

# MASTEROPPGAVE

Psykisk helsearbeid

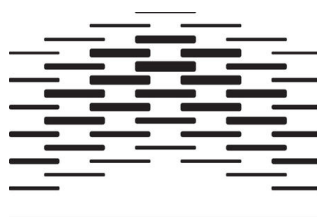
## Pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse

-En kvalitativ undersøkelse av pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse til tvungent psykisk helsevern



Kjetil Sandholm  
15. mai 2014

**Fakultet for helsefag  
Institutt for sykepleie**



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## **Forord**

Ønsket om å gjennomføre denne studien sprang ut av møter med tvangsinnlagte pasienter på lukkede avdelinger. Inntrykk fra pasienter, pårørende og medarbeidere frembrakte et ønske om å gå nærmere inn i feltet; var det manglende innsikt, urettferdig lovverk, brutale innleggelse, uengasjerte pleiere - eller noe helt annet - som lå bak alle protestene fra pasientene, og ofte rutinemessige avfeielser av protestene? Dette ble en flere år lang prosess fra en prosjektidé materialiserte seg høsten 2009. Den kildenære metoden, med intervju av inneliggende pasienter gjorde prosjektet tidkrevende, men også meningsfylt å bruke tid på.

Under hele prosessen har jeg arbeidet klinisk i det samme feltet. En vedvarende interesse for pasientenes historie og opplevelse av å være tvangsinnlagt, kan ha ansporet flere anerkjennende samtaler, og bidratt til en bredere forståelse for pasientenes opplevelsesverden. Pasientenes erfaringer ga innblikk fra et lite belyst område av psykiatrien, som også andre forhåpentligvis vil finne nyttig i dannelsen av egne perspektiver på tvangsinnleggelse.

Studien sluttføres med en takk til tålmodig familie, til min veileder ved HiOA høskolelektor Georg Schjelderup, biveiledere PhD Ann Færden og PhD Petter Andreas Ringen ved Oslo Universitetssykehus, og først og fremst de fem pasientene som gjorde studien mulig.

## **Sammendrag**

### **Tittel: Pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse**

**BAKGRUNN:** Tvangsinnleggelse etter behandlingskriteriet i Psykisk helsevernloven er en stor inngripen i pasienters autonomi. I litteraturen beskriver mange pasienter tvangsinnleggelse som belastende og krenkende, og opplever dårlige relasjoner til helsepersonell, samtidig som anerkjennelse beskrives som sentralt i en bedringsprosess. Få kvalitative studier omhandler pasienters opplevelse av tvangsinnleggelsen, med vekt på relasjoner.

**METODE:** Semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju av fem tvangsinnlagte pasienter ved en døgnavdeling, med spørsmål om innleggelsesprosess, relasjoner til helsepersonell og motivasjon til å oppsøke behandling. Systematisk tekstkondensering identifiserte fem relevante tema; tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering, relasjoner, bedring og frivillig tilbud.

**RESULTAT:** Pasientene opplevde krenkelser ved selve innleggelsen og under oppholdet, særlig ved å bli innlagt uten forståelig grunn, og å bli tvangsmedisinert. Flere hadde opplevelsen av krenkende og nedlatende holdninger, spesielt fra ufaglært miljøpersonell. Erfarent miljøpersonell ble oppfattet mer støttende etter akuttfasen. Motivasjon til senere behandling så ut til å ha sammenheng med opplevd krenkelse under oppholdet.

**KONKLUSJON:** Pasientenes opplevelser av intensiteten i krenkelsene syntes å redusere viljen til å søke hjelp ved senere sykdomsforverring. Nye tvangsinnleggelser kunne muligens vært unngått ved tidligere hjelpsøking og kontakt med helsevesenet. Økt oppmerksomhet bør vies pasientenes krenkbarhet og behov for anerkjennelse, særlig i de mest utfordrende situasjonene som tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering, men også i daglig miljøterapi. Dette gjelder både videre forskning og holdningsskapende arbeid.

**SØKEORD:** psykose, tvangsinnleggelse, behandlingskriteriet, tvangsmedisinering, krenkelse, behandlingsallianse, anerkjennelse, terapeutisk relasjon, terapeutisk miljø, holdninger

## ***Abstract***

### **Title: Patients' experiences from involuntary psychiatric admission**

**BACKGROUND:** Involuntary admission by the treatment criterion of the Norwegian Mental Health Act, represents a major impact on the patients' autonomy. In reviewed litterature and research, many patients describe the admission as humiliating and stressful, and often lacking therapeutic relationships with staff. Still, research litterature considers therapeutic relationship important in treatment of psychosis. Few qualitative studies have yet focused on the experience of involuntary admission, and the therapeutic relations.

**METHODS:** Semi-structured, qualitative research interview with 5 involuntarily admitted patients, regarding the admission process, therapeutic relations and further motivation to seek treatment. Systematic text condensation identified 5 themes; Admission process, involuntary medication, relations to staff, improvement process and voluntary treatment.

**RESULTS:** The patients had perceived both admission and treatment as humiliating, mostly being admitted without an understandable reason, being secluded and involuntarily medicated. Several patients perceived attitudes from staff as both humiliating and condescending, especially from the less trained or experienced. On a later stage, more supporting attitudes were experienced from trained staff. Experiences of humiliation seemingly afflicted motivation to further treatment.

**CONCLUSION:** Experiences of humiliation from staff may have afflicted motivation to seek further treatment. This may lead to unnecessary involuntary admissions instead of voluntarily treatment. Further clinical attention and research should be directed towards patients' increased experience of humiliation and need for recognition, especially during the most vulnerable situations such as involuntarily admission and medication, but also in daily interaction with staff.

**KEYWORDS:** psychosis, involuntary admission, coercion, treatment, medication, therapeutic alliance, therapeutic relation, humiliation, recognition, therapeutic environment, staff attitude

# Innhold

FORORD.....	2
SAMMENDRAG .....	3
ABSTRACT.....	4
<b>INNHold.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUKSJON.....</b>	<b>7</b>
BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	7
FORSKNING OM TVANGSINNLEGGELSER.....	8
<i>Opplevelse av tvang ved tvangsinnleggelse.....</i>	8
<i>Opplevelse av relasjoner til helsepersonell.....</i>	9
<i>Tvangsinnleggelse og motivasjon til senere behandling.....</i>	9
<i>Behov for mer forskning.....</i>	9
HENSIKT MED STUDIEN.....	10
<i>Problemstilling.....</i>	11
<i>Forskningsspørsmål.....</i>	11
TEORETISK BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	11
<i>Lov om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern .....</i>	11
<i>Diagnosekriterier for psykose.....</i>	13
<i>Behandling ved psykose.....</i>	14
<i>Miljøterapiens rolle i psykosebehandling.....</i>	15
<i>Dialektisk relasjonsforståelse.....</i>	16
<i>Anerkjennende miljøterapi.....</i>	18
<i>Teoretisk ståsted.....</i>	18
<b>METODE.....</b>	<b>19</b>
DESIGN.....	19
KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU SOM METODE.....	19
<i>Analysemetode .....</i>	19
MATERIALE .....	20
<i>Utvalg og prosedyre .....</i>	20
<i>Rekruttering .....</i>	20
<i>Gjennomføring av intervju .....</i>	21
FORSKNINGSETISKE UTFORDRINGER.....	22
<i>Samtykke fra deltakerne .....</i>	22
<i>Minst mulig belastning for respondentene .....</i>	24
<i>Mulige fordeler for respondentene .....</i>	25
INTERVJUPROESSEN.....	26
<i>Førforståelse før intervju.....</i>	26
<i>Erfaringer fra intervjuene.....</i>	27
TEKSTANALYSE.....	27
<i>Transkriberingen fra lydopptak til tekst.....</i>	27
<i>Helhetsinntrykket.....</i>	27
<i>Kodeprosessen.....</i>	29
<i>Kondensering - Deg eller meg?.....</i>	30
<b>FUNN – PASIENTENES OPPLEVELSER VED TVANGSINNLEGGELSE.....</b>	<b>32</b>
PASIENTENES OPPLEVELSER AV TVANGSINNLEGGELSES-PROESSEN.....	33
<i>Omgivelsene mine reagerte på at jeg oppførte meg annerledes.....</i>	33
<i>De kom bare og hentet meg.....</i>	36
<i>Følelsen av å være totalt innesperret.....</i>	38

OPPLEVELSER AV RELASJONER TIL HELSEPERSONELL.....	40
<i>En generell opplevelse av lite respekt.....</i>	40
<i>Lite anerkjennende opplevelser.....</i>	41
<i>Hjelpsomme relasjoner.....</i>	43
HOLDNINGER TIL Å SØKE OG MOTTA HJELP SENERE.....	45
<i>Opplevelsen av at oppholdet var til hjelp.....</i>	45
<i>Erfaringer med frivillig innleggelse.....</i>	49
<i>Holdninger til å søke hjelp ved senere behov.....</i>	49
<b>DISKUSJON.....</b>	<b>51</b>
OPPLEVELSER FRA TVANGSINNLEGGELSES-PROSESSEN.....	51
<i>Bekymrede omgivelser.....</i>	51
<i>Behandles som en farlig kriminell.....</i>	51
<i>Tvangsmedisinering ble opplevd svært krenkende.....</i>	52
<i>Oppsummering: Krenkende og belastende å bli tvangsinnlagt.....</i>	52
RELASJONER TIL HELSEPERSONELL.....	52
<i>Fremmedgjøring.....</i>	53
<i>De stod og lo som om det var morsomt med tvang.....</i>	53
<i>Hvem møter pasientene?.....</i>	54
<i>Dannelse av anerkjennende holdninger i miljøterapi.....</i>	54
<i>Ulike mål.....</i>	55
<i>Postatmosfæren.....</i>	56
<i>Oppsummering: Både krenkende og støttende holdninger fra miljøpersonell.....</i>	56
MOTIVASJON TIL Å SØKE HJELP VED SENERE BEHOV.....	56
<i>Mange opplevde av at innleggelsen var til hjelp.....</i>	56
<i>Frivillig behandling for lite tilgjengelig.....</i>	57
<i>Oppsummering: Lav tilgjengelighet og trussel om tvangsinnleggelse.....</i>	57
METODEKRITIKK - OVERFØRBARHET OG RELIABILITET.....	58
<i>Hvem svarte – om overførbarhet.....</i>	58
<i>Om subjektiv sannhet og reliabilitet.....</i>	58
KONKLUSJON.....	59
<i>Nytt funn: Opplevelsene var ikke avhengige av krenkbarhet.....</i>	59
<i>Nytt funn: Krenkelsene gjorde at noen ikke ville søke hjelp igjen.....</i>	59
<i>Anbefalinger på bakgrunn av funnene.....</i>	59
<i>Forlengelse av studien.....</i>	60
<i>Nye spørsmål- videre forskning.....</i>	60
<i>Avslutning.....</i>	60
<b>REFERANSER.....</b>	<b>61</b>
VEDLEGG I – PROSJEKTGODKJENNING FRA REGIONAL ETISK KOMITE.....	66
VEDLEGG II – INFORMASJON OM STUDIEN OG INFORMERT SAMTYKKE.....	68
VEDLEGG III - INTERVJUGUIDE.....	71
<b>TABELLER</b>	
TABELL 1 – STIKKORD TIL TEMA.....	28
TABELL 2 – PRIORITERING AV HOVEDTEMA.....	28
TABELL 3 – TO EKSEMPLER FRA KODEPROSESSEN.....	29
TABELL 4 – KATEGORIER OG SUBKATEGORIER ETTER TEKSTANALYSE.....	31

## Introduksjon

Tvangsinnleggelse er et sentralt tema innen psykisk helse. Muligheten til å gi mennesker med alvorlig psykisk lidelse behandling uten samtykke er i noen situasjoner avgjørende for å ivareta mennesket det gjelder, men kan også oppfattes som en unødig belastning og en trussel mot fundamentale rettigheter. I 2012 ble 5416 mennesker tvangsinnlagt en eller flere ganger i Norge (Helsedirektoratet 2013). 43% av de tvangsinnlagte var innlagt etter behandlingskriteriet i Lov om Psykisk helsevern; ikke vurdert farlige for seg selv eller andre (Helsedirektoratet 2011).

