggende. Legene tok derfor i større grad over behandlingen og tilsynet av de syke. Dette kom som følge av tre kjente leger William Tuke, Pinell Phillip og Chiarugi som ønsket en mer human behandling og generelt bedre forhold for de psykisk lidende. Det er gjennom arbeidet til disse 3 legene bevegelsen moral treatment har sin opprinnelse, som var en behandlingsform som gikk ut på at pasientene skulle internasjonale samfunnets normer, ved å følge personalet som eksempler. Slik ble personalet modeller for riktig skikk og bruk (Kringlen, 2007: NOU, 2011:9). I tillegg til disse prinsippene stod arbeid svært sentralt i moral treatment da det ble ansett som et virkemiddel for å skape ro og orden samt unngå vold og aggresjon. Det ble også antatt at en slik behandling ville bidra til å endre pasientens dårlige vaner og problematferd.

Til tross for den nye behandlingen og økt fokus på helbredelse, vennlighet og en ide om at tvangsmidler skulle opphøre, ble likevel flere tvangsbehandlinger utført: iskalde vannbad, isolasjon, årelating og tvangstrøye, for å nevne noen (Kringlen, 2007). Frigjøringen av lenkene har blitt kritisert av blant annet Michel Foucault. Selv om mekaniske tvangsmidler, hovedsakelig lenker og bur, skulle vekk, tok indre tvang og trusler om tvangsmidler over de ytre tvangsmidlene. Men kontrollen over pasientene besto. Tvangen ble ikke satt vekk, men

objekt for et skifte, fra undertrykkelse av pasientene til bruk av autoritet for å kontrollere dem (Ericsson, 1974). Videre mente Foucault at arbeid, som en grunnstein i *moral treatment*, førte med en plikt og resultatorientering som hadde mer kraft over pasienten enn faktisk fysisk utøvd tvang.

Antageligvis ble forholdene for noen av de institusjonaliserte pasientene bedre. Det ble rapportert at forholdene der bar mer preg av en humanistisk og vennlig behandling. I tillegg til at omsorg og respekt for menneskeverd var mer i fokus enn tidligere (Kringlen, 2007).

5.2 Veien mot en ny sykehuslov

Frederik Holst (1791-1871) og Herman Wedel Major (1814-1854) blir pekt på som de sinnssykes forkjempere i Norge. Det ble i 1809 nedsatt en kommisjon for å undersøke forholdene ved Trondheims Dollhus, uten at det førte frem til noe. 16 år senere, i 1825, ble en ny kommisjon oppnevnt: Dollhuskommisjonen, ledet av den norske legen Frederik Holst. Pasienter som tidligere ble snakket om som aggressive, avsyndige og vanvittige ble på det tidspunkt omhandlet som sinnssvake – en sykdom som rammet personens fornuft. Målet med dollhusene ble nå endret til bedring eller helbredelse av pasientene, noe de konkluderte med at disse anstaltene var uegnet til. Hva gjaldt behandling, ser en den samme tankegangen som hos Pinel og Chiarugi: arbeid. Spesielt virksomt var utendørs arbeid som gårdsarbeid og hagearbeid. Når det gjaldt tvangsmidler mente Holst at tvangstrøyen var et godt virkemiddel for å skape ro og lydighet hos pasienten. Han påpekte at dette skulle gjøres under oppsyn, slik at pasienten ikke var i fare for å kunne bli skadet (Kringlen, 2007).

Dollhuskommisjonen la ned forslag om opprettelse av flere stiftelser og helbredelsesanstalter. De skulle ha bedre fysiske forhold, og tilsyn av anstaltene skulle bli utført av sakkyndige. Forslaget inneholdt videre en anbefaling om å stramme inn innleggelsesreglene. Stortinget avsto forslaget om utbygging, antakeligvis grunnet dårlige økonomiske midler og sparepolitikk. En annen norsk lege, Herman Wedel Major, fikk mer gjennomslag for sine forslag enn Holst. Ut fra sitt medisinske perspektiv mente han det kunne være mulig og helbrede de syke. Men han var klar og tydelig på at det krevde korrekte vitenskapelige behandlingsmetoder, denne inspirasjon fikk han ved å inspisere sinnssykepleien i andre land. Etter forespørsel fra Indredepartementet (nåværende Innenriksdepartementet) undersøkte han forholdene for de sinnssyke og la i 1846 ut på en reise til ulike Norske asyl (Kringlen, 2007). Resultatet av reisen ble en massiv kritikk mot Norges asyl. For det første mente Major at anstaltene fungerte som rene oppbevaringsplasser for de syke, med dårlige forhold. Pasienter

ble ofte plassert i trange, kalde og mørke rom som luktet sterkt av urin og avføring. En beskrivelse som likner den Foucault (1991) rettet mot behandlingen av de syke på slutten av 1700-tallet. Videre fant Major ingen tegn til vitenskapelig behandling, eller behandling i det hele tatt, utenom tvangsbruk med tvangstrøye og isolasjon. Major gikk også hardt, om ikke hardere, ut mot privatpleien hvor syke ble lenket fast og stuert vekk. Etter sin reise la han frem et lovutkast for Stortinget (Ericsson, 1974; Kringlen, 2007).

Forslaget til Major ble, med noen få mindre viktige endringer vedtatt som «Lov om sinnssykes behandling og forpleining» (Sinnssykeloven) i 1848. Loven har senere, av Ericsson blitt beskrevet som ”Det epokegjørende skiftet i norsk sinnssykepleie” (1974, s.32). Noen av de sentrale aspektene ved den nye loven var at asylene nå skulle ledes av en spesielt autorisert lege, som også skulle ha ansvaret for den medisinske behandlingen. Det kom krav om at ikke bare legen skulle være autorisert, men asylene også. Loven ga klare begrensninger i forhold til tvangsanvendelse, der fysisk avstraffelse ble forbudt. Unntaket gjaldt bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler dersom en situasjon tilsa at det var helt nødvendig. Behandlingsprotokoller skulle føres av asylet, hvor bruk av tvangsmidler skulle føres inn. I tillegg ble ordningen med kontrollkommisjoner innført. Den skulle være uavhengig av institusjonen, og ha som oppgave å holde oppsyn med kom en stor utbygging av asylter, som varte frem til ca. 1920 (Ericsson, 1974). Idealet var fortsatt moral treatment og minst mulig bruk av tvangsmidler, men med et påtrykk av pasienter ble institusjonene preget av økende overbelegg av pasienter og derav plassmangel. Det ble da vanskeligere å følge det tidligere idealet asylene bygget på. Et resultat av dette var at behandling måtte vike for å kunne holde kontroll på pasientene og avdelingene, og for å kunne gi nødvendig pleie (NOU, 2011:9). Å skape ro og trygghet på avdelingene var et viktig fokus. Bruk av isolasjon, mekaniske tvangsmidler som tvangstrøye og fastbinding av arm eller fot, sammen med eller ved siden av beroligende medikamenter ble brukt som en del av kontrollen som innebar å holde ro og orden på avdelingene. Asylene ble igjen å betrakte som oppbevaringsanstalter, noe Major tidligere hadde kritisert etter sin inspeksjon av Norges asylter (Kringlen, 2007).

Den nye loven og opprettelsen av det første statlig autoriserte asylet i Norge representerte en reformasjon på veien mot bedre kår for de sinnssyke, med helbredelse som mål. Noe Frederik Holst og Herman Major har fått mye av æren for, spesielt Major. Men den andre siden som drev frem institusjonaliseringen var ifølge Ericsson (1974) samfunnets behov for å kunne kontrollere sosial uro. Dette er et av eksemplene i historien på psykiatriens tosidige funksjon: behandlingen og den sosiale kontroll.

5.3 Behandlingsformer

Frem til slutten av 1930-tallet da ulike somatiske behandlinger ble innført i behandlingen av de sinnssyke var den vanligste behandlingen arbeid, ro og hvile, vannbad og bruk av mekaniske tvangsmidler. Frem til 1935 var alle innleggelse til psykiatrien formelt sett under tvang, men det ble nå åpnet for frivillige innleggelse (Kringlen, 2007).

Av de somatiske behandlingene kom feber og insulinkomabehandlingen først.

Insulinkomabehandlingen ble ofte utført på allerede beltelagte pasienter som en tvangsbehandling. Her ble pasientene lagt i en hypoglykemisk koma ved å gi store doser insulin, i den hensikt at pasienten etter behandlingen skulle bli roligere. Resultatene var vanskelig å måle og effektene var det derfor ikke lett å si noe om (Kringlen, 2007).

Senere ble cardiazol behandlingen det store nye, som en forgjenger til elektrokonvulsjonsbehandlingen (ECT). ECT brukes også i dag. Av de kanskje mest invasive og kritikkverdige behandlingene psykisk lidende har blitt utsatt for er lobotomien. Dette involverte et kirurgisk inngrep, såkalt psykokirurgi, hvor en kuttet forbindelsen mellom hjernes fremre del og andre deler av hjernen (Lobotomi, 2014). Et slikt inngrep, medførte i mange tilfeller personlighetsendring, avstumpet følelsesliv og epilepsi. I noen tilfeller døde pasienten etter inngrepet. Av de to første norske pasientene som ble operert i 1943 fra Gaustad, døde en av blødning, mens den andre ble utskrevet ansett som å være på bedringens vei. Da fire nye pasienter ble operert året etter, døde en pasient som følge av lobotomien (Ericsson, 1974). Til tross for alvorlige virkninger, fortsatte behandlingen i god tro da pasientene ble roligere og psykotiske symptomer mildnet. I tillegg var kanskje ikke skadevirkningene allment kjent de første årene behandlingen ble anvendt (Kringlen, 2007).

En utredning gjennomført i 1992 om lobotomi problematiserer bruken av en slik behandlingsform, men påpeker at en må se behandlingen i lys av tidene den ble utført på. Det var en tid hvor det generelt var få alternative behandlingsformer. Andre tilgjengelige metoder, som sjokkbehandling var gjerne prøvd først, uten nevneverdige resultater. Likevel kan det i dag kan være vanskelig å forstå en behandling som, foruten fremkaller moralske, filosofiske og sosiale spørsmål, førte med seg så mye dødelighet blant pasientene. Videre kommer det frem av rapporten at omlag 2500 pasienter ble lobotomert i Norge. På Gaustad sykehus var dødelighetprosenten opp mot 27%. Det var også her de fleste lobotomiene i Norge tok sted ble operert i 1943 fra Gaustad, døde en av blødning, mens den andre ble utskrevet ansett som å være på bedringens vei. Da fire nye pasienter ble operert året etter, døde en pasient som følge av lobotomien (Ericsson, 1974). Til tross for alvorlige virkninger, fortsatte behandlingen

i god tro da pasientene ble roligere og psykotiske symptomer mildnet. I tillegg var kanskje ikke skadevirkningene allment kjent de første årene behandlingen ble anvendt (Kringlen, 2007).

En utredning gjennomført i 1992 om lobotomi problematiserer bruken av en slik behandlingsform, men påpeker at en må se behandlingen i lys av tidene den ble utført på. Det var en tid hvor det generelt var få alternative behandlingsformer og mange av pasientene var utagerende og voldelige. Andre tilgjengelige metoder, som sjokkbehandling var gjerne prøvd først, uten nevneverdige resultater. Likevel kan det i dag kan være vanskelig å forstå en behandling som, foruten fremkaller moralske, filosofiske og sosiale spørsmål, førte med seg så mye dødelighet blant pasientene. Videre kommer det frem av rapporten at omlag 2500 pasienter ble lobotomert i Norge. På Gaustad sykehus var dødelighetprosenten opp mot 27%. Det var også her de fleste lobotomiene i Norge tok sted (NOU, 1992:25).

Noen år etter andre verdenskrig var over, ble flere psykiatriske avdelinger opprettet for å ta seg av det økende presset av akutte psykoser og selvmordspasienter. Omtrent på samme tid kom en eksplosjon av nye medikamenter; antipsykotiske,- og anti-depressive midler.

Symptomene ble færre og både pasientene og avdelingene ble roligere. Dette betydde at en nå hadde velfungerende medisiner for psykotiske og deprimerte pasienter, og for de som slet med hallusinasjoner og affektive symptomer (Kringlen, 2007). Med affektive symptomer menes følelsesmessige symptomer. Samtidig gjorde medikamentene, med sin symptomlettende effekt, pasientene mer tilgjengelige for psykoterapi og miljøbehandling (Ericsson, 1974). Etter innføringen av de nye medisinene ble færre pasienter lobotomert, og flere satt på de nye antipsykotiske og anti-depressive midlene (NOU, 2011:9).

5.4 Lov om psykisk helsevern

I 1961 kom en ny lov; ”lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (psykiatriloven), som grovt sett fulgte sin forgjenger, men blant annet inkluderte en mer modernisert begrepsbruk (NOU, 2011:9). Det kan en allerede se i lovnavnet, som erstattet ”lov om sinnssykes behandling og forpleining”. Da komiteen som gjennomgikk loven av 1848 leverte sin innstilling i 1955 var de nye medikamentene ankommet Norge. Som et resultat av den store medisinbruken som ga optimistiske håp om bedring, ble ikke urettmessige tvangsinnleggelses vektlagt da hovedfokus var å få behandling igangsatt raskest mulig. Tvang, nå definert som psykisk helsevern uten pasientens samtykke, ble mer spesifisert ved spørsmål om tvungne innleggelses. Ved tvangsinnleggelses ble det utover hovedkriteriet om at

pasienten hadde en alvorlig sinnslidelse, lagt vekt på tilleggskriteriene. Disse kriteriene innebar at pasienten enten måtte være i fare for seg selv eller andre, lide overlast eller ha sine muligheter for bedring forspilt uten innleggelse, eller forstyrre offentlig ro og orden (Kringlen, 2007, s.295). Sistnevnte kriteriet ble fjernet i 1979. For,- og ettervern, og en ny observasjonparagraf som muliggjorde tre uker tvangsinnleggelse var også nytt i lovverket (Kringlen, 2007).

På 1970 og 1980 tallet ble interessen for pasienters rettigheter styrket. I 1981 ble det nedsatt et utvalg til å gå igjennom de daværende reguleringene for psykisk helsevern, hvor økt rettssikkerhet for pasientene var del av utvalgets mandat. Det samme året ble pasienters rett til øyeblikkelig hjelp, og helsevesenets plikt til å yte dette vedtatt i Stortinget (NOU, 2011:9). Innstillingen utvalget ga la grunnlag for de senere forslag til lovendring, som til slutt førte til dagens lov (Kringlen, 2007).

Det ble i 1997 lagt frem stortingsmelding nr.25 om ”Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” for Stortinget. I meldingen ble det påpekt at alle sider ved det psykiske helsevern tilbudet hadde mangler, deriblant reguleringene rundt tvangsbruk (NOU, 2011:9). Som et resultat av denne meldingen ble opptrappingsplanen for psykisk helse 1996- 2006 lagt frem i 1999. Men, som det kommer frem i NOU (2011:9) omhandlet planen ”i hovedsak faglige, organisatoriske og økonomiske tiltak”.

Det samme året opptrappingsplanen ble lagt frem ble den nåværende ”lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” vedtatt, og trådte i kraft to år senere i 2001 (Psykisk helsevernloven, 1999). Samme året kom ”lov om pasient- og brukerrettigheter”, som i stor grad gjør seg gjeldende i psykisk helsevern i forhold til pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven, 1999). Tvang ble i større grad regulert av det nye lovverket.

Frivillighetsvilkåret og helhetsvurderingen kom også inn i loven, sammen med reguleringer for vedtak om tvangsmidler og behandling. Observasjonstiden ble redusert fra tre uker til 10 dager, og vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ble vedtatt. Utover det ble loven generelt mer omfattende og detaljert, selv om den i stor grad fulgte linjene fra loven av 1961 (Kringlen, 2007). Mer om dagens lov vil følge i neste kapittel.

I 2006 ble det vedtatt en Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, som en viktig del av ovennevnte opptrappingsplan (Sosial og helsedirektoratet 2006). Her ble fire målsetninger uttalt og de innbefattet: bedre kunnskap hos helsevesenet, pasientenes rettssikkerhet, økt frivillighet og bedre dokumentasjon på bruk av tvang. Av dette ble blant annet ”Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det

psykiske helsevernet” opprettet i 2008 på oppdrag fra Helsedirektoratet. De jobber hovedsakelig for kunnskapsutvikling og økt forskning på tvang (Helsedirektoratet, 2009). De senere årene har flere rapporter blitt fremlagt. Det later til å være en tendens til at de fleste rapporter fokuserer på tiltak for å redusere bruken av tvang og at det er en relativt grunnleggende enighet om at det er dette som er målet. En sentral rapport i denne oppgaven er NOU sin utredning om ”økt selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet – balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern” (2011:9). Året etter fulgte Helse og sosialdepartementet (2012) opp med rapporten ”Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)”, men følgende visjon: ” *De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov*”.

Kringen (2007) mener at psykiatriske pasienter har fått ett bedre liv gjennom de siste 150 årene, selv om det er åpent for diskusjon om det også gjelder de med mest alvorlige psykiske lidelser. Bedringen ser han på som met resultat av mer utdannet personal/behandlere, økt avstigmatisering, økt fokus på forskning. I tillegg til dette er det blitt mer fokus på pasientens rettsikkerhet og frivillighet samt at sykepleieren har mer fokus på omsorg og til det beste for pasienten.

5.5 Tvang

Helse og Omsorgsdepartementet (2012) og Helsedirektoratet (2012;2013) mener at innrapporteringen av tvangsdata mangelfull utfylt. Dette gjelder for institusjonene som opererer med hjemmel for å utføre tvang, og kontrollkommisjonens innrapporteringer av klager og resultatet av deres etterprøving av klagene. Det vil si om pasientene får helt eller delvis medhold, eller avslag i sin sak. Et vedtak kan også erklæres ugyldig om det foreligger alvorlige formelle eller materielle feil med vedtak som er fattet.

Dermed foreligger ingen fullstendig og pålitelig oversikt over omfanget av tvang, klager og omgjøring av vedtak i dag. Det gjør det problematisk å skape et nasjonal og lokalt oversiktsbilde, og gjør det samtidig vanskelig å kunne foreta sammenlikninger, samt se klare utviklingstrekk. Utover det påpeker Norvoll, Hatling og Hem (2008) hvordan tvangsstatistikken kan ha en dobbel effekt på helsepersonells oppfatning av tvangsbruk. På en side kan et høyt tall skape et ønske om å endre tvangsbruken, slik at en utad ikke topper statistikken. Men på den andre siden kan det å være lavt på tvangsstatistikken skape et mindre

ønske om endring, fordi en er lavt på statistikkstigen. Videre kan registrering av tvang føre til økt bevissthet om tvangsbruken blant personalet. Føring av statistikk på området kan derfor anses som viktig for refleksjon og bevissthet om tvangsbruk.

Det er blitt rapportert at tallet på tvang er høyere i Norge enn andre sammenliknbare land (Hjemås, 2011). En slik sammenlikning bør likevel tolkes med forsiktighet av flere årsaker. Deriblant på bakgrunn av ulik organisering av helse og sosialtjenestene, kvaliteten på innrapportert statistikk, og ulik praksis og lovgivning. Helse og Omsorgsdepartementet (2012) skriver at det er for mye og for ulike bruk av tvang i norsk psykiatri. De poengterer hvordan det foreliggende datamaterialet om omfanget av tvang ikke er godt nok til å gi et reelt bilde av bruken av tvang. En kan likevel gi estimater på omfanget av tvang, her basert på tall fra Helsedirektoratet (2012; 2013).

Alle psykiatriske avdelinger i Norge er pliktig til å rapportere inn tvangsbruk til Norsk Pasientregister (heretter NPR). Dette gjelder både for vedtak om tvungne innleggelser, tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk og skjerming (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg skal all tvangsmiddelbruk dokumenteres i en egen tvangsmiddelprotokoll, samt i pasientens egen Journal, i tillegg til at pasienten skal ha egen kopi av alle vedtakene. Denne innrapporteringen er dog mangelfull, slik at det er vanskelig å kunne gi en fullverdig fremstilling av omfanget. Når kriteriene for tvang ikke lenger er oppfylt, skal den faglig ansvarlige ved institusjonen oppheve vedtaket umiddelbart (§3-7. Endret ved lov 30. juni 2006. nr. 45). Det følges av dette at det må være en fortløpende vurdering og at enhver form for tvang, skal anses som strengt nødvendig og til enhver tid være i overensstemmelse med lov om psykisk helsevern (§4.2). Ifølge Helse og Omsorgsdepartementet (2012) og Helsedirektoratet (2012;2013) er innrapportering av tvangsdata mangelfullt. Dette gjelder for institusjonene som opererer med hjemmel for å utføre tvang, og kontrollkommissjonens innrapporteringer av klager og resultatet av deres etterprøving av klagene. Det vil si om pasientene får helt eller delvis medhold, eller avslag i sin sak. Et vedtak kan også erklæres ugyldig om det foreligger alvorlige formelle eller materielle feil med vedtak som er fattet.

Av den grunn foreligger det ingen fullstendig og pålitelig oversikt over omfanget av tvang. Det gjør det problematisk å skape et nasjonal og lokalt oversiktsbilde, og gjør det samtidig vanskelig å kunne foreta sammenlikninger, samt se klare utviklingstrekk. Utover det påpeker Norvoll, Hatling og Hem (2008) hvordan tvangsstatistikken kan ha en dobbel effekt på helsepersonells oppfatning av tvangsbruk.

Det er blitt rapportert at tallet på tvang er høyere i Norge enn andre sammenliknbare land (Hjemås, 2011). En slik sammenlikning bør likevel tolkes med forsiktighet av flere årsaker.

Deriblant på bakgrunn av ulik organisering av helse og sosialtjenestene, kvaliteten på innrapportert statistikk, og ulik praksis og lovgivning. Helse og Omsorgsdepartementet (2012) skriver at det er for mye og for ulike bruk av tvang i norsk psykiatri. De poengterer hvordan det foreliggende datamaterialet om omfanget av tvang ikke er godt nok til å gi ett godt nok bilde.

5.6 Pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser

Lov om pasient og brukerrettigheter (heretter pasientrettighetsloven) av 2. Juli, 1999, nr.63, trådte i kraft 1. januar, 2001. I paragraf 1 heter det at et av dens formål er å ” fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens og brukers liv, integritet og menneskeverd” i møte med helse og omsorgstjenesten, derav også i møte med psykisk helsevern. Hovedregelen er at psykisk helsevern skal være basert på frivillighet, som vil tilsi at pasienten samtykker. Det kan være verdt å merke seg at samtykke ikke er ensbetydende med enighet. En pasient kan akseptere et tiltak, uten å være enig i det aktuelle tiltaket. I NOU (2011:9) er det foreslått å erstatte begrepet ” samtykkekompetanse” med ” beslutningskompetanse”, som et mer dekkende begrep, som forklarer at det er snakk om en beslutning, og ikke nødvendigvis et samtykke.

Et gyldig samtykke krever at pasienten er samtykkekompetent og har fått nødvendig informasjon om hva tiltaket vil inneholde, hva formålet med tiltaket er, og hva det vil innbefatte å være under et slikt tiltak. I alle saker skal det fremlegges på et så forståelig vis som mulig. En person anses som samtykkekompetent dersom de er myndige, med mindre de av fysiske eller psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å forstå hva et slikt samtykke betyr. Et samtykke kan enten gis ved at pasienten selv uttrykker det eller stilltiende. Et stilltiendesamtykke defineres i §4-2 i pasientrettighetsloven som at en ved å tolke pasientens atferd og omstendighetene, antar at det er sannsynlig at pasienten ville godtatt helsevernet. Et gitt samtykke kan på enhver tid trekkes tilbake, og dersom en behandler anser at pasienten er i behov for videre vern må en følge vanlige kriterier for vedtak om tvang (Pasientrettighetsloven, 1999).

Samtykke gjør seg også gjeldende i tvangsforskningen når en skal innhente informert samtykke. Dette er et helt sentralt etisk krav. Det innebærer at forskningsobjektene skal være informert om studiets innhold, intensjon og mulige negative konsekvenser, for å kunne ta et så kvalifisert valg som mulig. Samtykke skal gis fritt, altså uten press eller tvang, hvor de blir presentert med hva det vil innebære å takke ja eller nei. Tvangsforskningen involverer ofte

pasienter med manglende samtykkekompetanse. Det er derfor nærliggende å anta at en stor andel pasienter på bakgrunn av sine alvorlige psykiske lidelser ikke er i stand å gi skriftlig samtykke, og dermed må ekskluderes fra eventuelle forskningsprosjekter (Helsedirektoratet, 2009).

6.0 Kunnskapsmessig referanseramme

6.1 Etikk

En kan vel si at det er det medisinske aspektet som gir grunnlag for å anvende tvang, og det juridiske som regulerer tvang, er bruken av tvang samtidig som en skal gi omsorg en grunnleggende etisk problemstilling. Denne problemstillingen er objekt for en langvarig verdikonflikt i diskusjonen om når tvangsbruk er riktig og hvordan sykepleieren best mulig kan ivareta pasienter som reagerer med aggresjon når man prøver og gi omsorg.

6.2 Etiske perspektiver

Etiske perspektiver handler i hovedsak om hvordan en skal oppnå moralske valg men er basert på ulike prinsipper. Etikken er læren om, eller refleksjon over moral som kan defineres som «de oppfatninger om rett og galt, god og ondt som finnes i et samfunn hos en person eller en gruppe (Johansen & Vetlesen, 2000, s.8).

Lingås definerer etikk mer utdypende som «den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sine holdninger, sine handlinger og sin atferd for å unngå at de verdiene de setter høyt blir fordømt eller krenket, eller for å fremme realiseringen av disse verdiene» (2008, s.20).

Denne problemstillingen er objekt for en langvarig verdikonflikt i diskusjonen om når tvangsbruk er riktig, og om det er riktig samt hvordan en kan hjelpe pasienter som reagerer med aggresjon når sykepleieren vil gi omsorg.

Hvilke etisk syn en har kan påvirke de beslutninger en tar i praksis og i samhandling med pasienten. Kjennskap til ulike etiske perspektiver, og bevissthet over egen etisk ståsted kan også være viktig i samhandling med pasienter.

6.2.1 Normativ etikk

Normativ etikk kan sies å være en vurderende etikk og beskriver hvordan ting bør være, hvilke handlinger som er tillat og riktige, og hvilke som ikke er tillat og uriktige (Dypvik og Dypvik 2003). Den beskriver hvilke normer og verdier som gjør seg gjeldende i ulike samfunn og hvordan menneskene i disse samfunnene faktisk lever, ikke hvordan de bør leve. Eksempel de ti bud, gjensidighetsprinsippet, velger side og sitter ikke på gjerdet.