### ***Bakgrunn for studien***

Høyer (2008) fant stor varians i bruk av tvangsinnleggelser mellom europeiske land med relativt lik lovgivning; Norge har fortsatt relativt mange per innbygger. Manglende samtykkekompetanse er ikke kriterium for tvangsinnleggelse, noe som er menneskerettslig betenkelig. Rettslig og medisinsk grunnlag for tvangsinnleggelse er de siste årene grundig debattert og utredet, senest i NOU 2011:9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet» (Sosial- og Helsedepartementet, 2011). Likefullt har brukernes egne opplevelser og erfaringer inntil nylig utgjort en forholdsmessig liten og ofte anekdotisk del av forskning og debatt, med fare for at grunnlaget blir lite nyansert.

I Norge har psykiatere gjennom behandlingskriteriet selvstendig mulighet til å hjemle tvangsinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse, uten at det foreligger fare for eget eller andres liv og helse. Mens dette i andre land delvis må tolkes implisitt i kriteriet «fare for seg selv», er det her skilt ut om et selvstendig tilleggskriterium. I en forebyggende strategi vil det være effektivt å fange opp psykisk lidelse så tidlig som mulig, også før det foreligger overhengende fare for liv og helse, jfr. TIPS-prosjektet. Imidlertid åpner behandlingskriteriet for sentrale menneskerettslige spørsmål, som ble gjennomgått i Bernt-utvalgets rapport «Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven» (Helsedirektoratet, 2009). Her ligger problemstillinger som; hvorvidt behandlingen er virksom, om samarbeid og relasjon er en forutsetning for bedringsprosesser, og om tvangsbehandling etter behandlingskriteriet kan være mer til skade enn til nytte for enkelte pasienter, jfr. Overlastkriteriet i PHL §3,3 nr. 6.

Ved gjennomgang av utredningene og de kvalitative studiene, ser vi at brukernes perspektiv ofte er ulikt lovgivere og behandleres perspektiv. Ett eksempel er utvalgsmedlemmet Orefellens dissens, hvor hun etter flere års arbeid med offentlige utredninger tok avstand fra hele NOU 2011:9. Hun mente brukerperspektivet ikke ble tilstrekkelig vektlagt, og at endringene Bernt-utvalget hadde foreslått uteble.

Utredningene med sikte på revisjon av Psykisk Helsevernloven ble igangsatt etter Opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg til de juridiske og faglige vurderingene som er gjort, blir det også sentralt, for den videre utviklingen av lovgivning og praksis, å fremskaffe kunnskap om hvordan pasienter opplever tvangsbehandling under behandlingskriteriet.

### ***Forskning om tvangsinnleggelser***

Søk etter nøkkelordene "schizophrenia, psychosis, coercion, involuntary treatment" fra perioden 2000-2011 gav 537 artikler i PubMed, 93 i Academic Search Premier, 67 i CINAHL og 9 i SocINDEX. Et utvalg fra disse ble selektert ut fra relevans for opplevelsen av tvangsinnleggelse, og begrenset til sammenlignbare land; Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia, New Zealand. Kildelistene i de 20 utvalgte artiklene, herav 5 norske, ble videre undersøkt for å finne flere relevante kilder. NOU 2011:9, Norvoll og Husum (2011) og Norvoll (2013) inneholder alle omfattende utvalg av publisert forskning, delvis sammenfallende med eget søk. I tillegg er nasjonalt nettverk for tvangsforskning, TvangsForsk sine ressurser brukt for ytterligere oversikt over kunnskapsområdet nasjonalt. Etter gjennomgang av disse utgjør omlag 40 gjennomgåtte artikler grunnlaget for oppsummeringen, hovedfunn gjengis her.

### **Opplevelse av tvang ved tvangsinnleggelse**

Kjellin et al. (2006) viste en større strukturert intervju-undersøkelse med 5 kvantitative scoringsverktøy samt demografi og kliniske vurderinger, at pasienter i Norden hadde sterkere og mer negativ opplevelse av tvang tidlig i innleggelsen. Opplevelsen ser ut til å være dikotomt fordelt, da svært få på noe tidspunkt opplevde «passe» tvang. De fant lik opplevelse av tvang mellom pasienter i Norden, til tross for ulik innleggelsesfrekvens og grad av faktisk tvangsbruk under tvangsinnleggelse. Tvang i form av kortere skjerming på rom og press til å ta medisiner er ikke spesifikt hjemlet i lov, men brukes i stort omfang og opplevdes uberettiget av respondentene i en dansk studie (Jensen, Poulsen, 2006).

I en amerikansk studie (Cusack et al., 2003) hadde hele 86% av respondentene flere skremmende og ydmykende erfaringer fra sykehusoppholdet. Overveldende 96 % hadde tidligere i livet opplevd overgrep eller andre traumatiske hendelser, og mange oppfylte kriteriene for posttraumatisk stress-syndrom. Studien konkluderte med at tvang og ydmykende behandling i behandlingssammenheng kan virke traumatiserende og belastende i seg selv.

En større oversiktsstudie viste at personer med psykiske problemer er særlig sensitive ovenfor inngrep i sin autonomi og sitt privatliv (Katsakou & Priebe, 2006). Studien fant kun 5



vitenskapelig valide kvalitative studier om opplevelsen av tvangsinnleggelse i 2006, av disse var to svenske og tre britiske. For at de som praktisk forestår innleggelsen skal kunne utøve denne så skånsomt som mulig, vil det være nyttig å vite hvordan ulike brukere har opplevd de ulike elementene i innleggesprosessen. I PasOPP-pilotstudien (Garratt, Danielsen, Bjertnæs & Ruud, 2006) var tvangsinnlagte pasienter generelt mindre fornøyd med behandlingsoppholdet i institusjon enn frivillig innlagte, og flertallet hadde negative opplevelser av tvang.

## **Opplevelse av relasjoner til helsepersonell**

Terapeutisk allianse til innleggende behandler påvirket opplevelsen av tvang under oppholdet i like stor grad som formell tvangsinnleggelse versus frivillig (Sheehan og Burns, 2011). Det kan ses i sammenheng med Lamberts (2001) velsiterte forskningsoppsummering, som konkluderte med at fellesfaktorer som empati, varme, og terapeutisk relasjon utgjør en sentral del av virksom behandling ved psykoterapeutisk behandling. I Sverige fortalte pasientene i studien til Olofsson og Jacobsson (2001) om opplevelser av mangel på respekt, selvbestemmelse og menneskeverd. Johansson og Lundman (2002) fant i sin kvalitative studie at tvangsinnlagte pasienter er særlig sårbare, opplever tapt integritet og mangel på å bli sett og hørt, men også positiv omsorg. Pasientene fortalte i en annen kvalitativ studie (Lilja, Hellzen, 2008) om å måtte innordne seg en forventet pasientrolle for å få hjelp, og opplevde savn etter menneskelig kontakt under behandlingsoppholdet.

## **Tvangsinnleggelse og motivasjon til senere behandling**

To tredeler av pasientene i Swartz, Swanson & Hannons studie (2003) ville ikke oppsøke hjelp frivillig, av frykt for å bli tvangsinnlagt. Kjellin og Wallsten (2010) fant ingen påvisbar statistisk sammenheng mellom opplevd tvang og effekt av behandling. De påpekte samtidig at RCT-studier med randomisert tvang ville være etisk uakseptabelt å gjennomføre. En nederlandsk kvantitativ undersøkelse (Kortrijk et al. 2010) fant at tvangsinnleggelse hadde positiv effekt på såvel behandlingsforløp som motivasjon og compliance, blant respondenter i tvangsbehandling *uten* døgnopphold, oppfulgt gjennom Assertive Community Treatment, tilsvarende våre ACT-team.

## **Behov for mer forskning**

Det gjøres systematisk brukerundersøkelser blant tvangsinnlagte pasienter, både som del i helseforetakenes pålagte kvalitetssikring og brukermedvirkning, og i forbindelse med statlige kartleggingsundersøkelser. Til tross for anselige mengder forskning på tvangsmiddelbruk, fantes

få nasjonale kvalitative studier hvor pasientene spesifikt var spurt om deres opplevelse av tvangsinnleggelse, mens det var gjort flere kvantitative studier, også med hjelp av intervju.

Flere kvalitative og kvantitative studier omhandler utskrevne pasienters erfaringer med tvang (Norvoll 2013), noen kvalitative studier er gjort blant inneliggende pasienter med utgangspunkt i miljøterapi (som Gabrielsen, 1999, Skorpen og Øye 2008, Kristiansen 2010).

Selv om fokus på brukerperspektiv og reduksjon av unødvendig tvang er i rask framvekst i psykiatriforskning, utredninger og enkeltprosjekter, ser det ut til at en del tvangsinnlagte pasienter ennå ikke har opplevd dette fokuset der de var. Erfaring, utdanning og rolle påvirker helsepersonells holdninger til tvangsinnleggelse (Wynn et al., 2006). Pasienter, pårørende, jurister og helsepersonell har alle ulike holdninger til tvangsinnleggelse (Diseth, 2013).

Publiserte systematiserte brukererfaringer kan gjennom økt innsikt i brukerperspektivet bidra til kliniske beslutningstakers vurdering av pasientens totalbelastning, ved vedtak om tvunget psykisk helsevern. Valide kvalitative data bidrar til å presisere og nyansere kunnskapsgrunnlaget. Denne studien vil kunne bidra til bredere og bedre grunnlag for senere kvantitative studier, eksempelvis ved en videreføring av PasOpp-studien. Kvalitative undersøkelser danner en viktig del av grunnlaget for utformingen av brukerorienterte spørreskjema (Andresen et al. 2004), og nye dimensjoner som framkommer i en slik studie vil være direkte relevant for utviklingen av disse.

### ***Hensikt med studien***

Denne studien søkte å frembringe ny kunnskap om pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse. Gjennom kvalitativt intervju kan pasienters egne erfaringer og synspunkter komme til uttrykk på en nyansert og systematisk måte, og bidra til en nødvendig økt bredde i aktuell tvangsforskning. Studien tar for seg en sentral problemstilling i norsk psykiatri, som ved oppstart ikke hadde vært undersøkt kvalitativt blant inneliggende pasienter tidligere.

Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter med psykoselidelser opplevde å bli innlagt til tvunget psykisk helsevern. Studien tok videre sikte på å undersøke hvordan pasienters opplevelser under behandlingsoppholdet virket inn på relasjonen til helsepersonell, og senere holdninger til å søke og å motta hjelp. Den enkeltes opplevelse gjennom innleggelsen stod sentralt, fra innleggelse via behandlingsopphold til forberedelse til utskrivelse. Problemstilling og forskningsspørsmål ble formulert med dette som utgangspunkt.

## **Problemstilling**

*Hvordan oppleves tvangsinnleggelse til tvungent psykisk helsevern for mennesker med psykoselidelse?*

## **Forsknings spørsmål**

*-Hvordan beskriver pasienter med en psykoselidelse, som er innlagt under tvungent helsevern, sine opplevelser fra tvangsinnleggesprosessen?*

*-Hvordan beskriver pasienter med en psykoselidelse, som er innlagt under tvungent helsevern, sine relasjoner til helsepersonell?*

*-Hvordan beskriver pasienter med en psykoselidelse, som er innlagt under tvungent psykisk helsevern, sine holdninger til å søke og å motta helsehjelp ved senere behov?*

## **Teoretisk bakgrunn for studien**

Lovverk, diagnoser og behandlingsformer gjennomgås her for å utdype sammenhengen pasientene befinner seg i. Videre settes anerkjennelsesbegrepet i et dialektisk relasjonsperspektiv.

## **Lov om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern**

Loven har vært gjenstand for kontinuerlig gjennomgang og tolkning i form av utredninger, forskrifter og veiledere. Innleggelser utenom farekriteriet har som nevnt innledningsvis vært omdiskutert. Men også mangel på innleggelse, der farekriteriet i etterkant har vist seg å være høyst reelt, har jevnlig fått stor medieoppmerksomhet. Hovedrevisjonen i 1999 erstattet tidligere lov av 1961, og ble satt i kraft samtidig med to andre sentrale lover; pasientrettighetsloven og helsepersonell-loven. Lov om psykisk helsevern hadde inntil da vært nærmest den enerådende lov for psykiatrien, men nå ble pasienters generelle rettigheter og helsepersonells generelle plikter spesifikt gjort gjeldende ovenfor pasienter i psykisk helsevern, med visse unntak. Loven ble igjen gjennomgått i sin helhet og revidert i 2007.