6.2.2 Pliktetikk

Når vi handler ut fra vår plikt, gjør vi en tillat og lovlig handling. En kan si at en slik handling er moralsk riktig. Immanuel Kant (1724-1804), innvender mot at alle handlinger utført i overensstemmelse med plikt av morals verdi. I et pliktetisk perspektiv er det overordnede moralske kravet å følge plikter (Dybvik & Dypvik, 2003). Plikter er avhengige av konsekvenser av handlingen, og ikke et middel for å nå et mål, eller noe en gjør med tanke på belønning. Handlinger det er nødvendig å utføre, kan defineres som plikter. Vi handler ut fra plikter som er nedtegnet i lovverket, eller etablere normer). Den enkleste etiske holdning hevder at en eller annen autoritet har bestemt hva som er rett og galt, og at vi bare har å adlyde denne autoriteten – vi må gjøre vår plikt, uansett hva våre egne ønsker og vurderinger skulle tilsi. Den moralske verdi en handling har bedømmes etter i hvilken grad den er i overensstemmelse med de standarder som autoriteten setter. Autoriteten kan f.eks. være stammens høvding, kongen, de politiske myndigheter, loven, eller Gud.

Begrunnelsen for dette standpunktet er at folk ikke selv er i stand til å kunne foreta moralske vurderinger. For å unngå kaos må en eller annen gi regler og normer, og disse reglene må folk følge, uansett hva de selv synes.

Denne holdningen kommer til uttrykk i aforismen «uten Gud er alt tillatt», som er hentet fra Dostojevskis roman Brødrene for eksempel plikt til å følge loververket om psykisk helse og pasientrettighetsloven.

6.2.3 Konsekvensetikk

Er konsekvensen av en handling god, er handlingen god. Med bakgrunn i en slik etikk legges moralens grunnlag i hvilke konsekvenser en handling medførte. Hvis en bedømmer en handlings moralske verdi ut fra hvilke konsekvenser den medfører, bruker en konsekvensetikk for å bedømme handlingen. Der det råder tvil om hvilken handling som er god, altså den som er med på å fremme lykke, skal en se til majoritetens mening (Dybvik & Dybvik, 2003).

6.2.4 Sinnelagsetikk

Sinnelagsetikken har likheter med pliktetikken, da førstnevnte vektlegger at handlingsmotivet skal være basert på pliktbevissthet. Det å akseptere – og handle av plikt gjøres av fri vilje. Der blir fri vilje, definert som autonomi, eller å bestemme selv. Slik selvlovgivning er igjen basert på menneskets fornuft, som skiller oss fra dyr, som handler ut i fra impulser og instinkter. Sinnelagsetikk, moralfilosofisk betegnelse for standpunkter som hevder at en handlings moralske kvalitet må bedømmes etter sinnelaget og intensjonen hos den handlende og ikke etter hvor vidt handlingen er i tråd med normer og regler, eller etter handlingens konsekvenser. Men for at en handling skal være i overensstemmelse med fornuften og moralen må den oppfylle to krav: den må ses som tilfelle av en regel, og denne regelen skal være universell, og gjelde for alle. Mens konsekvensetikken betrakter målet som overordnet midlene, betrakter sinnelagsetikken mennesket som mål i seg selv (Dybvik & Dybvik, 2003).

6.3 Ethiske prinsipper

Det er flere etiske prinsipper en kan vektlegge og diskutere når det gjelder ivaretagelse av pasienter og tvang på den andre siden (NOU, 2011:9, s. 138).

1. Velgjørenhet
2. Ikke-skade
3. Rettferdighet
4. Respekt for pasientens selvbestemmelse (autonomi)

6.3.1 Prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade

Prinsippet om velgjørenhet, og ikke å skade, er nært knyttet til effektene og resultatene av helsehjelpen og handler om helsepersonellens plikt til å hjelpe. Dette skal gjøres på en måte som vil gi klart flere positive enn negative konsekvenser for pasienten. Helsepersonellens må gjøre avveininger i hver enkelt sak også må en alltid ha i bakhodet at jo større sannsynligheten er for negative konsekvenser, jo vanskeligere blir det etisk å forsvare en inngripen i andres liv. Slike avveininger er også sentrale i situasjoner der ett menneske er til fare for seg selv eller andre. Eksempel: en pas har fått en rusutløst psykose og kommer med alvorlig trusler og en anser at han ikke kan ta vare å seg selv og er til fare for andre. En inngripen i form av

tvangsinnleggelse kan da begrunnes ut fra begge disse prinsippene og også ut fra pliktetikkk. Men det er viktig at helsepersonell har god kjennskap til positive og negative effekter av tvang, sammen med tvangens betydning av behandlingsresultatet, både fra et objektivt og subjektivt perspektiv. (NOU, 2011:9).

6.3.2 Rettferdighetsprinsippet

Menneskeverd og menneskerettigheter er sentrale begreper i prinsippet om rettferdighet. Respekten for menneskeverdet er nedfelt i § 1-1 i lov om psykisk helsevern, som er et grunnleggende prinsipp i psykisk helsevern (psykisk helsevern loven, 1999). Det samme er beskrevet i pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven, 1999). Menneskeverdet omhandler en erkjennelse om at alle mennesker er like mye ved og har like og umistelige rettigheter i kraft av å være menneske, uavhengig av kjønn, alder, seksuell orientering og religion. Rettsikkerheten omhandler sikring av pasientens rettigheter i møte med helsevesenet. De har materielle og personlige rettigheter. Kontrollkommissjonen, fylkesmannen og helsetilsynet er de organene som hovedsakelig skal sørge for at pasienters rettigheter blir ivaretatt så lenge de er underlagt psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999). Menneskeverdet er nedfelt i FN's menneskerettighetserklæring, hvor også retten til frihet og autonomi anses som grunnleggende menneskerettigheter. Nært knyttet til menneskeverdet er integritet, et begrep som også kan knyttes opp mot autonomi. Integritet kan forstås som menneskets iboende ukrenkelighet. Når sykepleieren tar hensyn til andres integritet, handler det om å respektere vedkommende totale livssituasjon.

6.3.3 Autonomi og selvbestemmelse

Vi er oppdratt i forståelsen om at alle mennesker har lik verdi og en «iboende verdighet» som det heter i Menneskerettighetserklæringen. Hver enkeltmenneskets autonomi blir betraktet som noe essensielt ved det å være menneske. Begrepet er nødvendigvis enkelt å knytte til omsorg. I omsorgsbegrepet ligger det en avhengighet, mens i autonomi ligger det uavhengighet. Arne Johan Vetlesen trekker frem Immanuel Kants filosofi som støtte for dette synet. Autonom er den, og bare den, som gir seg selv sine egne lover, som kun anser seg forpliktet av de lover man selv anerkjenner. Som selvlovgivende er mennesket ukrenkelig i betydningen av å inneha en iboende verdi som man aldri kan settes til side. Å være et menneske er å være et formål i seg selv, aldri bare et middel (Vetlesen, 2001).

Hvordan ser en på omsorg hvis det er slik at autonomi er essensielt ved det å være menneske? Avhengigheten som knyttes til omsorgs begrepet, kan redusere pasientens mulighet til å være autonom, dette er noen sykepleierne må ha i ryggraden. På den andre side preges dagens vestlige samfunn av en tenkning som favoriserer autonomi over omsorg. Personers rettigheter har som funksjon å beskytte individets rettigheter. Vetlesen påpeker at i løpet av de siste par hundre årene har vi gått fra et samfunn der individet har plikter fordi staten har rettigheter, til en samfunn hvor staten har plikter fordi individet har rettigheter. Dette viser hvordan utviklingen har gått i retning av individualisering. Avhengighet vil da fremstå som negativt, hemmende og undergravende i forhold til autonomi. Mest mulig selvbestemmelse, ansvar for eget liv/handlinger vil bli sett på som riktig, og tilsvarende har den andre plikt til å respektere den enkeltes autonomi. Dette gjelder også for psykiatriske pasienter som er innlagt på tvang. Når autonomi og selvbestemmelse gjøres til den høyeste verdi, er det fare for at de som ikke er selvbestemmende og autonome, heller ikke får den hjelpen de trenger og har krav på. Idealet om selvbestemmelse ser kanskje i for stor grad bort fra andre syn på hva et godt liv er. Det er viktig at pasientens synspunkter og medbestemmelse får plass i omsorgstenkingen. Dersom pasienten ikke i stand til, eller har ønske om å være medbestemmende, må sykepleieren respektere dette, samtidig som det er en etisk fordring å sørge for at disse pasientene får den omsorg de har behov for.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.5 står det i forhold til pasientens autonomi og medbestemmelsesrett følgende «sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å ta valg, herunder frasi seg selvbestemmelsesretten» (Norsk sykepleierforbund, 2007). Pasientens autonomi skal bli ivaretatt og respektert av sykepleieren som behandler pasienten selv om han slår, selv om sykepleieren ikke godtar slag/vold. Pasientens autonomi blir ivaretatt i de yrkesetiske retningslinjene. Monstad påpeker i sin artikkel Autonomi og omsorg, at punkt 1.5 kan virke uklart, i forhold til det og skulle frasi seg bestemmelsesretten, kanskje når pasienten er tvangsinnlagt på psykiatrisk avdeling? Han er enig i at pasientene ikke burde bli presset til å ta avgjørelser de burde vært skånet for og som ofte ender i aggresjon mot sykepleierne som skal behandle pasienten. God omsorg kan nettopp være det å la pasienten slippe og ta store og små avgjørelser i enkelte situasjoner som varer en periode av sykdomsforløpet. Monstad vil ikke kalle dette å frasi seg sin selvbestemmelsesrett (Monstad, 2009).

6.4 Frivillighet

Frivillighet, frihet og vilje, er tre begreper som har vært tilknyttet til andre. Det mest grunnleggende ved frivillighetsbegrepet omhandler fri vilje autonomi, hvor ingen fri vilje er knyttet til frihet. Autonomi er allerede definert. Fri vilje kan anses som viljefrihet i tilknytting til det generelle frihetsbegrepet (Akvang 2013).

Akvang (2013) har forsøkt og integrere ulike dimensjoner av frihet for å skape det han selv refererer til som et mer konkret og empirisk anvendelig frihetsbegrep. Han definerer frihet som «fravær inkludert overvinnelse av begrensninger når vi handler». Motsatt blir ufrihet definert som «tilstedeværelse av begrensninger når vi handler». Forskjellen mellom frihet og ufrihet blir grovt sett hvorvidt en kan handle uhindret eller ei.

Med en slik definisjon av frihet er de å anse som aspekter ved handling. Når vi handler forsøker vi bevisst og målrettet å forandre noe i verden. Vi går aktivt inn for å gjøre noe, dette er koblet til intensjoner eller hensikter som omhandler at vi har satt oss mål som vi gjerne vil realisere. Dersom vi vil ha høyere utdanning må vi gå på skole for å studere (handling), for å få vitnemål (mål). Men vår frihet til å gjøre dette avhenger, ifølge denne definisjonen, at vi ikke møter på begrensninger, eller overvinne de begrensninger som oppstår. Disse begrensningene kan være ytre, utenfor individet selv, eller indre, og omfatte mange sammensatte ulike elementer. Eksempel på indre begrensninger kan være en persons kognitive evne og mentale helse. Ytre begrensninger kan være alt fra lover og regler satt av samfunnet og elementer i ens fysiske omgivelser.

Den fri viljen kan oppfattes som menneskets frihet til å velge mellom ulike alternative muligheter, eller til å kunne bestemme selv. Det er her en ser tilknyttingen mellom fri vilje og autonomi. Den fri vilje kan også sees på som et ubetinget gode, der valgfriheten i seg selv vil ha egenverdi, slik at den kan synes i det moderne demokrati. Det vil si uavhengig av hva en anvender sin vilje til, vil den ha verdi i seg selv, der ingen sin vilje er verd mer eller mindre enn ett annet menneske sin vilje (Dybvik & Dybvik, 2003).

Hvilket etisk syn en har kan åvirke de beslutninger en tar i praksis. Kjennskap til ulike etiske perspektiver og bevissthet over eget etisk ståsted kan derfor være viktig i diskusjon om tvang samt hvordan man ser på pasienten og ivare tar hans behov og gir omsorg.

6.5 Makt

Enhver relasjon mellom mennesker vil på en eller annen måte innebære makt. Makten i det profesjonelle møtet er først og fremst basert på den profesjonelle faglige kompetanse og på at vedkommende representerer en institusjon. Makten i det profesjonelle forholdet er dermed asymmetrisk fordelt. Det er ikke likeverdig maktforhold, sykepleieren har en makt pasienten ikke har. Det profesjonelle maktforholdet er faglig formidlet, og etisk sett er det sykepleierens oppgave å bruke makten til pasientens beste. Den danske filosofen Knud E. Løgstrup (1956) kaller det for den etiske fordring (Martinsen 2004).

Det er ikke bare på grunn av faglig kompetanse og på vegne av sin profesjon at man har makt i en relasjon. Makten har også en personlig side. Den er knyttet til sykepleierens holdninger og evne til kommunikasjon. Dette vil også være gjeldene i andre relasjoner som ikke er knyttet til en profesjonell kontekst. Den etiske fordringen sier at vi skal bruke den makten vi har over et annet menneske til det beste for det mennesket og ikke til det beste for oss selv. Den etiske fordringen sier imidlertid ikke noe om hvordan man skal gjøre dette. Men en ting er sikkert, ingen har rett til å gjøre seg til herre over andres liv, heller ikke om man er innlagt på tvang. Det mener Martinsen (2004) med utgangspunkt i Løgstrup. På grunn av asymmetrien i de relasjonene som finnes innenfor sykepleieprofesjonen er det viktig å diskutere begrepet makt. Innenfor en slik relasjon kan makt trives godt, og forholdene kan bli lagt til rette for at makten får fritt spillerom og kan ende i utagering.