## **Innleggelsesvilkår i lov om tvungent psykisk helsevern**

Loven setter opp 6 konkrete vilkår under §3.3. Alle vilkårene skal spesifikt vurderes av lege før vedtak om opprettelse av tvungent psykisk helsevern kan treffes.

1. *Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*
2. *Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.*
3. *Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 
  - a. *får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller*
  - b. *utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.**
4. *Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.*
5. *Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.*
6. *Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.*

*(Psykisk helsevernloven § 3-3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern)*

Første vilkår er at *frivillighet* så langt som mulig skal ha vært forsøkt før vedtak om tvangsinnleggelse fattes. Dette innebærer konkret at det i de fleste tilfeller skal tilbys frivillig vern. Tredje vilkår er sentralt, og består av flere ulike kriterier. *Hovedkriteriet* om alvorlig sinnslidelse må være oppfylt, sammen med minst ett av tre tilleggskriterier. *Behandlingskriteriet* innebærer at behandling kan gis om denne forventes å gjøre pasienten frisk eller bedre. *Forverringskriteriet* gjelder hvis det forventes at pasientens tilstand raskt kan bli vesentlig forverret. *Farekriteriet* er videre inndelt i fare for pasientens eget liv og helse, og andres liv og helse. Det fjerde vilkåret innebærer at legen individuelt må vurdere om institusjonen er i stand til å tilby pasienten den aktuelle behandling og omsorg på en forsvarlig måte, både med hensyn til faglig kompetanse og fysiske omgivelser. Institusjonen må videre være særskilt godkjent til å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. *Helhetsvurderingen* etter sjette vilkår skal sikre at tvangsinnleggelse likevel ikke gjennomføres hvis den forventes å innvirke så negativt på pasienten at den oppveier de forventede fordeler ved behandling, unntaket er hvis pasienten er til stor fare for andre. Andre og femte vilkår er rettssikkerhets- og menneskerettslige krav, som skal inngå i vedtaksprosessen, og som ved kontrollkomisjonssak, klage eller søksmål kan gi grunnlag for opphevelse av vedtak. (Syse 2007, 76-84)

### **Hovedkriteriet er alvorlig sinnslidelse**

*Alvorlig sinnslidelse* omtales i juridisk sammenheng som hovedkriteriet for etablering og

oppretholdelse av tvungent psykisk helsevern (Syse 2007, 185). Begrepet ble i 1961 endret fra 1848-lovens «sindssyg», noe som i forhold til nåtidens dagligtale både innebærer stor presisering og av-stigmatisering. Intensjonen var likefullt at begrepsforståelsen skulle videreføres, i forståelsen psykose. Det ble i forarbeidene til nåværende lovtekst drøftet en ytterligere bokstavelig presisering mot psykosebegrepet, men prosjektet ble forkastet ut fra at den psykiatriske vurderingen uansett skulle tilligge psykiatrien (samme, s.186). Det ville i tillegg bli problematisk å skulle bruke spesifikke diagnoseuttrykk i lovteksten, siden forståelsen av disse stadig er i endring. Psykosebegrepet forstås juridisk som enten aktiv psykose, store avvikstilstander med tilsvarende funksjonssvikt som ved psykose, eller kronisk psykosesykdom som kan være uten symptomer som følge av effekt av medisiner (samme, s. 187).

### **Diagnosekriterier for psykose**

«Det sentrale kjennetegn ved psykose er realitetsbrist eller sviktende realitetsvurdering» (Malt m.fl., 2003, 186). Virkeligheten feiltolkes, pasienten kan ha omfattende hallusinasjoner som oppleves virkelige. Innsikt i egen sykdom mangler ofte. Forfatterne setter opp to definisjoner på psykose; den ene følger ICD-10 ved å liste opp overveiende positive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, forvirret/svekket orientering, svekket hukommelse eller bisarr atferd. Den andre definisjonen baserer seg på fungeringsevne: «så lavt funksjonsnivå som følge av psykisk lidelse at pasienten ikke er i stand til å utføre de ADL-funksjonene som skal til for ikke å forkomme» (Syse, 187). Denne siste definisjonen åpner for å definere alvorlig funksjonstap inn under psykosebegrepet, og kjennes videre igjen i overlastkriteriet fra tidligere lov av 1961. Videre presiserer forfatterne at diagnosen bare bør stilles når klare positive symptomer er tilstede, altså ikke alene ut fra funksjonstap som *mulig* følge av negative symptomer. I Huleboerdommen var psykosediagnosen som ga grunnlag for behandlingskriteriet satt ved stort funksjonstap og lettere psykotiske symptomer (Syse 2007).

Psykosebegrepet omfatter i dag også lidelser som ikke betegnes «alvorlig», og en del lidelser utenfor psykosespektret hører inn under «alvorlige psykiske lidelser», uten at disse er «alvorlig *sinnslidelse*» i lovens forstand. I tillegg til affektive lidelser som depresjon og mani kommer alvorlige personlighetsforstyrrelser som psykopati (DSM-5), emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ICD-10), og antisosial/dyssosial personlighetforstyrrelse (ICD-10). Disse alvorligste personlighetsforstyrrelsene har en viss komorbiditet med psykoselidelser, men kan også i seg selv gi så stort funksjonstap eller fordreid virkelighetsoppfatning, at tvungen behandling i perioder kan være nødvendig, men da oftere etter farekriteriene.

## **Diagnosekriterier for schizofreni og paranoid psykose**

Schizofreni er en kronisk psykosesykdom, karakterisert av vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale og atferd, kognitiv og sosial dysfunksjon. Psykosesymptomer må ha vært minst en måned sammenhengende etter ICD-10, og etter DSM-5 flere ganger innenfor seks måneder. Tilstanden kan variere, vedvare, progrediere eller remittere (ICD-10). I DSM-5 ble terskelen for diagnostisering hevet fra ett til to hovedsymptomer, og subtypene forlatt. I Norge utgjør ICD-10 det medisinske grunnlaget for behandlingsdiagnoser, og paranoid schizofreni er den varianten som oftest finnes ved tvangsinnleggelse. Ved paranoid schizofreni dominerer vedvarende, ofte paranoide vrangforestillinger. Hallusinasjoner er vanlig, mens affektive og disorganiserte symptomer er lite fremtredende (ICD-10). Diagnosen kan teoretisk settes ut fra paranoide vrangforestillinger alene, men det kreves da at disse er bisarre, det vil si usannsynlige (Torgersen, 2012). Ikke-bisarre, ensartede vrangforestillinger uten andre schizofrene symptomer tilhører diagnosen paranoid psykose, som også er en vanlig diagnose ved tvangsinnleggelse. Påfallende intens opptatthet av delte oppfatninger, også paranormale, kan, stadig i følge Torgersen, dreie seg om paranoid eller schizotyp *personlighetsforstyrrelse*, og ikke psykose.

## **Behandling ved psykose**

Et tredelt fokus på medikamentell behandling, samtaleterapi og nettverksstyrking danner grunnlaget for psykosebehandling etter retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012b). Gjennomgangen fokuserer på medikamentell behandling og samtaleterapi, som har størst relevans for problemstillingen.

## **Medikamentell behandling**

Antipsykotiske legemidler tilhører legemiddelgruppen nevroleptika – legemidler som virker på sentralnervesystemet. Dopaminhemmere demper aktive, positive psykosesymptomer, angst og uro, og har godt dokumentert effekt. De første antipsykotika hadde en slående effekt på de sykeste pasientene, men viste seg snart å ha plagsomme og til dels alvorlige bivirkninger. Dopaminhemming i ekstrapyramidalbanene gjør de viljestyrte muskelbevegelsene mindre kontrollerte, og pasienter vil ved rask opptrapping kunne oppleve alt fra smårykninger i ansikt, hender og føtter, til kramper, skjelving og spasmer i rygg og nakke. Langvarig bruk av førstegenerasjons antipsykotika i høye doser kunne gi irreversible parkinsonistiske symptomer, tardiv dyskinesi, noe som medvirket til økt forsiktighet med disse.

Den farmakologiske utviklingen har tilstrebet å bevare antipsykotisk effekt og samtidig redusere bivirkninger, men har enda ikke funnet et fullstendig effektivt antipsykotikum helt uten bivirkninger. Det brukes i dag et titalls ulike antipsykotiske legemidler, alle med relativt ulik

virknings- og bivirkningsprofil. Siste generasjon har mer uttalte metabolske langtidseffekter (Birkenæs et al. 2010), mens nevrologiske bivirkninger er mest uttalte i en opptrappingsfase. Pasientene opplever da både det psykiske ubehaget fra en alvorlig psykose, og samtidig fysiske bivirkninger fra medisinene. Symptomletten lar vente på seg, samtidig som en kan oppleve både økt tretthet og kroppslige fenomener som svimmelhet, uro og kramper (Skårderud et al., 2010). Overdosering forekommer langt sjeldnere nå enn tidligere, men pasienters skildringer av akutte bivirkninger kan gjøre sterkt inntrykk på lyttere og lesere.

Vedtak om tvungen behandling kan innebære depotinjeksjon med antipsykotiske legemidler uten samtykke. Tidligere måtte injeksjonene settes i setemuskel, og ble ofte opplevd særlig krenkende. Flere kan nå settes ved skulderen, noe de aller fleste foretrekker.

### **Samtaleterapi og fellesfaktorer**

Psykoterapi har siden starten vært en viktig del av vestlig psykosebehandling, tross for at kognitive og biologiske tilnærminger har dominert kvantitativ forskning og behandlingsmiljøer. Siden Rosenzweig benevnte *fellesfaktorene* i 1936, har behandlingsforskning bekreftet at behandlingsallianse er vel så viktig som terapeutisk metode. Metastudier i behandlingsforskning (Lambert 2001, Norcross og Wampold 2011) viser at terapeuters egenskaper også har like stor innvirkning på utfallet som terapeutisk metode. Swarz m. fl. fant også sammenheng mellom opplevd allianse og opplevd bedring (2003). Norcross og Wampold (2011) inkluderer også utenomterapeutiske faktorer, altså pasientens livssituasjon, som like viktige årsaker til bedring som både terapirelasjon og metode. Psykoterapi forutsetter en behandlingsrelasjon, og arbeider aktivt med denne i behandlingsforløpet. Ved tvangsinnleggelse kan dette være særlig utfordrende.

### **Miljøterapiens rolle i psykosebehandling**

Miljøterapi er terapeutenes aktive påvirkning på behandlingsmiljøet ved felles, gjennomtenkte handlinger og holdninger i hele personalgruppen (Skårderud et al., 2010). Strukturerte miljøterapeutiske behandlingsformer har innrettet seg mot behandling av personlighetsforstyrrelser, avhengighet og angstlidelser, mens tilpassede miljøterapeutiske behandlingsmiljøer stadig inngår i støtteterapi ved psykoselidelser. Disse fokuserer mer på individuelle utfordringer i individualterapi, ADL-trening og sosiale ferdigheter i kognitivt orientert miljøterapi, og mindre på gruppemøter og prosessorientering. Miljøpersonells felles holdninger og atferd utgjør en sentral del av det terapeutiske miljøet. Ettersom døgnplasser på sykehus legges ned, må differensierte akutt- og behandlingenheter slås sammen. Pasienter med ulike lidelser som schizofreni, stemningslidelser og personlighetsproblematikk, ofte i ulike

behandlingsfaser, behandles på samme sted. Mens psykoselidelser i biomedisinsk miljøterapi tradisjon krever et miljø preget av forutsigbarhet, aksept, og lite konflikt, (Røssberg og Friis 2004), kan det ideelle behandlingsmiljø for andre lidelser ha høyere innslag av spontanitet, konfrontasjon og ansvarliggjøring. Dette utfordrer det miljøterapeutiske arbeidet.