Siden vi som andre mennesker alltid er utlevert til hverandre, vil også makt inngå i vår samhandling med andre. Livene våre er innvevd i hverandre og dermed innvevd i personens utfoldelse av makt. Det er viktig at sykepleieren ikke fratrar pasienten status og ansvar som moralsk subjekt. Å vise en pasient at man erkjenner at han kan utøve makt, er å vise at man har respekt for han som moralsk subjekt.

6.5.1 Makt og avmakt

«Makt er ett eller flere menneskers sjans til å sette gjennom sin egen fri vilje i det sosiale samkvem, og selv om det er andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand»

(Martinsen 2004). Sagt annerledes: makt er de mulighetene man har for å få innfridd egne ønsker, selv når man møtes med motstand. I sykepleiesammenheng kan det f.eks. tenkes at pasienten har synspunkter som står i motsetning til den vurderingen en sykepleier har.

Siden vi mennesker alltid er utlevert til hverandre, vil også makt inngå i vår samhandling med andre. Livene våre er innvevd i hverandre og dermed innvevd i personens utfoldelse av makt. Det avgjørende mener teologen Knud E. Løgstrup er om den enkelte lar makten over den andre tjene den andre eller ikke. Han har ett klart skille mellom å ta ansvar for og ansvar fra den andre. Gjennom den første vil man leve opp til den etiske fordring, ved den andre betegnelsen regnes det som maktmisbruk. Løgstrup bruker ordet makt uten negativ betydning. Det at vi utøver makt over andre, og de over oss er ett faktum. Det er bare som subjekter vi kan gjøre andre til objekter, til gjenstander for vår utøvelse av makt. Det er viktig at sykepleieren er bevisst dette og ikke fratrar pasienten status og ansvar som moralsk subjekt. Å vise ett menneske at man erkjenner at han kan utøve makt, er å vise at man har respekt som moralsk subjekt. Dette er like viktig hos en pasient.

6.6 Omsorg

Omsorg kan få endret mening etter hvilken kontekst det brukes i. Men både når man bruker det i privat, teoretisk eller i en profesjonssammenheng, må en omsorgssituasjon omhandle minst 2 personer for å være mulig. I denne studien fokuseres det på omsorg i profesjonell sammenheng. Parallelt med at for eksempel sykepleiefaget har utviklet seg både som disiplin og vitenskap, er det en utvikling av omsorgsfenomenet (Henriksen og Vetlesen 2006).

I sykepleien som fag snakkes det mye om omsorg, men forholdsvis lite om den makten som ligger i å yte omsorg til mennesker som har behov for hjelp. Omsorg er et stort tema hvor det finnes mye teori. Innen sykepleien er det sentralt hva som legges i begrepet omsorg, og hva det er man bygger omsorgen på. Innenfor sykepleiefaget er det profesjonell omsorg som man kan knytte til det å utøve omsorg som yrkesutøvelse, og med den yrkeskompetanse som kreves i utdanningen.

Omsorg er en nødvendighet ved våre liv. Et barn klarer ikke overleve uten, og det er barnets sårbarhet som fordrer behovet for omsorg. I relasjonen sykepleier – pasient handler dette dels om å møte pasientens grunnleggende behov på ulike områder, og dels å møte pasienten som ett likeverdig medmenneske, med en kunnskap og erfaring som sykepleieren innehar.

Vetlesen, J, 2001 skriver at omsorg er en struktur ved menneskets væren i verden, et eksistensielt. Vi kan ikke velge bort omsorg fra vår verden, det er en nødvendighet som viser seg hver gang et nytt menneskeliv kommer til verden. Omsorg er å gi den andre noe den ikke kan gi seg selv. Innenfor profesjonsomsorgen knytter det seg en spenning til at det på den ene siden stilles krav til objektiv distanse, og på den andre siden stiles krav til adekvat, personlig nærhet og involvering. Et strukturert trekk innenfor enhver omsorgsrelasjon er at det er en asymmetri i forholdet mellom sykepleieren og pasienten (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Det som kjennetegner profesjonell omsorg er at man utøver omsorg på grunnlag av en yrkeskompetanse. Det er kanskje først og fremst en gjennomtenkt, rasjonell og en planlagt terapeutisk virksomhet hvor målene er faglige. Profesjonell omsorg er også upartisk, på den måten at man må ha ansvar for flere pasienter, og må balansere deres ulike hjelpebehov.

Den islandske professoren Sigridur Halldorsdottir har systematisert en teori for profesjonelle sykepleie gjennom sju fenomenologiske studier. Hun har gjennom 91 dialoger snakket med 57 informanter, for det meste tidligere pasienter, om hva som er ideell sykepleie. Selv om det er flest studier som har klart fokus enten på omsorgsgivernes perspektiv eller pasienter, er det etter vår erfaring ofte det mest fruktbare i profesjonelt omsorgsarbeid å ta utgangspunkt i en dialog for å finne en felles forståelsesramme.

Essensen i Halldorsdottir sin sykepleieteori er at sykepleie er profesjonell omsorg.

Basiskomponenter som alle er nødvendig for en komplett sykepleie er:

«competence, caring and connection» (Halldorsdottir (1996) s. 39)

Profesjonell omsorgskompetanse innebærer:

- *Being open and perceptive of others – e.g being sensitive to patients needs*
- *Being genuinely concerned for the patient, as a person and a patient*
- *Being morally responsible – e.g being respectful of self and others*
- *Being truly present and available for the patient – attentiveness to the present moment – present and available in a situasjon, psysically and emotionally*
- *Being dedicated and having the courage to the patient as a professional nurse*
(Halldorsdottir, s. 40, 1996).

6.7 Asymmetri i relasjonen

Enhver relasjon mellom sykepleier og pasient vil på en eller annen måte innebære makt på en eller annen måte. Makten i det profesjonelle møtet er først og fremst basert på sykepleierens faglige kompetanse og på at vedkommende representerer ett sykehus. Makten i det profesjonelle forholdet er dermed asymmetrisk fordelt. Det er ikke ett likeverdig maktforhold, sykepleieren har en makt som pasienten ikke har (Martinsen 2004). Det profesjonelle maktforholdet er faglig formidlet, og etisk sett er det sykepleierens oppgave å bruke makten til pasientens beste. Den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrup (1956) kaller det for den etiske fordring.

Makt har også en personlig side og kan utløse aggresjon og sinne hos pasienten. Den er knyttet til den profesjonelles holdninger og evne til kommunikasjon. Dette vil også være gjeldene i andre relasjoner som ikke er knyttet til en profesjonell kontekst. Den etiske fordringen sier at vi skal bruke den makten vi har over ett annet menneske til det beste for dette mennesket, og ikke det beste for oss selv. Den etiske fordringen sier i midlertidig ikke noe om hvordan man skal gjøre dette. Men en ting er sikkert, ingen har rett til å gjøre seg til herre over andre liv. På grunn av asymmetrien i de relasjonene som finnes innenfor sykepleieprofesjonen er det viktig å diskutere begrepet makt og hva det kan føre med seg. Innenfor en slik relasjon kan makt trives godt, og forholdene kan bli lagt til rette for at akkurat makten kan få fritt spillerom.

Tillit til sykepleieren er viktig og noe som må jobbes med under hele prosessen.

Som nevnt er kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasienten avgjørende for om det ytes god omsorg eller ikke. Et sentralt begrep i denne sammenheng er begrepet «tillit» som også må være til stede når man skal skape relasjoner. Som en følge av at pasienten viser sykepleieren tillit, vil man selv bli sårbar. Dermed vil det også være aktuelt å snakke om makt. Den som har blitt vist tillit, i dette tilfellet sykepleieren, må være bevisst på og ikke misbruke makten hun får. Her spiller kommunikasjon en viktig rolle – hvordan kommuniserer sykepleieren med og til pasienten, Misbrukes makten vil det trykke på pasientens sårbarhet. En pasient som stoler på sykepleieren kan ofte komme inn i tillitsrelasjonen preget av avmakt og lite kunnskap på området. Dermed er han avhengig av at sykepleieren vet hva hun skal

gjøre og tar de riktige avgjørelsene. Pasienten må stole på sykepleierens kompetanse. Det er det man kaller epistemisk asymmetri, som vil si at noen vet, andre vet ikke. I dette tilfellet vil det være sykepleieren som vet og pasienten som ikke vet. Med det som utgangspunkt er det sykepleieren som er herre over situasjonen. Det at pasienten noen ganger må stole på sykepleieren kan dekomponere i tre elementer: tillit til hensikter, tillit til kompetanse og tillit til teknologi. Tillit til teknologi vil ikke alltid være tilstede, og da er det tillit til kompetanse og hensikter som vil være relevant i situasjonen. At pasienten har tillit til sykepleierens kompetanse vil si at pasienten har tiltro til sykepleierens evne og ville til å kunne oppdage og korrigere egen feil. Den som gir tillit er i hendene på andre personers gode hensikter. Det er alltid en risiko for at den som møter noen med tillit blir utsatt for maktbruk, fordi han gir fra seg kontroll over noe han er interessert i, til noen som han ikke har noen garanti for at er pålitelig.

Nortvedt og Grimen skriver om tillit og makt og diskuterer fire ulikheter mellom tillit og makt. Det første de ser på er at makt kan skape tillit. Det er tre mulig årsaker til at en person gjennom tillit overfører makt til den andre parten i en relasjon. Manglende valgfrihet kan tvinge noen til å vise tillit. Hvis en pasient blir akutt syk eller avhengig av en spesiell behandling er han nødt til å vise tillit. For det andre kan en legitim autoritet skape tillit. Legitim autoritet kan bygge på lover og regler, tradisjon og tro på personlige nådegaver. For det tredje kan makt skape tillit fordi en person tror at den andre har makt eller evner til å gjøre ting han selv ikke kan. Den andre sammenhengen mellom makt og tillit er variasjon i utgangsbetingelsene for tillit. Man kan gå inn i en tillitsrelasjon ovenfra eller nedenfra. Pasienten går inn ovenfra hvis han har effektive sanksjoner mot tillitsbrudd, eller en troverdig trussel om å forlate relasjonen. Et eksempel på dette kan vi se i militæret. Kapteinen gir soldaten en ordre om noe som skal gjøres. Da viser han soldaten tillit og stoler på at det blir gjort. Hvis ikke har kapteinen makt til å straffe soldaten, noe begge er klar over på forhånd. Den andre muligheten er at personen går inn i tillitsrelasjonen nedenfra. Det vil være det aktuelle i en pasientsituasjon. Hvis denne tilliten blir brutt av sykepleieren, vil ikke pasienten nødvendigvis ha mulighet for å straffe sykepleieren på grunn av tillitsbruddet, men det kan oppstå sinne og utagering i slike situasjoner.

Den tredje sammenhengen er at i noen tilfeller kan makt bygge på tillit, ofte i sammenhenger hvor definisjonene er meget åpne. Nortvedt og Grimen henviser til Webers klassiske definisjon av makt, hvor en persons makt er sannsynligheten for at han i en sosial relasjon kan

sette sin vilje igjennom, også om han møter motstand, uavhengig hva denne sannsynligheten bygger på. Da kan makt hvile på tillit, fordi tillit kan la en person få sin vilje uten motstand.

Den fjerde og siste sammenhengen mellom tillit og makt, er at en som gir tillit alltid bygger på en situasjonsdefinisjon, Den som gir tillit oppfatter situasjonen på en bestemt måte. Hadde han vist at den situasjonsdefinisjonen han hadde var feil ville han ikke ha stolt på den andre personen. Men tillitsgiveren kan ha oppfattet situasjonen feil og derfor blitt lurt. Da blir han utsatt for inntryksmanipulasjon. I profesjonell omsorg kan alle disse formene for maktbruk forekomme.

En kan si at det er ulike sammenhenger mellom tillit og makt

Kunnskap og makt er to nært beslektede begrep. På den ene siden er god fagkunnskap hos sykepleier et tillitsskapende element i forhold til pasienten. I den sammenheng vil den som innehar kunnskapen ha en maktposisjon overfor den andre. På den annen side kan det tenkes en situasjon der en sykepleier med god fagkunnskap har problemer med å få pasienten til å følge de nødvendige prosedyrer, ta riktige medisiner osv fordi tilliten mellom fagpersonen og pasienten på det mellommenneskelige plan ikke er til stede. Ut fra en slik tankegang vil fokuset være på å etablere en god relasjon først, og dermed få et bedre utgangspunkt for å gå inn i en dialog med pasienten om hvilken behandling som er den beste. Slike spørsmål har Nordtvedt og Grimen diskutert (2004). De skildret fire ulike sammenhenger mellom makt og tillit:

- Makt kan skape tillit.
- Variasjon i utgangsbetingelsene til tillit
- Makt kan bygge på tillit
- Situasjonsforståelsen

Den første formen er at makt kan skape tillit. Det vil si at pasienten av en eller annen grunn gjennom tillit overfører makten sin til sykepleieren. Det kan være flere årsaker til det men også her er kommunikasjon viktig i tillegg til hvordan sykepleieren bruker sitt nonverbale språk.

Pasienten kan bli akutt syk og trenge behandling. Dermed er han nødt til å vise sykepleieren tillit. Sykepleieren har også en legitim autoritet i kraft av sin stilling i helsevesenet, med lovverk, regler og faglige tradisjoner som dette innebærer. Videre kan tillit også skyldes at pasienten tror sykepleieren har makt eller evner til å gjøre ting han selv ikke kan.

Asymmetrien og makten er synlig. Med en ekspertrolle blir det tydelig at sykepleieren som fagperson kan gjøre ting ikke pasienten kan, og sykepleier vil derfor ha legitim autoritet når pasienten aksepterer dette. Det er nærliggende å trekke en sammenheng til den evidensbaserte tenkningen i forhold til et slikt syn.