### **Sykehusmiljøenes utvikling**

Miljøterapien startet med 1800-tallets moralske behandling, hvor de tidligere innelåste pasientene oftere fikk gå fritt omkring innendørs, men under strenge regler. Sykepasserne fungerte som friske rollemodeller for pasientene (Skårderud et al. 2010), i stadig påminnelse om at det var galskapen, ikke dem selv som var problemet, og i håp om at erkjennelsen etter hvert skulle frigjøre fra galskapen. Datidens invitasjoner av Tukes mest presentable pasienter til månedlige teselskaper (Foucault, 1961) har sin gjenlevning i nåtidens ukeavslutninger og ulike fester for pasienter og miljøpersonell (Skårderud et al, 2010). Da norsk psykiatri ble etablert på 1850-tallet, var også arbeidsterapien kommet til Europa, etter modell fra kvekersamfunnets familiegårder. Meningsfulle aktiviteter skulle gi avledning fra avsindige grublerier. Gjennom forpliktelse til sin oppgave og mestring av den, skulle pasientene gjenvinne opplevelsen av tilhørighet i samfunnet.

Fra 1900-tallet av dominerte utviklingen av nye, stadig ukonvensjonelle psykologiske og nevrologiske behandlingsmetoder. Etter 1945 ble institusjonaliserings-begrepet formulert i kritikken av passivitet og regresjon blant mange av pasientene, og gruppeterapi og terapeutiske samfunn vokste fram. Fra 1950 ble miljøterapien formulert og innført, som en støtteterapi til tvangsinnlagte pasienter, men ikke i første rekke de psykotiske eller schizofrene. psykodynamikk og Winnicotts forståelse for motoverføringer inngikk i teorigrunnet, veiledning var obligatorisk for miljøterapeuter (Skårderud et al. 2010). På 1980- og 90-tallet preget biologisk dreining og kostnadseffektivisering mange behandlingsmiljøer. Døgnplasser var kostbare, evidensbasert legemiddelbruk og individuell samtalerapi ble prioritert. Samtidig utviklet miljøterapi seg til å inkludere behaviorisme, og 60-tallets atferdsterapi med belønningssystemer ble noen steder relansert som den nye miljøterapien (Kristiansen, 2010). Denne ble videreutviklet til kognitiv miljøterapi (Skorpe og Øye 2008). Fra 2000-tallet ses en psykodymanisk og psykologisk tilbakedreining i ny behandlingsforskning. Tilknytning, relasjoner og behandlingsallianse kommer i fokus der fagmiljøer er i utvikling. Samtidig fikk psykologene i 2001 vedtaksansvar, der psykiatere så langt hadde vært enerådende i 150 år.

### **Dialektisk relasjonsforståelse**

Dialektisk relasjonsforståelse er en psykologisk teori utviklet av Anne Lise Løvlie Schibbye. Teorien er basert på filosofisk, humanistisk og psykologisk tankegods fra Hegel, Kierkegaard og



Freud. I Hegels dialektikk er relasjoner, utvikling og anerkjennelse blant sentrale begreper, den forutsetter en gjensidig påvirkning mellom to subjekter. Fra Kierkegaards eksistensfilosofi hentes beskyttelsesbehovet mot angst, og grunnleggende fenomener som kjærlighet og medmenneskelighet. Fra Freuds psykoanalyse kommer begreper som avverger, overføringer, skillet mellom bevisste og ubevisste prosesser og bevisstgjøring av disse. (Schibbye, 2009). Schibbye snakker ikke om empati, men anerkjennelse. Freuds opprinnelige begrep avverger erstatter forsvarsmekanismer.

Den dialektiske relasjonsteorien er praksisnær. Begrepene rommer flere abstraksjonsnivå, og påminner lesere og brukere om helheten i terapeutisk arbeid. Om en ser grunnleggende menneskelige egenskaper, som selvrefleksjon eller behov for nestekjærlighet, som neglisjerbare hos pasienter, blir mulighetene for anerkjennelse små. En forklaring av krenkelser som resultat av en paranoid lidelse, og ikke et resultat av både tidligere og nåværende relasjoner, blir meningsløs. Den andre tilegnes gitte almenmenneskelige egenskaper, *særlig* når den andre befinner seg i en eksistensiell krise. (Schibbye, 2009).

### **Overføringer**

Overføringer ses dialektisk som et resultat av at begge subjekters tidligere relasjonserfaringer kan vekkes i møte med andre mennesker i en relasjon. Mens Freud fastholdt idealet om den fullstendig objektive terapeut som ikke skulle påvirke pasienten ubevisst, erkjenner Schibbye med nåtidens psykoanalytikere at motoverføringer kommer uvergelig. Terapeuter har ubevisste reaksjoner på pasienters relasjonelle ytringer, og disse kan påvirke pasientenes reaksjoner på oss. Gjennom å være bevisst egne motoverføringer, kan vi få oversikt over egen rolle i relasjonen.

### **Anerkjennelse**

Anerkjennelse handler i dialektisk teori om å se gjenkjenne, erkjenne og styrke den andres opplevelsesverden. Pasienter ønsker anerkjennelse, men mange har vanskelig for å gi, og derigjennom åpne opp for en relasjonutvikling. I dagligtale – også i psykiatrien – har anerkjennelse en annen betydning, hvor belønning, uttrykk for beundring og ros for prestasjoner brukes i en ytre anerkjennelse. Ved ikke-ankjennelse nedvurderes eller fordømmes den andres opplevelse. Bekreftelse inneholder en umiddelbar forståelse og tilbakemelding av budskapet og at dette er viktig for pasienten, uten videre realitetsvurdering. Anerkjennelse er også å respektere pasientens behov for personlig distanse, og hjelp til å regulere følelser som er så intense at de forstyrrer eller avbryter samhandlingen (Schibbye 2009). Psykoterapi ved psykose er ingen nybegynnerkunst; pasienter kan lett oppleve seg både invadert og overkjørt om vi blir for ivrige, overtolker tegn til spirende relasjon og forutsetter en tillit som ikke er der i øyeblikket .

## **Anerkjennende miljøterapi**

Solfrid Vatne (2006) setter Schibbys teori og anerkjennende begrep inn i miljøterapeutisk ramme på lukket akuttavdeling. Gjennom feltarbeid og intervjuer beskrives hvordan mangel på anerkjennende holdning fra miljøpersonalet, i samhandling med psykotiske pasienter, ofte kunne forårsake konflikter som ellers kunne vært unngått. Vatne belyser hvordan sykepleierne var bundet i pleiekollektivets normer, dominert av ansvar for mestring av sikkerhet og kontroll i situasjonen. Likheter, solidaritet og lojalitet i pleiekollektivet ble styrende for grensesettingspraksisen, og kunne hindre sykepleierne i å utøve grensesetting med utgangspunkt i et anerkjennende perspektiv. Den korrigerende avferd som ble funnet anvendt i posten likner samfunnets generelle omsorgs- og oppdragelsesformer overfor barn og ungdom, hevder Vatne. I læreboken om anerkjennende miljøterapi (Vatne 2006), gjøres Scibbys teorigrunnlag lettere tilgjengelig, og anerkjennende grensesetting konkretiseres.

Retningen for konfliktdependende miljøterapeutisk arbeid med psykosepasienter er videreført i praksis gjennom BAT-prosjektet (Norvoll et al. 2008), hvor unødvendig tvangsbruk ble redusert ved intervensjons-postene i tråd med intensjonen, men brukerne også opplevde behandlingen mer nyttig. WAS-studiene (Røssberg og Friis, 1986/2004) bekrefter stadig at pasienter med psykoselidelser både trives bedre og blir raskere friske når konfliktnivået mellom dem og miljøpersonalet er lavt.

## **Teoretisk ståsted**

Dialektisk relasjonsforståelse ble valgt inn i teorigrunnlaget, fordi den setter pasientens opplevelser og behov for anerkjennelse foran diagnostiske forståelsesparadigmer. Jeg ser likevel ikke bort fra alvorligheten eller behandlingsbehovet ved alvorlige sinnslidelser. Mangel på innsikt er ofte til hinder for at mennesker med alvorlig skizofreni ikke får hjelp, også internasjonalt (Sevya, Nathansons, Viseweswariah, Amador, 2004). Her velger jeg imidlertid å fokusere på en annen viktig del av behandlingen, hvor kanskje også handlingsrommet er større enn i spørsmålet om medisiner eller medisinfrihet. Dette må verken betraktes som et naivt eller psykiatريفriendly ståsted; det understreker derimot alle menneskers behov for gjensidighet og anerkjennelse i en relasjon. Relasjoner finnes overalt hvor mennesker møtes, også i psykiatrien. Dialektisk relasjonsforståelse vil bidra til en relasjonsorientert perspektivering av pasientenes opplevelser i undersøkelsen, samtidig som bortfeielser gjennom «psykologisering» av opplevelsene lettere kan unngås.

## **Metode**

### ***Design***

Studien søker å innhente nyanserte beskrivelser av pasienters opplevelser ved tvangsinnleggelse, med fokus på opplevelsens betydning for pasientene. Beskrivelsene skiller seg fra generelle meninger ved at de omhandler spesifikke situasjoner og hendelser (Kvale og Brinkmann, 2009:39). Det er ikke et selvstendig mål å kvantifisere, men en systematisk kategorisering kan bli nødvendig for å gi en oversiktlig framstilling av materialet (Creswell, 2007). Et eksplorativt, kvalitativt design med semistrukturert dybdeintervju ble valgt for studien

### ***Kvalitativt forskningsintervju som metode***

Kvalitativt forskningsintervju er valgt for å undersøke forskningsspørsmålene med utgangspunkt i pasientenes egne opplevelser og erfaringer. Johansson og Lundmann (2002) viser til studier hvor metodetriangulering har vist at pasienter kan ha hatt svært negative opplevelser, men likevel gir positive vurderinger i spørreskjema om tvang. Ved eksplorerende metode er det lettere å fange opp slike viktige nyanser. Semistrukturert intervju gir muligheten til å stille planlagte spørsmål med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Det åpner også opp for spontane utdypninger og avsporinger, i den grad disse berører problemstillingen.

Strukturen medfører at intervjuet ble forberedt med få, gjennomtenkte spørsmål. Disse skulle i utgangspunktet søke svar på problemstillingen, men måtte også ivareta dialogen på en god måte. De måtte ikke virke krenkende, være tvetydige eller vanskelig formulert (Malterud 2004). Intervjuguiden (Vedlegg III) videreførte forskningsspørsmålene med deres narrative oppbygning. Hvert tema ble introdusert med et åpent, reflekterende spørsmål, som ved behov ble fulgt opp med mer spesifikke, stadig åpne spørsmål. Tilleggsspørsmålene var delvis egne, delvis formulert etter andre studier fra samme felt (Katsakou og Priebe 2007, Andresen et al. 2006).

### **Analysemetode**

Et viktig mål for analysen er å kunne presentere nyansert, relevant og nyttig kunnskap fra feltet, i et format som kommuniserer effektivt til leserne. Transkribert og anonymisert materiale fra intervjuene analyseres, ved hjelp av de kvalitative metodene meningsfortetting og meningskategorisering, med Malteruds systematiske tekstkondensering som manualisert rettesnor (Malterud, 2009). Metodikken bygger på hermeneutisk-fenomenologiske prinsipper etter Gadamer, Husserl og Giorgi. Analysen er systematisert ved hjelp av tekstmatriser

i regneark/database, og funnene sammenfattet i tekstform med ingresser og sitater. Utsagn om opplevelsen av å bli og å være tvangsinnlagt er plassert i empirisk-teoretisk sammenheng, og drøftes med vekt på de temaene pasientene viste seg å være mest opptatt av, innenfor studiens problemstilling.

## ***Materiale***

### **Utvalg og prosedyre**

#### ***Inklusjonskriterier***

Voksne i alderen 18-65 år av begge kjønn, tvangsinnlagt etter behandlingskriteriet i Lov om Psykisk Helsevern siste 2-12 måneder. Vurderes i stand til å avgi informert samtykke, og gjennomføre en fokusert samtale på norsk i minst 30 minutter.

#### ***Eksklusjonskriterier***

Omfattende psykose eller affektlabilitet ved rekruttering, samtykke eller intervjudtidspunkt.

Manglende, bristende eller svak beslutningskompetanse ved ovennevnte situasjoner.

Farlighetskriteriet i PHL vektlagt som tilleggskriterium ved innleggelse. Nye kjente stressorer i omgivelsene; nære relasjonsbrudd, drastisk endret behandling eller lignende. Utskrivelse under en uke fra planlagt intervjudtidspunkt.

### **Rekruttering**

Prosjektet fikk muntlig forhåndsgodkjenning fra begge forspurte enhetsledere og avdelingens forskningsansvarlige overlege, før søknad om prosjektgodkjenning ble sendt til Regional Etisk Komite for medisinsk forskning og helseforetaket. Da prosjektgodkjenning fra disse forelå (REK: Vedlegg I) ble det sendt informasjonsbrev til enhetsledere og kontaktpersoner.

Individualbehandler, som var psykiater eller psykologspesialist, vurderte mulige respondenters samtykkekompetanse og psykiske sårbarhet i forhold til intervjuet, også med tanke på behov for oppfølging ved eventuelle reaksjoner, og videre behandling. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble også sendt ut til enhetene. En enhetsleder fastholdt samtykket etter sentral prosjektgodkjenning, og endelig utvalg ble begrenset til denne enheten.

Det ble gitt en tidsramme på 1-10 dager for å avgi skriftlig samtykke, fra pasienten fikk informasjon om studien fra individualbehandler. Samtykke til deltakelse ble formidlet fortløpende til intervjuer, og samtykkeskjema med navn ble samlet inn ved avtale om intervju.

Utvalget ville bli begrenset; både ved protokollens egne kriterier, men også flere av pasientenes mulige skepsis til behandlere og sykepleiere, inkludert forskere, og til det å bli stilt spørsmål. Samtykke-prosessen var også sårbar, den ville være avhengig av god timing. Pasientens relasjon til behandler og miljøkontakt den dagen, dagsform og tid på dagen, stress fra andre hendelser eller gjøremål – Mye spilte inn på både å komme i posisjon til å informere om studien og å innhente selve samtykket. Det viste seg at etpar pasienter hadde latt seg overtale til å avvente samtykke etter å ha fått informasjon. Etter de oppsatte 10 dagene hadde ingen av disse takket ja ved påminnelse. Alle som hadde takket ja med en gang fastholdt samtykket. Alle pasientene som oppfylte inklusjonskriteriene og samtykket ble intervjuet. Etter 4-5 intervjuer begynte beskrivelsene å gjenta seg, materialet nådde metning og rekrutteringen ble avsluttet.

### ***Utvalget som ble intervjuet***

Intervjuene ble gjennomført ved en lukket døgnenhet med 8 sengeplasser, i løpet av fire måneder. Dette tilsvarer gjennomsnittlig liggetid ved døgnposten, og til sammen 15 pasienter ble vurdert for intervju i løpet av perioden. Demografiske opplysninger ble oppgitt av informantene selv, aidentifisert og gjengis her på gruppenivå. Fem tvangsinnlagte pasienter av begge kjønn, i alderen 30-45 år ble intervjuet. Pasientene var på ulike stadier i behandlingsfasen; alle var 1-5 uker tidligere overført fra akuttmottak, hvor de hadde blitt innlagt 9-12 uker før intervjutidspunktet. Innleggelsestidpunkt nærmere i tid kunne gitt enda ”ferskere” beskrivelser av selve tvangsinnleggelsen, men dette ble unngått; både av hensyn til at opplevelsene og temaet ville være mindre ømtålig over tid, og for å få tilstrekkelig antall informanter fra et begrenset seleksjonsgrunnlag, gjennom å ikke «bruke opp» muligheten for samtykke for tidlig.

### **Gjennomføring av intervju**

Ved avtale om intervju ble det gjensidig satt av en time uten forstyrrelse. Intervjuene måtte gjennomføres på egnet sted, i utgangspunktet valgt av respondenten. Dette kunne være møterom i sengepost eller på annen tilgjengelig del av sykehuset. Pasientrom ble unngått, da dette kunne bli vel invaderende, og ga liten reell mulighet for å trekke seg tilbake uten å måtte «kaste ut» intervjuer. Offentlige steder som caféer, aktivitetssentra og bibliotek måtte unngås av hensyn til taushetsplikt.

Intervjuene ble tatt opp på digital diktafon. Lydopptakene ble gjort under hele intervjuet med mulighet for pause underveis. Lydopptaker måtte være synlig og håndteres åpenlyst, rommet måtte av hensyn til opptak være relativt stille. Intervjuet startet med formell hilsen, presentasjon av deltakerne, og orientering om hva som skulle skje. Samtykket ble lagt fram, og det ble

understreket at hvert spørsmål er frivillig å besvare. Intervjuene fulgte en standardisert intervjuguide (vedlegg III), med rom for pauser ved behov. Avslutningsvis ble sentrale tema oppsummert, det ble gitt rom for innspill og kommentarer, og forklart hva som ville skje med materialet videre.

## **Forskningsetiske utfordringer**

Forskningsetikkens viktigste områder er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale og Brinkmann, 2009).

### **Samtykke fra deltakerne**

Samtykkekompetanse er avgjørende for å kunne gi et informert samtykke til medisinsk forskning (Helseforskningsloven §13). Tvangsinnlagte mennesker med psykosed diagnose kan i perioder ha redusert samtykkekompetanse. Det vil i disse periodene ikke bli innhentet samtykke, heller ikke representert eller antatt samtykke. I denne studien anses det ikke nødvendig å intervju mennesker med bristende eller manglende samtykkekompetanse, hva angår deltakelse i forskning. Likefullt videregjøres argumentasjonen for at forskningen må være nødvendig og ikke påføre unødig skade, da respondentene tilhører en sårbar gruppe, i en sårbar livsfase. Momenter som tilsier at også forskning på personer med bristende eller ingen samtykkekompetanse kan være riktig, er at de og gruppen de måtte tilhøre kan dra fordeler av forskningen, og at denne ikke kan utføres på andre enn nettopp disse. Det stilles også strengere krav til at forskningen ikke skal påføre skade enn ved fullt informert samtykke.

Skorpen og Øye (2008) problematiserte ved sin feltstudie forskningsetiske utfordringer ved å forhåndsdefinere alle psykiatriske pasienter som en særlig sårbar gruppe. Dette begrenser pasientgruppens mulighet for frivillig deltakelse i kvalitativ forskning. Det kan føre til at psykiatriske avdelinger av prinsipielle hensyn forblir lukkede rom i større grad enn nødvendig, og at pasientenes meninger og oppfatninger ikke kommer til uttrykk utenfor institusjonen. Det påhviler kanskje forskere et spesielt ansvar i å bringe fram denne sårbare gruppens oppfatninger på en respektfull og nyansert måte.

De forskningsetiske komiteer viser i *veileder om vurdering av samtykkekompetanse* (2005) til egne målemetoder for dette; *MacArthur Competence Assessment Tools for Clinical Research* trekkes internasjonalt fram som et sentralt verktøy (Dunn, 2006). Her må i første omgang samtykkekompetansen vurderes individuelt, i samråd med ansvarlig behandler. Forskeren er samtidig personlig ansvarlig for at denne vurderingen er riktig. I en systematisk vurdering av samtykkekompetanse i behandlingssammenheng er følgende punkter sentrale:

- ▲ *evnen til å uttrykke et valg*
- ▲ *evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp*
- ▲ *evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene*
- ▲ *evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene*

*(Pedersen et al., 2007)*

En psykosetilstand må i følge samme forfattere være svært alvorlig for at tilstanden i seg selv skal diskvalifisere fra samtykkekompetanse. Tilstrekkelig informasjon og fravær av tvang og press er videre forutsetninger for informert samtykke. Eksklusjonskriteriene nevner omfattende psykose, som er ment å dekke åpenbar mangel på samtykkekompetanse.

### ***Innhenting av samtykke på eget arbeidssted***

Det vil alltid eksistere former for avhengighetsforhold i en behandlingsrettet relasjon. I dette prosjektet måtte avhengighetsforholdets påvirkning på frivilligheten i samtykket reduseres, gjennom å understreke at deltakelse er frivillig og ikke har noen påvirkning på tilbudt behandling, slik det også står i invitasjonsbrevet. Videre måtte behandler henstilles til å informere om intervjuet på en nøytral måte, uten å uttrykke forventninger eller press.

Det ble forutsatt at individualterapeuter som gruppe ville ha bedre forutsetninger for å være bevisst rundt formidlingen enn de av miljøpersonellet som hadde lite erfaring og formell relasjonell kompetanse. I miljøterapi benyttes ymse former for press og overtalelse, sågar også tvang, hvor relasjonen ofte kan bli preget av dette. Av samme årsak ville intervjueren, som kjente flere av pasientene fra det daglige arbeid som miljøterapeut og sykepleier ved samme avdeling, ikke uten videre kunne forvente å stå i en avhengighetsnøytral relasjon til pasientene ved invitasjon til intervju.

### ***Forskningsintervju, ikke terapi***

Forskningsintervjuet søker å få mest mulig nyansert kunnskap fra informanten, men det er samtidig en fare for å trå for nær. I dette prosjektet blir dette en spesielt stor utfordring, da både tema og informanter er sensitive med tanke på emosjonelle reaksjoner. Kvale og Brinkmann (2009) skiller mellom forskningsintervju og terapeutiske intervju, hvor en i psykologisk intervjuforskning kan ha en mistenksom holdning til uttalelser, i tråd med det terapeutiske intervju. Terapeutiske intervju som baserer seg på psykoanalytiske teknikker, har blant annet til hensikt å stå i konflikt med pasientens egne oppfatninger, for å søke å endre holdninger og

tenkemåter over tid. Dette er, utenom ved tvangsbehandling, en frivillig prosess, hvor pasienten selv har oppsøkt behandlingen, og dermed har samtykket i å bli utsatt for denne motstanden. I forskningsintervju ligger initiativet hos intervjueren, og det følger ikke på samme måte noe implisitt samtykke til å bli analysert eller imøtegått på såre tema, om enn aldri så terapeutiske intensjoner skulle ligge hos forskeren. Skjulte teknikker og mistenksom meningstolkning omtales i denne sammenheng som «etisk problematisk». Kvale og brinkmann hevder emosjonelt ustabile mennesker kan ønske å omskape intervju-situasjonen til en terapitime, spesielt om det gjennomføres gjentatte intervjuer. Om følsomme temaer skulle komme opp, er det en fordel å ha etablert kontakt med en annen terapeut, som kan hjelpe pasienten til å håndtere disse.

Dette prosjektet tar opp potensielt følsomme tema, som tvangsinnleggelse, vrangforestillinger, diagnostisering og konflikter med personale, med potensielt emosjonelt ustabile personer. Intervjueren kunne, med bakgrunn som sykepleier i psykiatrisk sengepost, komme i fare for å uttrykke en terapeutisk-empatisk holdning som åpnet opp for mer emosjonelt innhold enn planlagt. Dette kunne også tenkes å slå andre veien, ved at pasienter oppfattet intervjueren som en som utøver tvang, og som søker å legitimere fortsatt tvangsutøvelse.

En kortfattet presentasjon av intervjueren, klargjøring av intervjuets hensikt og kontekst, ville bidra til å unngå etisk uheldige situasjoner. Om intervjuet likevel utilsiktet skulle avdekke konfliktfylt psykisk materiale, måtte dette tydelig adresseres til individualbehandler. Holdningen under intervjuet ville hovedsakelig være nøytral, utspørrende, men støttes av empatisk forståelse.

## **Minst mulig belastning for respondentene**

Malterud (2008) trekker frem fire måter en kvalitativ studie kan være belastende for respondentene på; psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse.

Det kan tenkes at et dyptgående intervju rundt tvangsinnleggelsen, og opplevelser rundt denne, vekker negative følelser hos pasienten. Denne antakelsen, mulige konsekvenser og håndtering må drøftes med behandlere som kjenner aktuelle respondenter, før hvert intervju. Det avtales derfor både med individualbehandlere og respondenter at ubehagelige tanker eller opplevelser som måtte dukke opp under intervjuet kan tas opp med egen behandler kort tid etterpå. Utformingen av spørsmålene tar slike mulige konflikter i betraktning. For i det hele tatt å kunne gjennomføre en slik undersøkelse, må likevel en del av spørsmålsutvalget finne sted i løpet av intervjuet, basert på intervjuers oppmerksomme sensibilitet.