Innen den livsfilosofiske tradisjonen vil også sykepleierrollen delvis bygges opp med bakgrunn i pasientens tillit til sykepleieren som fagperson. Men dersom en slik tillit ikke finnes i utgangspunktet, vil sykepleier arbeide med relasjonen på et annet plan: Det kan tenkes at hun vil forsøke å gå inn i en dialog, der pasienten på det menneskelige planet sidestilles med sykepleier. Sykepleiers mulighet til å øve innflytelse på pasienten vil i den sammenheng paradoksalt nok skje gjennom å bygge ned autoritet i en viss forstand. Ikke på noe tidspunkt stilles det tvil ved hennes faglige integritet og autoritet, men dette handler om et syn om at medmenneskelig tillit må etableres som del av omsorgsarbeidet. Når alt kommer til alt er det pasienten selv som bestemmer om denne makten gjør at han møter sykepleieren med tillit.

Den andre sammenhengen mellom makt og tillit er at det er variasjon i utgangsbetingelsene for tillit. Da kommer vi inn på problematikken om man går inn i tillitsrelasjonen ”ovenfra” eller ”nedenfra”. Pasienten vil alltid gå inn i relasjonen nedenfra fordi sykepleieren har definisjonsmakt i situasjonen. Hvis en person går inn i en tillitsrelasjon ovenfra vil han eller hun ha mulighet til effektive sanksjoner ved tillitsbrudd eller å trekke seg ut av relasjonen. Dette er ikke tilfelle for pasienten. Pasienten har mange ganger heller ikke mulighet til eller kunnskap om å se hva som er rett og galt i behandlingen og blir dermed sårbar i relasjonen. Det blir hennes ansvar å gjøre det beste for pasienten for å være tilliten verdig. Sykepleieren får et ovenfra og ned forhold til pasienten. I en evidensbasert sammenheng vil det sentrale være å forsikre pasienten om at de tiltak som settes i verk er faglig riktige og slik skape tillit. Den livsfilosofiske sykepleier vil sette relasjonene med pasienten i sentrum, og oppvurdere pasientens synspunkter. Slik vil tilliten bygges, og muligheten for å gi behandling til pasientens beste tar en annen retning.

Den tredje sammenhengen Nortvedt og Grimen nevner er at i noen tilfeller kan makt bygge på tillit. Hvis det eksisterer tillit mellom to personer kan den ene parten la en person få viljen sin uten motstand, og makten kan hvile på tilliten. Med andre ord hvis sykepleieren blir møtt med tillit, kan hun ha mulighet til å bestemme hva som skal gjøres med pasienten. Pasienten har full tillit til sykepleieren og viser derfor ikke motstand. Det viktige blir da om pasienten har tillit hos sykepleieren. Det blir opp til pasienten selv å vurdere. Dermed vil forutsetningen for

sykepleierne i utgangspunktet være likt innenfor de to tradisjonene, det vil være opp til pasienten.

Den fjerde sammenhengen er at tillit alltid bygger på en situasjonsforståelse. Enhver som møter noen med tillit har en viss forståelse av situasjonen. Det vil også gjelde møtet mellom sykepleier og pasient. Innenfor den livsfilosofisk tenkningen vil sykepleieren hele tiden prøve å være i dialog med pasienten, og samtale om situasjonen og hvilke opplevelser pasienten har. I den sammenhengen vil muligheten for misforståelser minskes fordi begge deltar aktivt i situasjonen. Imidlertid kan pasienten føle at han blir så delaktig i det hele, og at han må forholde seg til alt, og dermed svekkes også tilliten. Den evidensbaserte retningen vil tydelig vise at her blir du tatt hånd om, og er i de beste hender. Men tilliten kan svekkes hvis pasienten føler seg oversett, og bare omtales som en diagnose (Nortvedt og Grimen 2004).

Tillit vil i den livsfilosofiske tradisjonen være knyttet til interpersonale og intersubjektive relasjoner. Tillit utspiller seg mellom mennesker. Det innebærer, som vist ovenfor, at god omsorg og sykepleie, baserer seg på møtet mellom pleier og pasient. Møtet og samtalen er grunnleggende elementer i tillitsrelasjonen. Det innebærer at sykepleieren må improvisere også skjønnsmessig for å etablere en slik relasjon. Hennes kunnskaper er viktige i dette, men de er ikke de eneste. Dersom det utelukkende er evidensbasert viten som danner grunnlag for tillit, omgjøres tillit i noen grad fra å være en intersubjektiv hendelse til å bli en objektiv størrelse. Det er utfordringen i den evidensbaserte tradisjonen. Den kan gjøre tillit til noe som er objektivt og gitt uavhengig av personene som er involvert. Dermed blir tillit og kunnskap knyttet sammen på en måte som i verste fall svekker den interpersonale relasjonen. Dette får igjen konsekvenser for hvordan man tenker om avhengighet og autonomi innen sykepleie. Er avhengigheten en objektiv avhengighet av kunnskap, eller er den også en avhengighet som er grunnleggende fellesmenneskelig? Pasienten er alltid i en avhengighetssituasjon i forhold til sykepleieren, selv om det å kunne bestemme over eget liv er et vesentlig aspekt ved det å være menneske. (Nortvedt og Grimen 2004)

6.8 Roller og ansvar

Ansatte i psykiatrien har ulike roller med hensyn til ansvar og oppgaver. Repstad (1998) definerer rolle som «et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt posisjon». I følge lov om psykisk helsevern kan bare psykiatere fatte vedtak om bruk av tvang og andre vedtak som begrenser pasienten mens sykepleierne på enhetene utfører tvangsvedtaket.

Pasientrollen er først og fremst en som trenger hjelp og behandling for sin psykiske lidelse. Den rollen pasienten har overfor personalet kan variere. En pasient kan for eksempel være svært føyelig overfor noen ansatte for å få ekstra goder som for eksempel røyk. En kan vel si at sykehuset og de ansatte former pasienten i pasientrollen.

Bruk av tvang medfører ett stort ansvar for den som gjør vedtaket. Ansvar vil si å stå til rette for sine handlinger eller unnlattelse av handlinger. Det gjelder etisk, moralsk eller i juridisk forstand. Å stå til rette i juridisk forstand kan også berøre moral og etikk. I denne sammenhengen må en se på sykepleierens ansvar overfor pasienten. Det er ofte i slike situasjoner at pasientene utagerer. For å få til ett samarbeid med pasienten må vi avklare begge parters rolle, ansvar og medansvar. Ett hvert menneske er i høy grad ansvarlig for sine valg og handlinger (Hummelvold, 2007).

Hummelvold henviser til Frankl (1990) som sier. «Å være menneske er å være ansvarlig» Ofte er det ikke lett å se hva de enkelte handlinger medfører. Dette kan mange psykiatriske pasienter som er innlagt ha forståelse for. Vi som sykepleiere må også behandle disse som voksne mennesker og ikke ta fra dem ansvaret for egne valg og handlinger. Vi må ikke glemme at de er selvstendige individ som ikke er umyndiggjorte selv om de er tvangsinnlagte. Dette er ofte en vanskelig balansegang som sykepleieren synes er vanskelig å stå i. Det at en pasient for eksempel slår fordi han ikke får røyk er ikke greit. Det er viktig å få pasienten til å se sine valgmuligheter i situasjoner som oppstår i livet og til å hjelpe dem så de klarer og se sine valgmuligheter i situasjoner som oppstår og være berett til å møte de utfordringer ansvar for egen liv medfører, og ikke bare ty til vold.

Filosofen Kierkegaard (1813-1855) var opptatt av menneskets eksistens. Hvilke valgmuligheter og ansvar vi har gjennom livet. Han mente av mennesket må være seg selv og stå for egne valg og meninger. Ved å være som «andre» ville en miste «seg selv».

Aggresjon og vold er begreper som ofte nevnes i samme setning.

Aggresjon: Atferd innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ.

Vold: Atferd innrettet på å påføre alvorlig fysisk skade på et annet individ.

Aggressiv atferd er altså ett samlebegrep for et stort spekter av atferd som kjennetegnes ved at utøveren har til hensikt å skade en annen person fysisk. Vold defineres her som å påføre forsøke å påføre, eller true med å påføre en annen person skade. Hovedkriteriene i definisjonen av aggresjon og vold er at disse begrepene beskriver atferd som er hensiktsrettet (intensjonell), og som er innrettet på å påføre fysisk skade på et annet individ.

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2012) har en noe videre definisjon av vold; «Forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkelt personer, eller en gruppe, når denne handlingen resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling».

Pasienter som utagerer/eller benytter vold i en eller annen form har vært en av de vanskeligste utfordringene innenfor psykisk helsevern gjennom tidene.

Utagering er ett annet sentralt begrep. Ordet kommer ifølge Google fra det engelske begrepet acting out og betyr en utladning av impulser i handling. Den egentlige betydningen inkluderer ikke verbal utagering, men vi velger å inkludere også dette i begrepet. All atferd kommer til uttrykk med tilsynelatende sterk følelsesmessig involvering, enten det er sinne, redsel, frustrasjon, angstanfall med aggressivt preg og så videre, definerer vi som utagering.

7.0 Diskusjon

Vi vil i dette kapitlet se på samspillet mellom de ulike faktorene som vi har trukket fram i de forgående kapitlene.

7.1 Tvang

Helse og Omsorgsdepartementet (2012) konkluderer med at det foreligger en tverrpolitisk enighet om å redusere tvangsbruken i Norge da det vurderes å være et for stort omfang av bruk av tvang. I 2006 var dette også konklusjonen til Helsedirektoratet som de omtaler i «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet». Selv om denne enigheten ligger til grunn, foreligger det en omstridt diskusjon vedrørende hvilke prinsipper en skal legge til grunn for tvangsbruk og hvordan en skal måle det. Tilgjengelig statistikk viser at en stor andel av innleggelsene i det psykiske helsevernet for voksne i Norge er tvangsinnleggelse. Andelen tvangsinnleggelse har vært stabilt høy i Norge over mange år. Statistikken viser også at det er til dels store forskjeller mellom sykehus og fylker i andelen tvangsinnleggelse uten at en kan forklare hvorfor.

En pasient vil kunne oppleve bruk av tvungent psykisk helsevern og tvang i behandlingen som en voldsom og urettmessig inngripen i eget liv, og som et angrep på egen autonomi og integritet. Det er derfor viktig å ha forsøkt frivillighet så langt det lar seg gjøre. Målet med brukermedvirkning er at det skal bidra til økt kvalitet på tjenestene og at pasienten med dette får økt innflytelse over eget liv og egen livskvalitet. Pasienten skal oppleve at egne bidrag betyr noe og at de har reell innflytelse på hvordan tilbudet skal utformes. Dette innebærer at pasienten medvirker i valg, utforming og anvendelse av det tilbud som er tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

Vi må være oppmerksom på at tvang kan skade tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Høyen og Dalgard (2002) tilskriver diskusjonen til hovedsakelig og omhandle om tvangen er hensiktsmessig og nødvendig. Videre at det sjeldent settes spørsmålstegn ved om tvang kan forsvares når det gjelder psykisk lidende som i visse situasjoner må ilegges tvang under psykisk helsevern, for deres egen og andres velbefinnende.

Utgangspunktet for å anvende tvang er at det vurderes å være medisinsk nødvendig grunnet alvorlig sinnslidelse. Slik rettferdiggjøres tvangsbruk for å beskytte et menneske mot seg selv, beskyttelse av andre og for å gi nødvendig behandling i den hensikt å skape bedring eller hindre forverring. En slik begrunnelse burde blant annet være basert på forskningsbasert kunnskap om effekter og behandlingsresultater av tvang. Samtidig er grunnleggende kunnskap om effektene av tvang og behandlingsresultater mangelfullt, og av varierende kvalitet. Resultatene har også vært varierende. Det etterlyses derfor mer kunnskap om tvang, og behovet for mer forskning om temaet anses som stort. Tverrfaglig forskning kan være en god forutsetning for å få solid kunnskap om emnet (Helsedirektoratet, 2009: Helse og Omsorgsdepartementet, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2009) er en av de største utfordringene,- og årsakene til den manglende forskningen, knyttet til metodologi. Metodologisk er en av problemene å gi en entydig redegjørelsen av tvangsbegrepet, noe som er nødvendig for å kunne operasjonalisere begrepet.

De siste 10-15 årene har fokuset på tvang fått økt fokus, og ikke bare på tvangsbruk som utføres i psykisk helsevern. En stor del av forskningen som er utført om tvang stammer fra utenlandske studier. Resultatene er ikke nødvendigvis overførbart til Norge, grunnet ulik lovgivning, organisering og praksis mellom ulike land. Det er derfor et ønske om å gjennomføre Norske studier.

Hvordan tvang virker inn på behandlingsresultatene, samt de positive og negative konsekvenser en har funnet at tvang kan medføre, er viktige argumenter i tvangsdebatten når en skal rettferdiggjøre bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2009).

Begrepet "tvang" er ikke et entydig begrep (Høyer & Dalgard, 2002). Når en skal diskutere tvang, kan disse ulike måtene å forstå tvangsbegrepet på trolig gå om hverandre og dermed skape forvirring om hva det faktisk er en diskuterer. Dessuten er det en manglende avklaring av begrepene. Formell tvang kan inkludere tvungen psykisk helsevern, tvungen observasjon, behandling uten eget samtykke og tvangsmiddelbruk. Faktisk tvang kan omhandle åpenlys bruk av tvang, og mer skjulte former for tvang. For eksempel kan pasienten som skal medisineres holdes fysisk fast mens vedkommende får satt injeksjon eller man kan si til pasienten at den ikke får gå ut før vedkommende har tatt medisin. Begge situasjonene kan oppleves som like inngripende for pasienten. Kanskje vil noen oppleve den "skjulte" tvangen være mer belastende nettopp fordi den er skjult og vanskelig å påklage. Opplevd tvang er rent subjektivt, og vil variere fra individ til individ, og kan oppleves uavhengig av både formell og

faktisk tvang. Gjentatte erfaringer med at en gitt konsekvens kommer, kan bidra til at pasienten ikke opplever at han har noe selvbestemmelse i situasjonen. Det kan for eksempel være at ikke pasienten ikke innordner seg enhetens rutiner og timeplan og vet at dersom han ikke gjør det blir han for eksempel ikke utskrevet. Det kan være at det ikke har noe med sykdommen å gjøre at pasienten ikke vil, såkalt, innordne seg. Kanskje er det bare snakk om preferanser for hvordan man vil ha hverdagen sin. Men pasienten har erfart at for å oppnå større grad av frihet må han gjøre gitte ting. Hvordan en pasient opplever å ha vært underlagt tvang varierer og det er ulike oppfatninger hos pasientene, enkelte beskriver at det er for stor avstand mellom pasienter og sykepleierne samt at det er for stort fokus på sykdom, svakheter og problemer noe som gjør det vanskelig å komme inn på samarbeid og likeverdige relasjoner. Noen opplever det som nødvendig og positivt, mens andre opplever negative fysiske og psykiske ettervirkninger. (NOU, 2011:9). Erfaringsmessig er det også en del pasienter som opplever det at andre tar over kontrollen som en lettelse.

Kari Martinsen skriver at omsorgen kommer til syne gjennom våre holdninger og handlinger, Hun beskriver omsorg som mer enn en grunnholdning, den er også en praktisk handling. Den omsorgen sykepleieren gir er i dagligdagse situasjoner som både vi og pasientene kjenner til. Gjennom konkrete handlinger og dagligdagse situasjoner gir vi hjelp og omsorg. Som medmenneske har vi mange likhetstrekk i vår dagligdagse verden og kan dermed bedre forstå den syke. Martinsen sier at om man ikke kan kjenne den andres tørste vi kunne gjenkjenne det å være tørst utfra egen erfaring (Martinsen 2004).

Kirkegaard (1994) hevder at vi må forstå det den andre forstår for å kunne ha bruk for min «merforståelse». Vi tolker dette som at hvis vi ikke kan møte pasienten i hans verden med den forforståelsen vi har, vil vi ikke ha bruk for vår kompetanse og kunnskap. Altså, hans forståelse trenger ikke min fagkunnskap men bare min forståelse av hva han oppfatter. Først da er det at man kan forstå hverandre og ta i bruk kunnskapen for å hjelpe pasienten. Vi ser at øyeblikk som dette er med på å utgjøre hva som er omsorg i sykepleien av høy kvalitet (Martinsen 2004).

Martinsen skriver at om vi har mange kunnskaper om pasientens situasjon, vil fagkunnskapen gjøre oss i bedre stand til å sørge for den andre på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Det er av stor betydning at omsorgen kommer frem på en måte som gjør at pasienten føler anerkjennelse og ikke umyndiggjøring (Martinsen 2004).

Grenseovergangen mellom frivillighet og tvang i det psykiske helsevesenet oppleves som flytende, ikke bare juridisk, men begrepsmessig. Som ved tvangsbegrepet, er ikke denne grensen entydig, men går langs et kontinuum fra klart frivillig til klart tvungen. Det avhenger også av hvorvidt en benytter seg av en snever eller vid definisjon. Hvor grensen går er vanskelig både når det gjelder innleggelse og tvang under innleggelsen. For eksempel er det ikke alltid lett å se hvor overgangen fra trusler, overtalelse, og negativt press, til rådgivning og veiledning. Helse og Omsorgsdepartementet (2012) hevder at en i praksis kan kalle de færreste innleggelsene til psykisk helsevern enten klart frivillig eller ufrivillig. Helse og Omsorgsdepartementet (2012) fremhever at et viktig ankerpunkt i regjeringens ønske om å redusere tvang er pasienter og pårørendes fortellinger om krenkelser de mener seg utsatt for i møte med det psykiske helsevern. Samtidig etterlyser de flere individuelle beretninger for å sikre en god oversikt over klager, utover det kontrollkommisjonen og fylkesmannen har kontroll med. Dette kan kanskje eksemplifisere hvor viktig det er å høre historiene til enkeltindivider og enkelthendelser. Det som her omtales som opplevd tvang bør derfor tillegges stor vekt. Ved opplevd tvang er det satt spørsmålsteget ved om en kan måle slike subjektive opplevelser på en objektiv og reliabel måte (Høyer og Dalgård, 2002).

Opplevelsen av tvang er ofte forskjellig mellom pasienten som utsettes for tvangen, og helsepersonellet som utfører tvangen (Norvoll & Husum, 2011). Opplevd tvang, kunne derfor også vært interessant å se på ut i fra tvangsutøverens sin opplevelse. En sammenlikning av de to kan kanskje bidra til å forstå hva som gir ulike forståelser av tvang mellom helsepersonell og pasienter. Denne forståelsen kan igjen tenkes å være med på å bidra til at gapet i forståelsen av tvang blir mindre. Nettopp i dette rommet hviler der, slik vi ser det, et stort ansvar på sykepleieren i forhold til å balansere pasientens selvbestemmelse. Norvoll og Husum (2011) har identifisert flere mulige elementer som kan være årsaken til forståelseskjøften som ligger mellom pasienter og ansatte. Blant dem er kommunikasjon, som har vist seg å påvirke pasienters opplevelse av tvang.

Pasienters opplevelse av tvang som har blitt utført blir påvirket av kommunikasjonsformen de har til de ansatte, både på godt og vondt. Der de opplever dårlig kommunikasjon, enten ved at de opplever ikke å bli hørt eller forstått forsterker opplevelsen av tvang. Kommunikasjon preget av lite eller manglende respekt, som kan komme til uttrykk i eksempelvis

håndliggjøring eller ydmykelser har også vist seg å ha en forsterkende effekt på tvangsopplevelsen til pasienten.

Som del av et større prosjekt (BAT-prosjektet) undersøkte Norvoll et al. (2008) hvilke holdninger ansatte i akuttpsykiatriske avdelinger hadde til tvang. Studiet av Husum et al. (2011) undersøkte det samme, men hadde holdninger til tvang som hovedfokus. Begge brukte "The Staff Attitude to Coercion Scale" (SACS) for å identifisere hvilke holdninger helsepersonell hadde. Dette er et spørreskjema som inneholder 15 utsagn om tvang, hvor respondenten blir bedt om å svare hvor uenig eller enig de er fra sterkt enig til sterkt uenig på en fem punkts Likert-skala (Norvoll og Husum, 2011).

Studien til Norvoll og Husum (2011) undersøkte hvilke holdninger mot tvang ansatte ved psykiatriske avdelinger hadde. I denne undersøkelsen inkluderte de årsaker, tanker og tro om tvang, sammen med holdninger under ett. De klarte å lokalisere flere forhold som kunne påvirke personalets holdninger. Kulturelle og individuelle faktorer hos personalet, faktorer ved avdelingen de jobbet på, og faktorer ved pasientene, var alle faktorer som kunne påvirke holdningene til helsepersonell. De fant at en stor andel av variansen i holdninger mot tvang var relatert til faktorer ved avdelingen de jobbet på. De mener en av forklaringene til dette er at mennesker som jobber sammen utviser en tendens til å adoptere de samme holdningene og meningene (Norvoll og Husum 2011).

Som del av et større prosjekt (BAT-prosjektet) undersøkte Norvoll et al. (2008) hvilke holdninger ansatte i akuttpsykiatriske avdelinger hadde til tvang. Studiet av Husum et al. (2008) undersøkte det samme, men hadde holdninger til tvang som hovedfokus. Begge brukte "The Staff Attitude to Coercion Scale" (SACS) for å identifisere hvilke holdninger helsepersonell hadde. Dette er et spørreskjema som inneholder 15 utsagn om tvang, hvor respondenten blir bedt om å svare hvor uenig eller enig de er fra sterkt enig til sterkt uenig på en fem punkts Likert-skala (Norvoll et al, 2008).

Studien til Norvoll et al. (2008) undersøkte hvilke holdninger mot tvang ansatte ved psykiatriske avdelinger hadde. I denne undersøkelsen inkluderte de årsaker, tanker og tro om tvang, sammen med holdninger under ett. De kom frem til flere forhold som kunne påvirke personalets holdninger. Kulturelle og individuelle faktorer hos personalet, faktorer ved avdelingen de jobbet på, og faktorer ved pasientene, var alle faktorer som var med på å påvirke holdningene til helsepersonell. De fant at en stor andel av variansen i holdninger mot tvang var relatert til faktorer ved avdelingen de jobbet på. De mener en av forklaringene til

dette er at mennesker som jobber sammen utviser en tendens til å adoptere de samme holdningene og meningene (Norvoll et al, 2008).

I studien fant de hovedsakelig tre hovedgrupper av holdninger til tvang. Den første var en kritisk holdning som innebar at de opplevde tvang som fornærmende ovenfor pasienten, med mulige skadevirkninger både for pasienten og forholdet mellom pasient og personal. Den andre holdningen var av en mer pragmatisk karakter. De som hadde en slik holdning, anså tvang som nødvendig for sikkerhet og omsorg for å unngå skader både på pasienter og personalet. Den siste holdningen de oppdaget ble definert som den mest positivt ladede holdningen mot tvang. Tvang ble da ansett som en behandlingsintervensjon, nødvendig for pasienter som eksempelvis manglet sykdomsinnsikt eller var i fare for å skade seg selv eller andre (Norvoll et al, 2008).

Resultatene fra studien viste at de fleste ansatte hadde en pragmatisk holdning mot tvang, og vektla sikkerheten til både pasientene og de ansatte, så vel som omsorgsaspektet. I likhet med dette fant Norvoll et al. (2008), at den pragmatiske begrunnelsen for å anvende tvang var viktig for personalet, og var den holdningen flest kjente seg igjen i. Flere av helsepersonellet mente det kunne skape utrygghet og redusere sikkerheten, om en reduserte tvangsbruk.

Likevel befant helsepersonellet seg på et kontinuum fra motstandere av tvangsreduksjon til de mer positivt innstilte mot en reduksjon i tvangsbruk (Norvoll et al 2008), og omsorg.

Tvang som behandling var den holdningen færrest kunne kjenne seg igjen i. En stor andel av de ansatte anså heller ikke tvang som fornærmende overfor pasientene men en nødvendighet i gitte tilfeller. Dette kom frem i begge undersøkelsene (Norvoll og Husum, 2011; Norvoll, et al.2008). Det kan tenkes at deres syn på tvang som nødvendig for sikkerhet og omsorg, overskygget eventuelle negative effekter tvang kunne ha, og at de slik rettferdiggjorde tvangsbruken med hovedhensikten om å gi omsorg. Sikkerhetsaspektet er derav en viktig årsak – og begrunnelse for å bruke tvang (Norvoll et al, 2008).

Pasientene i undersøkelsen til Norvoll et al (2008), befant seg, som helsepersonellet på et kontinuum. Fra de som hadde en mer positiv holdning til tvangsbruk til de hadde en mer negativ holdning hvor de anså tvangsbruk som galt, med mindre det ble brukt i situasjoner som skapte direkte fare. I likhet med helsepersonellets vurderinger, var pasientene mest enig i å anvende tvang ut i fra fareperspektivet, i tråd med en pragmatisk holdning. Færrest var enige om å bruke tvang ut ifra et behandlingsperspektiv, som representert ved en positiv holdning til tvang.

I rapporten ” Bedre kvalitet-økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester” blir både bedre holdninger og økt kompetanse nevnt som to elementer som kan bedre behandlingsresultat og redusere tvangsbruk under psykisk helsevern (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012). I den samme rapporten indikeres holdninger som en potensiell forklaring til geografiske forskjeller i tvang. Med tanke på det som tidligere er nevnt om at våre kunnskaper kan komme til uttrykk gjennom våre holdninger.

Med tanke på det som tidligere er nevnt om at våre kunnskaper kan komme til uttrykk gjennom våre holdninger, og det undersøkelsen av Norvoll og Husum (2011) sier om ulike holdninger til tvang, hadde det vært interessant å undersøke en eventuell sammenheng mellom tvangsutøvelse og holdninger.

7.2 Den omsorgsfulle relasjonen

Omsorg som fenomen kan i et medisinsk epistemologisk perspektiv og tradisjon ses som sykepleierens forlengelse av legegjerningen, slik Elisabeth Hagemann beskriver i Martinsen og Wyllers nylesing (2003). Omsorg kan også ses som et selvstendig område for sykepleieren, ved siden av legens domene, slik Rikke Nilssen skriver i sin bok «lærebok i sykepleie for diakonisser» fra 1877. Datamaterialet i brukerundersøkelsen blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003-2007, Sintef viser at sykepleieren har med seg ulike former for forståelse av egen posisjon ift. den overordnede medisinske myndigheten.

Den danske filosofen Foucault (1976, 1977) hevder at det ikke eksisterer makt uten at det er motmakt der. I dette perspektivet blir det i tilfelle interessant og nødvendig å se nærmere på hvordan pasientens uttrykk påvirker sykepleierne, eks. deres forståelse for egen rolle og hvordan de utøver den. Sykepleierne følger pasientene gjennom hele døgnet, gjennom gode og dårlige perioder og gjennom store og små utfordringer men i overkant av 30 % rapporterte at de i liten eller i svært liten grad hadde blitt tatt med på råd om hva de ønsket eller at deres syn i liten grad hadde blitt tatt med i betraktning. Foucault sier at makten skal etterspørres der hvor effektene realiseres og blir synlige. Tilliten er mange ganger skjør og kan ødelegges hvis pasienten føler seg sviktet. Derfor er det viktig at sykepleieren setter seg inn i pasientens livshistorie og bruker denne informasjonen til å tilrettelegge for at pasienten skal bli rustet til å mestre livet.