Misbruk av opplysninger kan forekomme ved at opplysningene brukes til andre formål enn det selve undersøkelsen tilsier, eller havner på avveie ved uriktig oppbevaring. Dette er



ivaretatt gjennom forskriftsmessig oppbevaring, og at forskeren er bevisst sin utvidete taushetsplikt om informanter ved eget arbeidssted, også i senere behandlingsrelasjoner.

Hvis utsagn fordreies ved å tas ut av sin sammenheng og tolkes på en måte som virker stigmatiserende, vil dette kunne oppleves krenkende. Malterud sier utsagnet må behandles mest mulig i tråd med det som var ment. Fortløpende verifisering av meningen med uttalelsene, samt oppsummering på slutten av intervjuet vil redusere faren for feilaktig tolkning og analysering. Faren for gjenkjennelse vil alltid kunne være tilstede, spesielt når undersøkelser foretas i små identifiserbare utvalg, ved oppgitte steder, resultatene inneholder lange sekvenser eller spesielle uttrykk. Respondentene vil få mulighet til å få tilsendt undersøkelsen i ferdig utgave, i forbindelse med publisering. Formålet vil da være mer å få del i forskningen enn å korrigere materiale, selv om det også da vil bli åpnet for tilbakemeldinger.

### **Anonymisering**

Et tilleggshensyn måtte tas ved denne studien, ettersom informantene kunne komme tilbake til de omtalte behandlingsstedene senere. Muligheten for gjenkjennelse ble redusert gjennom at avdelinger og ansatte ikke ble navngitt. Avstand i tid mellom intervju og publisering styrket også anonymiteten. Hadde sitatene vært lengre og hatt fiktive navn, ville leseren fått utlevert fem nokså kontinuerlige sykehistorier, riktig nok anonyme, men gjenkjennbare. Her ble ikke utsagnene navnsatt. Fortellingene ble anonymisert i omtale av konkrete personer og geografiske steder, og særpregede språklige uttrykk. Lengre passasjer er endret eller delt opp for å unngå gjenkjennelse. Identifiserende diagnoser er utelatt i størst mulig grad, med mindre det utgjorde et viktig poeng for respondenten. Det publiserte materialet måtte fremstilles slik at deltakerne ikke ville oppleve det unødige krenkende å skulle lese sine egne uttalelser, eller tolkninger av disse. Når disse hensynene var tatt, kunne hver av deltakerne i studien selv avgjøre om de ville fortelle andre om deltakelsen eller ikke, og hvem de ville fortelle *sin* historie til.

### **Mulige fordeler for respondentene**

Ved et godt gjennomført intervju vil det ofte kunne oppleves givende og lærerikt å snakke om seg selv og livet sitt med en oppmerksom lytter (Kvale og Brinkmann, 2009:76). Med tvangsinnleggelse og relasjoner som hovedtema for studien, forventet jeg at respondentene har flere erfaringer som vil oppleves godt å kunne dele med en nøytral lytter.

Intervensjonsstudier kan aktualisere tema blant helsepersonell gjennom gruppeintervju, veiledning og undervisning. Her ser en at økt bevissthet rundt tema gjør at holdninger og oppmerksomhet endres til fordel for utvalgte deler av pasientbehandlingen. Selv om denne

studien retter seg mot pasientene, vil gjennomføring og presentasjon av studien også kunne øke oppmerksomhet og sensitivitet rundt tvangsinnleggelsen blant miljøpersonalet ved avdelingen. Dette kan igjen komme den aktuelle pasientgruppen til gode både under og etter intervjuene. Aidentifiserte tilbakemeldinger til avdelingen etter at informantene var utskrevet kunne også komme *fremtidige* pasienter til gode.

Systematiserte brukererfaringer kan være viktige bidrag til pågående utredninger og debatt om innleggelsesmåter og behandlingstvilkårets plass i norsk psykiatri. Dette perspektivet stilte hvert enkelt intervju i et betydningsfullt lys, og kunne påvirke intervjusituasjonen positivt.

## ***Intervjuprosessen***

### **Førforståelse før intervju**

Forventningen var å finne ulike opplevelser og holdninger til tvangsinnleggelse. Ut fra tidligere studier og egne erfaringer kunne noen av pasientene kunne være svært negative til tvangsinnleggelse, men neppe alle. Jeg forventet at pasientene ville være interessert i å fortelle om selve innleggelses-prosessen. Egen erfaring tilsier at dette ikke så ofte åpnes for eller tematiseres fra helsepersonell – muligens av frykt for at dette vil kunne øke eller ”trigge” motstand mot å forbli innlagt, og i verste fall føre til svekket allianse, fysisk utagering eller rømming. Noen fortellinger ville kunne ventes å ta tid å sette ord på.

Det var en tidlig antakelse at pasientene ville ha ulike erfaringer fra relasjon til behandlere i forhold til miljøpersonell. Disse har som regel helt ulike roller i forhold til avgjørelser, tid med pasientene, terapeutisk kompetanse og erfaring. Spørsmålet var delt opp i intervjuguiden; opprinnelig for å ”tappe vekk” generelle oppfatninger om behandlere, da jeg var mest interessert i pasienters opplevelser med miljøpersonell. Jeg var noe mer usikker på om de ville gi utfyllende svar om relasjonene, noe som ville betinge tillit til at intervjuer ikke ville meddele eventuelle negative erfaringer til miljøpersonellet ved aktuelle døgnenhet. Dette kunne igjen tenkes å sette den enkelte i et dårlig lys og gi dårligere behandling.

Jeg trodde ikke alle pasientene jeg fikk intervjuet umiddelbart ville se for seg muligheten for et fremtidig behov for innleggelse for sin egen del. Av den grunn hadde jeg også inkludert en mer generell variant av samme spørsmål. Kvale og Brinkmann benevner denne vinklingen ”projektive spørsmål” og peker på muligheten for å få frem en holdning rundt et i utgangspunktet personlig spørsmål. Varsomhet med overtolkning, som å påstå at respondenten foretrekker slik behandling selv, måtte her viderebringes gjennom både analyse og presentasjon av funn.

## **Erfaringer fra intervjuene**

Jeg fikk møte fem ulike mennesker med hver sin unike historie. I løpet av de første intervjuene gjorde fascinasjonen over fortellingene og synspunktene at intervjuguide og klokke ble viktige støttespillere. Under enkelte intervjuer var det en utfordring både å forklare spørsmålene og å holde tråden innenfor tema, da flere av informantene hadde mye å fortelle. Det oppstod ofte behov for å dreie samtalene mot konkrete opplevelser, da mange hadde sterke oppfatninger og teorier rundt tvangsinnleggelse.

Demografiske spørsmål var først tatt med som en ren innledning til intervjuet, og var tenkt utelatt. I løpet av intervjuene så det imidlertid ut til at spørsmål rundt innleggesdatoer og antall innleggelse hjalp flere av informantene til å huske historien bedre. En av informantene ønsket gjerne å bli intervjuet, men oppga selv å være for paranoid til å være komfortabel med lydopptak. Vi ble enige om å isteden bruke noe lengre tid med notatblokk.

## ***Tekstanalyse***

### **Transkriberingen fra lydopptak til tekst**

Fire intervjuer av totalt fire timers varighet ble transkribert fra lydopptak til tekst. Det siste intervjuet ble gjort med notatblokk over halvannen time. Disse notatene ble renskrevet fra stikkordsform samme og neste dag, og maskinskrevet i samme format som opptakene.

Intervjuene ble først transkribert ord for ord, og særegne uttrykksformer og dialektuttrykk ble tatt med. Ved senere gjennomlesning og anonymisering ble disse sammenfattet og standardisert til bokmål, mens meningsinnholdet ble søkt ivarett.

Intervjuspørsmålene ble filtrert bort, i den grad dette etterlot et forståelig meningsinnhold. Etersom lukkede spørsmål ble brukt i svært begrenset omfang, og da som oppklarende spørsmål, stod de meningsbærende utsagnene i stor grad tilbake. Svar som kun bekreftet eller avkreftet et tidligere utsagn kunne utelates, til fordel for svar på mer åpne oppfølgings-spørsmål.

Tekstbitene ble beholdt i opprinnelig rekkefølge, men delt opp i mindre, selvstendig meningsbærende elementer. Analyse materialet bestod av 700 slike setningsdeler.

### **Helhetsinntrykket**

Gjennomlesningen av intervjuene etterlot to klare hovedtema; tvangsinnleggelse og relasjon til helsepersonell. Disse harmonerte med intervjuenes tematikk, som var bygget direkte på forskningsspørsmålene. Flere av pasientene var opptatt av krenkelse og sårbarhet, makt og

sammensvergelse, fellesskap og utenforskap, egen bedringsprosess og en del mer praktiske problemer. Etter første runde med systematisk gjennomlesning ble stikkord til potensielle tema notert, gruppert og vektet fra 0-2 for hver respondent, etter av et subjektivt inntrykk av hvor intenst temaet engasjerte hver enkelt. Vektingen var et eget supplement til metoden, som beslutningsstøtte for temavalg. Ingen relevante tema ble på dette trinnet utelatt på grunn av for få respondenter. Vektingen ble summert til rangering av tema, nøkkelord for temagrupper er uthevet (Tabell 1).

<p>Vurdering - <b>Terskel</b> for frivillig/tvungen hjelp</p> <p><b>Makt</b> – innflytelse – frihetstap - tvangsmedisinering</p> <p>Medmennesker – interesse, støtte, ivaretagelse, å ta seg tid - <b>Omsorg</b></p> <p>Selvforståelse - innsikt - behandling - <b>Allianse</b> - anerkjennelse</p> <p>Angiveri, <b>Komplott</b>, konflikt, fiendtlighet</p> <p>Service-<b>Samfunnsansvar</b>-rettighet</p> <p><b>Fristed</b> (slipper en del ansvar)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabell 1 – Stikkord til tema

Tema-utkastene ble etter nye gjennomlesninger og –lyttinger omdefinert flere ganger, med ny individuell og samlet vekting som støtte for hver redefinering. Som et ytterligere grep ble begrepene operasjonalisert (tabell 2). *Komplott* fikk da en tvilsom verdi som eget tema, men opplevelsen av å bli motarbeidet ivaretas innenfor andre kategorier. *Omsorg* deles i relasjonell og praktisk komponent, og inkorporeres i henholdsvis *relasjon* og *bedring*. *Bedring* ble her valgt som en egen brukerorientert kategori, for å romme noe av det informantene oppfattet som verdifullt i egen situasjon, uten tilknytning til psykiatri-tunge begreper som innsikt og samarbeid.

å avgjøre om en skal tvangsinnlegges	Tvangsinnleggelse	<b>Tvangsinnleggelse</b>
å bli hørt og forstått	Tillit til helsepersonell	<b>Relasjon</b>
å bli tvangsmedisinert	opplevelse av antipsykotika	<b>Medisinering</b>
å bli bestemt over	overmakt	<b>Maktforhold</b>
å måtte be om ting	avhengig av andres velvilje	(relasjon/makt/bedring)
å søke hjelp selv	frivillig behandling	(tvangsinnleggelse/bedring)
å bli tatt vare på	praktisk hjelp	(relasjon/bedring)
å bli bedre	bedring	<b>Bedring</b>

Tabell 2 – Prioritering av hovedtema

## Kodeprosessen

Hvert utsagn ble så gjennomgått med tanke på videre kategorisering. Utsagn som beskrev en avgrenset del av en hendelse, eller kunne få en helt annen mening utenfor sin opprinnelige sammenheng, ble i tillegg gitt en stikkordsmessig metabeskrivelse under gjennomgangen. Hvert utsagn ble så kodet i tilknytning til de foreløpige temaene, ved at stikkord ble anført ved siden av utsagnet i listen (Tabell 3). Utsagn som ikke var relaterbare til- eller relevante for forsknings- eller intervju spørsmål, ble her utelatt. Kategori-kodene sammenfalt delvis med hovedtemaene, noe som kunne tyde på at noen av forskningsspørsmålene var besvart i intervjuene.

Sitat	Opprinnlig tema	Metabeskrivelse	Kat.kode → tema	Alt.kategori
<i>Det oppleves guffent at politiet er med. Jeg har ikke brutt loven</i>	Terskel for tvang	politi-innleggelse guffent, som lovbrudd	Tvangsinnleggelse	Makt
<i>Jeg opplevde at de prøvde å støtte meg og være på min side og hjelpe til at dette skulle gå bra</i>	Allianse/dialog/ anerkjennelse	støtte, på min side, hjelpe til	Relasjon	Bedring

Tabell 3 – To eksempler fra kodeprosessen

Temagruppene ble delt inn i subgrupper, og ved hjelp av nærmere avgrensning av disse ble åtte hovedkategorier redusert til fem. Den narrative overbygningen fra intervjuene var beholdt i flere av undergruppene, slik at disse beskrev pasientenes samlede opplevelser gjennom de ulike fasene. Samtidig som hovedkategorienes kodegrupper med to-tre subgrupper hver tok form og ble fylt opp, ble det tydeligere hvordan tekstbitene både skulle kategoriseres og plasseres. Sitatene ble sortert etter hovedkategori, deretter subgruppe. *Tvangsinnleggelse, relasjon og bedring* var nå blitt store kategorier. I tillegg skilte *medisinering* og *frivillig behandling* seg ut som egne relevante tema, som ikke trengte videre subkategorisering da de var korte. *Holdninger til å ta imot hjelp* ble imidlertid ingen egen kategori. Få av informantene hadde besvart hovedspørsmålet direkte, og jeg vektla en analyse minst mulig bundet av teorier og kategorier, og hadde derfor ikke bestemt retningen for temaene på forhånd. I ettertid kunne dette vært mer styrt.

### **Underkategorier av temaet relasjon**

Over 200 meningsbærende utsagn ble kodet innenfor kategorien relasjon. En nærmere inndeling viste seg nødvendig og krevende. Ved å følge prosessen tilbake til første systematiske gjennomlesning kom de primære meningene – som i mellomtiden var blitt tolket inn i nokså vide fagtermer som *allianse* og *dialog* – tilbake, og muliggjorde en grovinndeling i tre underkategorier; *medmenneskelighet, anerkjennelse* og *profesjonalitet*. En brukerorientert tilnærming til det terapeutiske alliansebegrepet (A. Bachelor, 2012) defineres her over tre trinn,

hvor grunnleggende respekt kontra mangel på dette utgjør første nivå; anerkjennelse, inkludering og dialog er andre nivå. På øverste nivå inntre arbeidsalliansen og dennes komponenter, sammen med opplevelsen av autonomi i møtet med helsepersonell. For å ivareta brukerperspektivet valgte jeg begrepet *hjelpsomhet* fremfor *allianse*, samtidig som dette frigjorde den emosjonelle delen av alliansebegrepet til sammenstilling med *anerkjennelse*. Analysen kunne da i større grad skille *følelsen av å være på parti med helsepersonell* fra praktisk samarbeid, samtidig som konotasjoner til noen av pasientenes opplevelser av sammensvergelse og komplott ble holdt utenfor analysen.

*Medmenneskelighet* inkluderte utsagn om grunnleggende respekt eller krenkelse, fellesskap eller utenforskap, likeverd eller nedlatenhet og opplevd skadefryd. *Anerkjennelse* handlet her om å få tilbakemelding ved spørsmål, ønsker, meninger og behov – verbaliserte eller ikke. *Hjelpsomme og samarbeidende holdninger*, gjensidig tillit, kommunikasjon, å være verdt en innsats, å bli sett og hørt, at noen tar seg tid til en; alt dette handlet om anerkjennelse. Det motsatte ble ignorering, ugyldiggjøring, betvile behov, rigiditet rundt regler og inautentisitet. *Hjelpsomhet* rommet praktisk samarbeid rundt opplevde og uttrykte behov, opplevd profesjonalitet, tilgjengelig personell, serviceinnstilling, aktiv hjelp og støtte, felles mål og konkret samarbeid - autonomi i praksis. Motsatte valører var forvirrende og belastende personalatferd, avtalebrudd, forglemmelser og ignorering av konkrete behov.

Under videre kategorisering ble de utsagnene som grunnleggende sett handlet om opplevd respekt plassert i første kategori, selv om behandleralliansen også kunne blitt dårligere som konsekvens av dette. En episodebeskrivelse kan plasseres i flere kategorier, så lenge meningsinnholdet ikke fordreies av endret kontekst (Malterud, 2011). Videre ble episodebeskrivelser med godt eller dårlig samarbeid med behandler kategorisert under *hjelpsomhet*, uavhengig av pasientens antatte beveggrunn for opplevelsen.

Alle temaene ble på tilsvarende måte kodet og plassert i subkategorier. Da kodingen var avsluttet, utgjorde opprinnelig 700 meningsbærende elementer 44 sider med i underkant av 100 selvstendige tema, fordelt på hovedkategoriene tvangsinnleggelse, medisiner, relasjon, bedring og frivillig behandling, og totalt 12 underkategorier av disse (*Tabell 4, neste side*).

## **Kondensering - Deg eller meg?**

I Malteruds fremgangsmåte består tekstkondenseringen i å sammenfatte de mest relevante utsagnene fra ulike informanter i hver tematiske kategori til selvstendige, representative setninger i jeg-form. Her ble det nokså tydelig at flere av respondentene hadde foretrukket å omtale opplevelsene subjektsnøytralt. På direkte spørsmål om følelser svarte flere konsekvent i utenfra-perspektiv, og valgte ofte å uttale seg i "du"-form. En del omstendelighet i svarene kunne også

ses som om noen definerte seg selv ut av den situasjonen de beskrev. Særlig var dette merkbart når beskrivelsene omhandlet stressende situasjoner som tiden før innleggelsen, da de merket at noe var galt, vurderingssamtaler, konflikter og tvangsmedisinering. Sitater i førstepersons jeg-form forekom, men å omdanne alle relevante utsagn til dette ville blitt nokså kunstig. Jeg hadde en fornemmelse av at flere av respondentene heller ikke ville hatt noe ønske om å lese sine språklig sett nøytrale utsagn i en mer personliggjort utgave, og valgte å respektere dette.

Noen oppfølgingsspørsmål hadde vært proaktivt formulert, for at respondentene kunne få anledning til å si noe om viktige, følelesbetonte tema, uten å måtte komme ubehagelig nær egne følelser eller minner rundt dette. Slike spørsmål kunne være hypotetiske, eller også rettet mot andre enn informanten selv. Å tolke førstepersons-perspektivet tilbake inn i denne nødvendige distansen ville ikke vært i tråd med studiens forskningsetiske intensjon. Dermed er jeg-personen i stor grad beholdt utsagn som allerede har en slik nærhet i seg, mens tredjepersons-utsagn i stor grad er beholdt slik de var, også i tekstkondensatene.

Etter hvert som tekstkondensatene sammenfattes til mer objektivt formulerte sammendrag med tredje persons beskrivelser av funnene, oppstår en ny innsikt; Den opprinnelige kategorien *makt* var uttømt. Sitatene som ikke allerede var omplassert til kategoriene *tvangsinnleggelse* og *relasjoner*, handlet i det vesentligste om pasientenes opplevelser av relasjonell og strukturell makt og refleksjoner rundt disse. Hovedkategorien *Relasjoner* byttet nå navn til *Møter med hjelperne*, som også rommet maktelementet på tvers av de individuelle relasjonene.

<b>Tvangsinnleggelses-prosessen</b>	<b>Tvangsmedisinering</b>	<b>Møter med hjelperne</b>	<b>Bedring</b>	<b>Frivillig innleggelse</b>
På terskelen til tvangsinnleggelse	Opplevelser, erfaringer og holdninger	Respekt	Opplevelsen av å være psykisk syk	Opplevelser og erfaringer
Å bli tvangsinnlagt	-	Anerkjennelse	Hjelp til bedring	Holdninger til å søke hjelp
På lukket avdeling	-	Hjelpsomhet	Opplevelse av bedring	-

Tabell 4 – Kategorier og subkategorier etter tekstanalyse

Kategoriene bidro til en systematisk gjennomgang av funnene. De ble utarbeidet med problemstilling og forskningsspørsmål ”i mente”, men ikke som styrende for begrepsvalg i koding og kategorisering. Når funnene videre presenteres, tas forskningsspørsmålene inn igjen som strukturerende element, med en nødvendig oppdeling av kategoriene som følge. *Opplevelsen av tvangsinnleggelse*, og *relasjon til helsepersonell* sammenfaller med kategoriene *tvangsinnleggelse*, og *møter med hjelperne*. *Tvangsmedisinering* og *bedring* har relevans for alle tre spørsmål, mens både *bedring* og *frivillig innleggelse* omhandler *motivasjon til å søke hjelp*.

## Funn – pasientenes opplevelser ved tvangsinnleggelse

Informantene hadde varierte og reflekterte ytringer om sine opplevelser ved tvangsinnleggelse. Resonnementet til en informant, rundt opplevelsen av å være innelåst, utgjorde et stykke poesi:

*På akuttavdelingen  
liksom*

*så  
du føles  
det føles veldig  
innesperra det  
føles sånn at du  
går på veggene  
har lyst å  
gå på veggene  
tett på*

*bare at  
du gjør det  
emosjonelt sett  
følelsmessig  
fordi du er  
helt innelåst*

Intervjuene viste både den forbeholdsløst positive, og den fundamentalt kritiske innstilling til tvangsinnleggelse. Noen mente medisiner er ikke bare nødvendig, men også skadelig, og oppfatter medisineren som verre enn fysiske tvangsmidler. Noen mente medisiner, innelåsning og behandlingen som helhet var nødvendig og nyttig, og kom gjerne tilbake ved behov. Alle enes likevel om at tvangsinnleggelse kunne være nødvendig for noen, om ikke nødvendigvis dem selv. Frivillig behandling opplevdes som et bedre alternativ, men samtidig for lite tilgjengelig og tilrettelagt.

Mange av pasientene var opptatt av å bli forstått, respektert, ha 'god kjemi' med - og kunne stole på miljøpersonellet, samtidig som flere påpekte krenkelser forbundet med autonomitap og maktubalanse mellom pasienter og personell. Det ble ikke så mye mer poesi, men informantenes kondenserte utsagn (se s. 30) er videre gjengitt i kursiverte innrykk for oversiktens del. Sitatet nedenfor er tre forskjellige informanters samlede oppsummering av problemstillingen.

*I bilen visste jeg ikke helt hva jeg var på vei til.*

*De tar fra deg all frihet og legger deg inn på ubestemt tid!*

*I ettertid er jeg glad for både tvangsinnleggelsen, og at noen tok kontroll*



## **Pasientenes opplevelser av tvangsinnleggelses-prosessen**

*Alt kommer an på menneskene som opplever situasjonen, hvilke diagnoser de har, hvordan verden ser ut for dem.*

### **Omgivelsene mine reagerte på at jeg oppførte meg annerledes**

Livet var ikke helt problemfritt i dagene før innleggelsen; de fleste hadde søvnløse netter og konflikter med andre mennesker, som stilte høye krav til normalitet og kontroll. En registrerer en hyppigere kontakt fra politi og sykehus enn vanlig. Flere merket en form for tankekaos selv og forsøkte å få hjelp. En var for oppgitt til å tenke tanken på å søke hjelp, andre ville ikke ha kontakt med psykiatrien etter tidligere negative erfaringer. Flere oppfattet at omgivelsene reagerte på dem, men oppfattet dette like gjerne som fiendtlighet, som forsøk på å hjelpe.