Tilliten som kan utvikles gjennom en lang relasjon er sentral. Dette kan skje når sykepleieren gir av tiden sin og lytter til pasienten gjennom å være der for han. Tid er en mulighetsbetingelse for tillit som igjen er nødvendig for den andres psykiske vekst jfr. Tid og disiplinering i Foucault 1977 (Martinsen, 2003). Sykepleieren kan vise omsorg ved å være både fysisk og psykisk nær, alt etter hvordan du oppfatter den andres behovs.

Tilstedeværelse er en mulighetsbetegnelse for omsorg, slikt fravær er for mange ensbetydende med svik, uavhengig av hvilken årsak mangelen på tilstedeværelse grunner i. Det er kun gjennom å være tilgjengelig både mentalt og fysisk at den nødvendige tilknytningen som aktiverer ny mestring muliggjøres.

I begge undersøkelser Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003 og 2007). vurderte pasientene atferden til leger, psykologer og det øvrige personalet på posten. Flere ulike aspekter av atferden ble vurdert. Disse var:

1. 1) Respektene dine synspunkter og meninger.
2. 2) Evne til å lytte og forstå.
3. 3) Gi råd om spørsmål du har hatt.
4. 4) Å være tilgjengelig for samtale og kontakt.

Kapittel 10 og 11 undersøkte pasientenes vurderinger av atferden til leger og psykologer og postens øvrige ansatte. Vi undersøkte også om det var systematiske forskjeller i pasientenes vurderinger av atferden til stab og det øvrige personalet basert på egenskaper ved tjenestetilbudet og egenskaper ved pasientene.

Generell vurdering av atferden til personale

Pasientene syntes gjennomgående å være fornøyde med atferden til leger og psykologer ved posten. Mellom 58 og 67 prosent av pasientene begge år vurderte de ulike aspektene ved legers og psykologers atferd som bra eller svært bra. Mest fornøyde var pasientene med legers og psykologers evne til å lytte og forstå samt også deres evne til å respektere deres synspunkter og meninger. Tilsvarende var pasientene også gjennomgående fornøyde med atferden til det øvrige personalet ved posten. Mest fornøyde var pasientene med det øvrige personalets atferd relatert til det å være tilgjengelige for samtale og kontakt samt deres evne til å lytte og forstå.

Pasientene var mer fornøyde med atferden til det øvrige personalet enn med atferden til leger og psykologer. I 2003 vurderte mellom 68 og 73 prosent atferden til det øvrige personalet som god eller svært god. Tilsvarende tall for leger og psykologer samme år var mellom 58 og 64 prosent. Pasientene i 2007 var også mer fornøyde enn pasientene i 2003. En større andel av pasientene i 2007 svarte at de var mer fornøyde med personalets evne til å respektere

pasientens synspunkter og meninger, deres evne til å lytte og forstå, deres evne til å gi råd om spørsmål de har hatt samt å være tilgjengelige for samtale og kontakt med pasienten enn tilsvarende resultater i 2003 undersøkelsen.

Hvordan kan maktteknologier spille seg ut i omsorgsrelasjoner der sykepleieren har erfaringer med å bli utsatt for pasientens aggresjon?

Kan Foucaults beskrivelse av makt og viten bidra til en nyttig forståelse om hvordan vitenskap så å si kan manifestere seg i sykepleierens kropp?

I følge Foucault kan makt forstås som et nettverk av relasjoner i uopphørlig spenning og aktivitet. Gjennom sitt viktige arbeid har han tydeliggjort den makt som ligger i kunnskap. I *Diskursens orden* viser han hvordan kunnskap brukes til å skille det «normale fra det unormale», det «lovlige fra det ulovlige» (Martinsen 2003)

Likeledes kan makten kun finnes når den ene parten ikke er fullstendig kolonialisert av den andre. Derfor kan en ikke tenke seg makt uten motstand. I dette perspektivet blir disse relasjonene, som i utgangspunktet er asymmetriske gjennom at den ene er pasient og den andre profesjonell i et institusjonalisert system, et potent sted for maktutøvelse.

I lys av Foucault blir de beskrevne utfordrende relasjonene er svært interessant arena for studier av makt. Subjektene i vår oppgave er sykepleierne som besitter definisjonsmakten gjennom å være profesjonalisert og sannsynligvis også subjektivert for eksempel gjennom eksaminasjoner og sosialisering. Samtidig oppfatter vi at de reagerer på objektiveringen som den medisinske og kunnskapsmessige maktdiskursen kan representere. De er gjennom sine profesjonsutdanninger og praksis opplært til en spesiell omsorgsetikk som gir retningslinjer for hva som er riktige handlingsmåter og forståelsesmåter i relasjonen med pasienten. Det er altså både en konkret og synlig makt uttrykt gjennom avtaler, kontrakter osv, og en internalisert for makt uttrykt gjennom rolleforståelse, tilegnet kunnskap, kultur, holdninger og atferd.

Alle steder hvor det er flere mennesker vil det forekomme makt, spørsmålet er hvem som kommer seirende ut av det, og hvordan makten brukes. I praksis kan det tenkes at pasienten har synspunkter som står i motsetning til den vurderingen sykepleieren har.

Vi kan av den grunn se at det vil være utfordrende og kanskje litt vanskelig for sykepleieren i hverdagens praksis. Samtidig har vi opplevelsen av at det er utfordrende for de psykiatriske sykehusene og ha sykepleieren som er lite disiplinerte og erfarne og som stiler for mange spørsmål om rammene for de tradisjonelle tanke- og forståelsesmåtene. På den andre siden

kan fraværet av praksisnære diskusjoner for eksempel om dilemmaer skapt av systemstrukturene og andre lite ideelle forhold utover økonomiske disponeringer og prioriteringer, føre til at mange sykepleiere mangler et rom for å bli sett, bekreftet og møtt på sine erfaringer. Noe som kan medføre at sykepleieren distanserer fra pasienten på grunn av egen utrygghet og mangel på kunnskap. Vår opplevelse er at er at sykepleiere strever med å forstå og sette ord på egne følelser etter at de har vært i utfordrende aggressive og krenkende situasjoner med pasienter, i tillegg til at de synes det er vanskelig å si at de er redd pasienten. På samme tid som frykt for vold er en viktig årsak til sykepleierens 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 forståelseskløften.

Kvalitative studier viser eksempelvis at personalets sikkerhetsvurdering er mer varierte enn det som fremkommer i spørreskjemaundersøkelser om hvordan 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 sykepleierens begrunnelse 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 & Took, 1992: Meehan et al, 2004: Norvoll, 2007. Situasjonene gjenspeiler da ofte komplekse situasjoner og fortolkningsbilder. Sykepleierne kan derfor stå overfor vanskelige vurderinger i forhold til om urolig, ukontrollert atferd betyr at risikoen for vold øker. Ved usikkerhet og uerfarenhet kan sykepleieren raskere bruke tvang som forebygging og for å sikre seg eller at de av uerfarenhet ikke klarer være i forkant og dermed ikke får avledet pasienten.

I noen sammenhenger er formell maktbruk i omsorgen inne på de psykiatriske sykehusene sett på som helt nødvendig, f.eks for å unngå skade på pasient eller andre. Etter vår erfaring er det kun gjennom en ekte og åpen dialog i øyeblikket at sykepleieren kan gi verdig til den andre når tvang og kontroll er virkemidler. Også når begge partene i relasjonen er deltagere under en makt som er større enn dem selv, kan det å dele en form for likeverdighet gjennom mangel på makt den eneste gjenværende og troverdige omsorgen. Dette kan for eksempel være aktuelt når en pasient skal tvangsmedisineres. En slik rå mathandling oppleves vanligvis svært vanskelig for begge parter, selv om sykepleieren utfører handlingen mot og på den andre. Likevel har vi opplevd at når pasienten klarer til, kan delingen av denne opplevelsen gi tillit og grobunn for at relasjonen man være meningsfull for begge parter. Hvis derimot vår egen

sårbarhet gir skamfølelse over å ha påført et annet menneske smerte og at dette gjør at vi velger å avvise den andre ved og ikke være deltagende og mottakende for den andre smerte. I denne sammenheng kan vi risikere og kanskje påføre pasienten enda ett nytt svik og blir et objektiviserende verk tøv for systemmakten. Avstand og fravær kan være det samme som svik. Å gjøre seg utilgjengelig kan også forstås som et uttrykk for motmakt. Dette er et maktmiddel som begge i omsorgsrelasjonen faktisk rår over.

Martinsen (2003) sin nylesning av Hagemanns etikkbok kan man følge konsekvensene av denne disiplineringen så detaljert at vi nærmest komme «inn i marginen» på sykepleiereleven. Disse beskrivelsene gir et godt bilde på hvordan maktviten og objektivisering kolonialiserer det enkelte subjekt. Selvstendige vurderingen på tvers av institusjonenes lydighetskrav er avgjørende for at relasjonsarbeidet skal være meningsfullt, og gi rom for den andres vekst og utvikling. Gjennom å ta seg til rette med tiden, til den andres beste, virker sykepleierens skjønn overskridende på disiplineringen.

Et moment som pasientene framhever, er opplevelsen av å bli sett på som et mindreverdig menneske. Flere studier viser at ønsket om å bli møtt med respekt og verdighet som menneske er sentralt når du underlegges tvang, og en rekke forhold kan bidra til at pasienten ikke opplever psykisk helsevern slik.

En svensk kvalitativ studie av 18 tvangsinnlagte pasienter viser at flere pasienter ikke opplevde seg respektert som mennesker, herunder følte de seg ikke involvert i egen behandling. I tillegg følte de ingen forståelse hvorfor de fikk behandling samtidig som de hadde opplevelsen av at behandlingen meningsløs. De samme pasientene hadde opplevelsen av å bli behandlet som ett mindreverdig menneske uten selvbestemmelse. Deres fortellinger gjenspeilte opplevelse av stigmatisering ved å bli «psykiatrisk pasient» og til dels en forsterkning av denne stigmatisering under oppholdet. Pasientene mente at de ble sett på som mennesker på lik linje med andre at det var for stort avstand mellom dem og sykepleieren. Det samme finner en i en annen kvalitativ studie av tvangsinnlagte pasienter hvor de ba om mer respekt fra de ansatte (Norvoll og Husum 2011). Opplevelse av krenkelse og ønske om å bli behandlet på en mer verdi måte forekommer også i en norsk studie av ca 300 brukers fortellinger om erfaringer md psykisk helsevern (Norvoll og Husum 2011).

7.3 Å møte den andres aggresjon

Omsorgsoppmøtet ses på som en forhandling om nærhetsgrenser i relasjonen. Det kan problematiseres om den enkelte pasient i enhver sammenheng ønsker en slik omsorg og nærhet fra sykepleieren. Samtidig er denne nærheten en forutsetning for den gode omsorgen, slik vi er opplært gjennom profesjonsutdanningene.

Gjensidigheten kan derfor problematiseres ettersom den kan forstås til å være basert på en forutsetning om tenkt autonomi fra partene i omsorgsmøtet (Isdal 2000)

Den fenomenologiske forskningen og det praksisnære perspektivet inkluderer flere nivåer og tar med kontekst som f.eks kulturelle og sosiale sammenhenger. Relasjonelle påvirkningsfaktorer inkluderes uten at det nødvendigvis refereres eksplisitt til hjelperens rolle. Unntaket her er Isdal (2000). Den epistemologiske tradisjonen vises imidlertid gjerne fortsatt gjennom bruk av medisinske kvalifikasjonssystemer og atferds psykologiske forklaringsdefinisjoner. Disse forklaringsmåtene gir oss en opplevelse av fjernhet og oppgitthet. Det er noe som mangler, for eksempel er ordet makt ikke nevnt i noen av disse kvantitative forskningsbaserte måtene å beskrive atferd på, og får oss til å undres. Hvordan kan det være slik at ordet makt ikke nevnes når aggresjon skal beskrives og forklares, hverken fra et forskningsmessig eller praksis- perspektiv? Er betydningsinnholdet dekket godt nok gjennom de presise beskrivelsesdefinisjonene av atferd? Eller er betydningsinnholdet i forhold til erfaringsaspektet ikke relevant, og i så fall hvorfor ikke? Hvorfor er opplevelsese- og forståelsesdimensjonen, også for den som er mottaker av aggresjon, utelatt i så avgjørende grad? Dette har sannsynligvis med den kunnskapstradisjonen som kan føres tilbake helt til opplysningstiden og Descartes vitenskapssyn. Den gangen var vitenskapliggjøringen i opposisjon mot kirkens allmakt, og må forstås ut fra den bestemte kulturelle og historiske tidsånden. Foucaults genealogiske analyser viser hvordan diskurser og vitenproduksjon muliggjøres og konstitueres. Kroppen løsrives fra sjelen og ånden. Dette muliggjør en splittelse som får konsekvenser for konstituering av den medisinske vitenskapen, samtidig som kirken kan leve videre med eierskapet over ånden og det hinsidige. Slik redegjørelsen av aggresjon viser, er kroppens integrert og nærmest umyndiggjort i det rådende disiplinert i et spenningsfelt mellom legen/definisjonsmakten og det observerende blikket. Det er krevende for sykepleiere å motta krenkelser i form av trusler, vold eller annen aggressivitet. Profesjonaliteten innebærer jo faktisk nettopp denne ekte tilstedeværelsen og rettetheten mot den andre som samtidig gir en direkte tilgang inn i deres personlige rom.

Personlige egenskaper og erfaringer hos enkelte sykepleiere klinger uvegerlig med og former dybden og virkningen til aggressiviteten som treffer det private selvet. Fokuset må fortsatt være på ivaretagelsen av den andre, på tross av redsel og skade.

Det er viktig å styrke relasjoner og dialog mellom sykepleier og pasient. Man må i større grad ta innover seg de ulike utgangspunktene til de enkelte aktørene og søke å forstå den andres perspektiv som meningsfulle jf demokratisk dialog og anerkjennende perspektiver. Det er viktig at sykepleieren tar pasientens virkelighetsforståelse mer på alvor, og drøfter synspunkter, samt arbeider for å «validere» pasientens antagelser når disse fremstår som eksempelvis vrangforestillinger eller lignende. Pasientens eksistensielle behov og opplevelser bør få større plass i møtet mellom sykepleier og pasient.

Flere av studiene i rapporten «som natt og dag» viser behovet for og nytten av bedre dialog mellom ansatte og pasienter både innenfor og utenfor sykehuset. Blant annet BAT prosjektet viste at bedre relasjon med pasienten og bedre dialog gjennom de vanskelige situasjonene, gjorde pasienten tryggere. Bedring av kommunikasjon førte til at man kunne løse situasjonen på en annen måte enn gjennom tvang. Videre viste Almvik et al. (1999) en studie av oppsøkende team, at dersom det etableres en langvarig, en langvarig stabil og tillitsfull kommunikasjon over tid, hvor partene kjenner hverandre, så har de mer å spille på i krisesituasjonene. De involverte blir også mindre utrygge slik at krisen kan løses på en god måte uten tvang og aggresjon.

8.0 Avslutning

Vi innledet denne oppgaven med et ønske om å finne svar på hvordan sykepleieren kan balansere tvang og omsorg i møtet med psykiatriske pasienter innlagt i akuttpsykiatrisk enhet? Innledningsvis brukte vi egen refleksjon over hvordan vårt ønske om faglig vekst startet. I ønske om å kunne gi omsorg versus tvang på en forsvarlig måte startet søken på kunnskap og evnen til å reflektere.

Bruk av tvang har en lang tradisjon i Norge, og kan spores helt tilbake til Middelalderen. Med få unntak ble ikke slik bruk lovregulert før «sinnssykeloven» kom i 1848. Siden den gang har loven blitt gjennomgått og revidert flere ganger, og inneholder i dag en stor andel reguleringer av tvangsbruk.

Det er flere måter å snakke om – og forstå tvang på. En kan diskutere det ut i fra et juridisk, medisinsk, etisk, eller psykologisk perspektiv. Det kan late til at det fortsatt vil ta lang tid før det vil foreligge en felles forståelse av tvang. Utgangspunktet for diskusjonen om tvang er i stor grad basert på hvilke etiske verdier en setter høyest, der motsetningen mellom autonomi og paternalisme har vært i fokus. Ukjente effekter og behandlingsresultater relatert til tvangsbruk er også en stor del av diskusjonen. Dette da grunnlaget for å anvende tvang er basert på det medisinske aspektet. Her er det et problem at det er vanskelig å argumentere for bruk av tvang uten sikre konklusjoner om dens virkning og resultater. Formålet er å skape bedring, eller forhindre forverring, og samtidig beskytte pasienten og omgivelsene for potensiell skade og fare. Dette er videre basert på lovverket, der lov om etablering og gjennomføring av tvang regulerer tvangsbruk i Norge. Det er derfor også en juridisk diskusjon.

Uklare definisjoner av begrepet tvang, og dens tvetydighet er fremhevet som et stort metodologisk problem. Likevel har det vært en utvikling fra kun å betrakte tvang som formell tvang, til i dag å også se på faktisk og opplevd tvang. En manglende avklaring av begrepet kan også skape forvirring og medvirke til at diskusjonen om tvang tidvis blir uoversiktlig og vanskelig å følge med på. Det kan være vanskelig å vite hva en snakker om; om det er formell, faktisk eller opplevd tvang. Det kan også være vanskelig å se hvor grensene går, da de oppleves som flytende. Det viser seg at en kan forstå tvang på mange måter, og gjennom ulike syn. En kan redegjøre for tvang gjennom ulike fagfelt og gjennom ulike perspektiv. Tvangsforskningen fremstår generelt som et utfordrende forskningsområde. Det er identifisert flere problematiske områder knyttet til tvangsforskningen, utover hva som er nevnt om

metodologi og definisjonen av tvangsbegrepet. En av dem er manglende innrapportering av tvangsdata, som er med på å vanskeliggjøre det å holde oversikt av – og utviklingen av tvangsbruk. Ettersom hovedmålet blant offentlige myndigheter later til å være en reduksjon av tvang, vil virker det viktig å føre statistikk for å se om det foreligger en nedgang eller ei. For at forskningen skal bære med seg goder, virker det som en del metodologiske problemer først må bli løst.

Studien har også forsøkt å belyse hvordan sykepleieren kan gi omsorg til pasienten og samtidig utøve tvang. Inspirert av Foucault kan en si at relasjonene er konstruert for at sykepleieren skal bidra til å skape et mulighetsrom for å bedre pasientens psykiske helse. De er oppfatter som hjelpetrengende i en maktviten struktur og derfor satt inn i en institusjonalisert og disiplinert makt og omsorgsstruktur.

Det er flere områder som fremstår som spennende å utforske videre. Blant annet hadde det videre vært interessant å se på tvang innen ulike områder, og sett på forskjeller og likheter som måtte foreligge. Med ulike områder tenkes eksempelvis tvangsbruk i kriminalomsorgen, barnevernstjenesten, eldreomsorgen, i omsorgen for mennesker med psykiske utviklingshemninger og skolevesenet.

Gjennom oppgaven er det blitt poengtert at det foreligger ulik bruk av tvang innad og på tvers av ulike helseforetak. Det er blitt pekt på at blant annet holdninger hos helsepersonell kan være årsak til disse forskjellene. Hvilke holdninger personalet har, har også blitt fremhevet som et element som påvirker pasienters opplevelse av tvang. En videre undersøkelse av helsepersonellens holdninger, og sammenhengen mellom utøvelse av tvang, og opplevd tvang hadde derfor vært interessant. I den sammenheng kunne det også vært interessant å se om det foreligger identifiserbare holdningsforskjeller ved de institusjonene som benytter mye tvang relativt til de som anvender lite tvang. Ettersom de fleste ansatte i helsevesenet, men også pasienter, ser ut til å ha en pragmatisk holdning, som er relatert til sikkerhet og farlighet, kunne det videre vært interessant å se mer på hvordan farlighet oppleves og vurderes.

Det kan være mye å lære av enkeltteksempler som blir fortalt av mennesker som enten har jobbet med tvang, vært pasient underlagt tvang, eller vært pårørende til pasienter. Enhver forklaring og forståelse av en situasjon vil være unik for personen som forteller det. Her kan psykologien muligens bidra når en skal undersøke ulike forventninger og opplevelser. Det viser seg både ved om en har opplevd tvang eller ei, hvordan opplevelsen av tvang var, hvilke forhold som påvirker tvangsopplevelsen og holdninger til tvang. Det psykologiske perspektivet kan med andre ord bidra til å få frem ulike forståelser og opplevelser av tvang.

Tilstedeværelse og tilgjengelighet er viktig for etablering av tillit. Denne tilliten er nødvendig for mestring og utvikling hos pasienten.

Som Løgstrup skriver om makten så vil den alltid være tilstede i en relasjon. Som sykepleiere er vi gitt en makt i form av vår kompetanse. Det vil si at det ikke er vi som har makten, men vi har en faglig makt som vi må bruke på en moralsk og forsvarlig måte. Den moralske forpliktelsen forteller oss om å lindre og minske andre lidelse. Men som Martinsen hevder har omsorgen flere sider. Omsorg er ikke bare det at det skal handle rett og godt og det å ta ansvaret for de svake som i denne studien er tvangsinnlagte pasienter på akuttpsykiatris afdeling. Omsorg viser seg i måten vi handler på og måten vi møter pasientens situasjon. Som Løgstrup hevder er tilliten alltid tilstede til mistillit blir visst. Det er viktig at vi tar vare på denne tilliten og ikke misbruker pasientens sårbarhet eller avhengighet. Vi har i vår makt kunnskapen og evnen til å gi den psykiatriske pasienten den gode dagen, hver dag. Men de forutsetter en bevisstgjøring av kunnskap og holdninger fra vår side.

Litteraturliste:

- Aadland, E (1997) «og eg ser på deg» Tano Aschehoug. Oslo
- Akavang, C.G. 2013. *Frihet. Et essay om å leve sitt eget liv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Almvik, R & Woods P. (1999). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study.
- Bengtsson, J. 1993. *Sammenfatninger. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Daidalos .Gøteborg.
- Benner, P. (1995). *Fra Novice til ekspert*. Mesterlighet og styrke i klinisk sygepleiepraksis. København: Munkagaard Danmark.
- Berring, L (2004) *Tvangsinnleggelse, Et kvalitativt Studie af Sygepleierskens Interaktion med den Truende og Voldelige Patient*. Aarhus: Kandidatuddannelse i Sygepleje, Institutt for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitetet, Danmark.
- Brøntveit, E. & Duesund, K. 2002. *Filosofi, livssyn og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Duxbury, J., Whittington, R. 2005 Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50, 469-478
- Duxbury, J. (2002), An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12060377>
- Dybvig, D.D. & Dybvik, M. (2003) *Det tenkende mennesket. Filosofi – og vitenskapshistorie med vitenskapsteori*. (2.utg). Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Dørnes I, (2006) *Sykepleiere utsettes for vold og trusler*. Intervju med forbundsleder Bente G.H. Slaaten på Norsk sykepleierforbunds nettsider. Hentet fra <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=9698&categoryID=1375>
- Eide, T. & Eide, H. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Ericsson, K. 1974. Den tvetydige omsorgen. *Sinnsykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget
- Halldorsdottir, S. 1996 *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. PhD-thesis Medical Dissertations No. 493 Department of Caring Sciences, Lindköping University.

- Hellezen, O. Asplund, K., Sandman, P.O., Norberg, A. 2004 The meaning of caring as described by nursing caring for a person who acts provokingly: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 3-11.
- Hellezen, O., Asplund 2002. Being in a fragmented and isolated world; interviews with cares working with a person with a severe autistic disorder. *Journal of Advanced Nursing* 37, 346-354
- Helsedirektoratet, 2009. *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevesenet 2009-2014. Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevesenet.* Tromsø:Helsedirektoratet. Hentet 20.09.16, fra: http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioritere_anbefalinger_19_4_2010.pdf
- Helsedirektoratet, 2012. *Bruk av tvang i psykisk helsevesen for voksne 2011.* Oslo:
- Helsedirektoratet, 2013. *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012.* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 20.09.16, fra:
- Hem M, Heggem K. & Ruyter K. W (2008) - Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing ethics* 15(6).
- Henriksen, J.O, A.J. Vetlesen 2006 *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* Gyldendal akademisk. Oslo 3.utg.
- Hjemås, G. 2011. Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser. *Samfunnsspeilet*, 25 (2). Hentet 24.10. 2016 fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2012->
- Hummelvold, J.K. (1997-2006) *Helt, ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie,* Oslo: ad Notam Gyldendal AS.
- Høyser, G, Dalgard, O.(2002) *Lærebok i rettspsykiatri,* Gyldendal akademisk
- Isdal, P. 2000, *Meningen med volden.* Kommuneforlaget. Oslo
- Kringelen, E. (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene.* Oslo Damm & Søn
- Johnson M. og Hauser P.(2001) The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space
- Lov om pasientrettigheter. www.lovata.no.
- Løgstrup, K. E. 2000. *Den etiske fordring.* J.W. Cappelens forlag. Oslo

- Malterud, K. (2008). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen K. 2002 (2000) *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget. Bergen
- Martinsen K. 2003 *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget. Oslo 2 utgave
- Martinsen Kari, (2003) *Omsorg sykepleie, medisin*. 1 utg. Oslo: Tano Forlag
- Martinsen K., Boge, J. (2004) Uro kring evidens, Tidsskriftet sykepleien. - Årg. 92, nr 19
- Monstad (2009), <https://sykepleien.no/2009/02/autonomi-og-omsorg>
- Norges Lover, strafferettsloven. www.lovdata.no
- Norvoll, R & Husum, T.L., 2011 *Som natt og dag?- Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-notat 2011:9. Hentet 01.11.16 fra http://www.afi-wri.no//stream_file.asp?iEntityId=5708
- Norvoll, R., Halting, T. & Hem, K-G. 2008. *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)*. Oslo og Trondheim: SINTEF Helse. Hentet 26.10.16. https://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf
- Nortvedt, P., Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Gyldendal akademisk
- Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget, s.30
- Richter og Whittington (2006) *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*
- Ringdal K. (2014) *Enhet og mangfold*. Bergen Fagbokforlaget
- Røkenes, O.H, Hansen, P.H. 2006, *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget. Bergen. 2 utg
- Statistisk Sentralbyrå , 2006. *Levekårsundersøkelsen 2006. Arbeidsmiljø* hentet fra <http://www.ssb.no/arbmiljo/tab-2007-09-20-07.html>.
- Svalund J. 2009 *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*, Fafo-rapport 2009:30
- Thornquist, E. 2003, *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget. Bergen

- Tranøy, E.K. & Svendsen, O.T. 2013. Frihet. I store norske leksikon. Hentet 25.10 2016 fra <http://snl.no/frihet>
- Tveiten, S.(2006) Korrigere og Anerkjennelse. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg - mellom avhengighet og autonomi. I K. W. Ruyter & A. J. Vetlesen