*Før innleggelsen hadde jeg det ganske bra, egentlig. Jeg følte at stedet jeg bodde skapte problemer for meg, jeg var blakk, oppgitt og negative ting begynte å skje rundt meg. **Det ble litt kluss i tankene, tankekaos, psykose...** Og så har jeg jo diagnosen paranoid, da. Journalister, politifolk og folk som har reist mye rundt - noen jobber krever det, men i psykiatrien er man gal. Jeg gikk rundt i flere måneder etter det som hadde skjedd. Jeg hadde vært på akuten rett før innleggelsen, og ble sendt hjem igjen. **Omgivelsene mine reagerte på at jeg oppførte meg annerledes.** Det ble en krasj i kommunikasjonen og min oppfattelse av verden, familien min oppdaget det og ringte akutt-teamet. Jeg ville ikke innse at jeg trengte innleggelse.*

Informanter med eget nettverk forteller om forsøk på å komme i dialog rundt problemer og innleggelse. Familien var i mer eller mindre åpen kontakt med DPS og fastlege, og oppfordret i det lengste til å legge seg inn frivillig. En av informantene føler seg både lurt og overkjørt av venner, pårørende og fastlege, som hadde fremstilt det som et reelt valg, mens det endte med tvangsinnleggelse. Noen av informantene opplevde innleggelsen som en sammensvergelse mot dem. De trekker inn vikarierende motiver som at familien ville ha huset for seg selv, at leger dekker hverandre og bare vil bruke mest mulig medisiner, eller at noen bare ønsket å plage dem.

### **De var ute etter meg**

Flere av informantene opplevde at bagatellmessige hendelser ble blåst opp og brukt mot dem, på bakgrunn av tidligere innleggelses-historikk og diagnoser. Dette kunne være isolert sett harmløse ting som en søvnløs natt, et skjevt blick til en butikkansatt eller litt omdekorering på et kjøpesenter, men episoden var plutselig blitt sentrale årsaker til innleggelse.

*Det hadde ikke skjedd noen ting i foranledning til dette, ingen episoder eller noen ting. Fastlegen og moren min ville legge meg inn, så de påstod at jeg var sliten og sov dårlig. Venninna mi rottet seg også sammen med dem. **De pratet ikke med meg, ville bare legge meg inn.** De som jobbet i butikken var ute etter meg. Da jeg flyttet på noen potteplanter kom politiet og la meg inn med en gang, uten noen annen grunn enn at jeg hadde vært tvangsinnlagt før.*

### **Det er ganske farlig å gå til samtaler**

Alle informantene var blitt tvangsinnlagt ved innledningen til det aktuelle oppholdet, og minst en gang tidligere. Flere uttrykker at det går automatikk i tvangsinnleggelsene. De oppfattet at de blir lagt inn raskere fordi de har tvangsinnleggelse bak seg, og har fått en psykiatrisk diagnose. I den fasen av behandlingsforløpet hvor intervjuet ble gjennomført, mente flere at den aktuelle tvangsinnleggelsen skyldtes noe annet enn at de trengte hjelp. De fleste mente i ettertid at innleggelsen var både riktig og nødvendig.

*Når jeg først har vært tvangsinnlagt en gang og fått en diagnose, er det lettere å bli tvangsinnlagt igjen. Du kommer ikke ut av det. Hver gang jeg kommer i kontakt med psykiatere, så blir jeg tvangsinnlagt. En telefon fra familien eller samtale på DPS er alt som skal til, så det er ganske farlig å gå til samtaler. Jeg trenger ikke å ha gjort noe spesielt; så lenge jeg har fått diagnosen én gang kan de begrunne innleggelsen med hva som helst.*

### **Jeg ville ikke tilbake til akuttavdelingen**

Flere så i ettertid at innleggelsen var nødvendig, det var en alvorlig situasjon hvor de trengte å bli tatt hånd om. De aller fleste hadde ikke selv ønsket å bli innlagt da de ble det, selv om noen tenkte på det som en mulighet. Flere så svært negativt på å skulle bli innlagt. De fremhevet mangelen på autonomi og kontroll ved tidligere tvangsinnleggelse som hovedårsak til at de heller ikke ville legge seg inn frivillig, både i form av muligheten for tvangsvedtak under en frivillig vurderingssamtale, og det konkrete autonomitapet i avdelingen.

*Jeg ville ikke legge meg inn frivillig. Jeg ville ikke tilbake til akuttavdelingen, for de gjør som de vil uansett. De lover å overføre til frivillig, men hvis du ikke samarbeider fører de deg tilbake til tvang automatisk*

### **Tøft å bli fratatt myndigheten over livet sitt**

Informantene uttrykte enstemmig at tvangsinnleggelse er en alvorlig inngripen i et menneskes liv. Flere trekker paralleller til fengsling og en sågar til tortur, og en mente seg regelrett behandlet

som kriminell; både etterforsket, avhørt og fengslet. Flere hadde vanskelig for å akseptere frihetsberøvelse på grunnlag av at andre mente de var syke, især når de mente det ikke stemte.

*De kan jo legge folk inn over en lav terskel. De bør legge lista slik at de ikke griper inn for ofte. Det må jo være en grunn for at du blir lagt inn. Noe som har skjedd, en eller annen som har noe å utsette. Ellers så blir du jo ikke lagt inn.*

*Å få det avgjort av andre er ikke alltid like greit. Jeg er en relativt oppegående person, som liker å ha styring på mitt eget liv. Det er veldig tøft å bli fratatt myndigheten over livet sitt. Det er jo ingen som liker å bli innlagt på sykehus. En fratas alt, må søke om å få gå ut, samme som i fengsel. De som jobber i psykiatrien tar for lett på bruk av tvang, de ser ikke alvoret i det. Å bli låst inne og tatt fra friheten regnes jo som straff, og jeg har verken tenkt eller gjort noe kriminelt. Dette er tortur, det er overgrep, det må ikke gjøres mot folk.*

### **En kan oppfatte seg selv som stabil og normal mens andre ikke gjør det.**

Alle hadde klare oppfatninger om hvor terskelen for tvangsinnleggelse bør ligge, samtidig som dette var vanskelig å definere. De fleste mente innleggelse er nødvendig når en ikke lenger klarer å ta vare på seg selv. Flere sa det kan være vanskelig å vurdere selv, men enda vanskeligere å vurdere for andre, spesielt de som ikke kjenner en godt fra før.

*En kan oppfatte seg selv som stabil og normal mens andre ikke gjør det. De som vurderer kunne fått bedre innsikt i hvordan det ligger an, ved å snakke med familien og venner som kjenner ens normale stabilitet.*

### **Bare i nødverge**

Mange mente 'lista' bør ligge tett opptil nødverge, hvor det er konkret og umiddelbar fare for eget eller andres liv og helse. Det må være nødvendig at andre tar kontroll, og de som skal ta kontroll må da faktisk gjøre det. I et hypotetisk spørsmål om en annen enn dem selv helt tydelig trenger hjelp, mente alle informantene at noen måtte gripe inn – koste hva det koste ville, sa en.

*Bruk av tvang er et brudd på respekten for frihet og menneskerettigheter, og kan bare forsvares i nødverge, når du ikke har noe valg, når en situasjon går ut av kontroll og noen må ta over. Hvis en er utilregnelig og ikke klarer å håndtere sin egen tilværelse, så vil det jo være innleggelse. Hvis det først blir alvor, og staten må komme og ordne opp, så mener jeg at de har veldig mye makt. Og hvis noe skulle inntreffe, slik at det oppstår noe slikt som dette her, så har de veldig stor innflytelse.*

## **Bør fjernes raskere**

Likeledes mente de fleste at når situasjonen først er under kontroll, bør tvangen fjernes raskt. Mange anså seg selv for mer tilregnelige med tanke på rømming enn det behandlerne gjorde, og de færreste opplevde noen direkte sammenheng mellom å være tvangsinnlagt over lengre tid, og det å klare seg bedre i etterkant. En av informantene tok tilsynelatende ikke tvangsparagraf eller diagnoser så tungt, men fremstilte innleggelsen mer som et hvileskjær, et gode i form av forpleining og omsorg.

*Men å sitte måned på måned på tvang er ikke nødverge. Jeg tror at så fort man får stabilisert situasjonen, forklart pasienten nødvendigheten av behandlingen, og fått et inntrykk av at pasienten forstår det, så bør tvangen fjernes.*

## **Vi fratras grunnleggende rettigheter**

Noen opplevde svekket rettsikkerhet i psykiatrien, både ved henting, vurdering og opphold.

*Psykiatrien bryter jo også loven: **Vi fratras grunnleggende rettigheter** når politiet og behandleren kommer sammen. Man får ikke innhente en uavhengig vurdering. Jeg har vært umyndiggjort også uten at jeg visste om det, det tok de også med et pennestrøk. De kontaktet og satte opp pårørende mot min vilje. **Dette er et overformynderi, og jeg er ikke umyndiggjort.***

Kontrollkommisjonen skulle ivareta pasientenes rettsvern. En ble utskrevet da observasjonstiden utløp uten at nytt vedtak ble fattet, og opplevde å ha kontrollkommisjonen på sitt parti – men ble til sin store skuffelse tvangsinnlagt på nytt etter få dager. Blant dem som har erfaring med kontrollkommisjonen ble det uttrykt en del resignasjon, hovedsakelig over at en som pasient ikke tillegges like mye vekt på vurderinger av egen sykdom som behandleren. Det kunne også være utfordrende å samarbeide med advokaten i disse situasjonene; én opplevde ikke å ha fått kommet til orde og formidlet sin side av saken.

*Jeg fikk først medhold i kontrollkommisjonen fordi **vedtaket om tvungen observasjon viste seg å være gått ut**. De kunne jo ikke komme og gjøre nytt vedtak etterpå. Andre gang hadde ikke advokaten gått igjennom spørsmålene på forhånd. Man ser jo uforberedt ut. Jeg reagerte på at de samme advokatene man tilbys går igjen i kontrollkommisjonen.*

## **De kom bare og hentet meg**

Flere av informantene ble hentet av politi og ambulanse, samtidig som en lege forkynte begjæringen om innleggelse til tvungen observasjon. Beslutningen om observasjon var da allerede tatt, slik at det ikke var rom for diskusjon. En av informantene hadde forsøkt å

overbevise forsamlingen om at beslutningen var tatt på feil grunnlag, men møtte lite forståelse for dette. Blant de få som beskrev følelser i denne situasjonen, var det angst og maktesløshet som dominerte. En noe mer formell følelsesbeskrivelse var opprørt og ”ikke noe hyggelig”.

*Så hørte jeg dem i yttergangen, DPS, en i familien og politiet. Jeg ringte advokaten min, men ingen ville snakke med ham. Jeg kom til møte med psykologen, vi satt der og pratet om andre ting mens politiet stod utenfor. **Så fikk jeg vite at politiet skulle hente meg og at jeg skulle legges inn.** De kom bare og hentet meg, jeg skulle bare hentes og legges inn.*

Noen ble hentet av politiet utenfor egen bolig og kjørt til politiarresten for vurdering. En mente oppbudet av seks politifolk var noe i overkant, han hadde jo tenkt å samarbeide uansett. Andre fikk velge mellom politibil og ambulanse til akutten - ingen valgte politibil- mens en fikk drosje med følge til akuttavdelingen etter å ha oppsøkt legevakten frivillig.

### **Umyndiggjort og frihetsberøvet**

En anså tvangsinnleggelsen som eneste måte å få hjelp på, og aksepterte den.

*Disse gangene jeg har vært borti, så har jeg jo vært i en vanskelig situasjon, og så har jeg jo lagt meg inn frivillig. Jeg har i grunn samtykket i innleggelsen jeg da.*

Flertallet hadde på minst ett tidspunkt sterke motforestillinger rundt å bli tvangsinnlagt.

Opplevelsen av å bli umyndiggjort når andre bestemmer at en skal legges inn, og frihetsberøvelsen ved at en ikke kan gå når en vil, deles av de fleste. Flere så for seg at oppholdet ville ligne på tidligere innleggelses, hvor tvangsmedisinering og låste dører var en del av behandlingstilbudet.

*Det hadde ikke skjedd noen ting i foranledning til - det hadde ikke vært noen episoder eller noen ting, jeg ble bare hentet og lagt inn. Uten at jeg fikk mulighet til å forsvare meg selv. Jeg trodde jeg var på vei til... -visste ikke helt hva jeg var på vei til. De tar fra deg all frihet, gir deg kjemikalier og legger deg inn på ubestemt tid. **Jeg vil ikke bli tvangsinnlagt. Det må da være andre måter...** Jeg ble selvfølgelig ganske opprørt. Det er ikke noe hyggelig å bli hentet av politiet og lagt inn på tvang. Det var traumatisk. Grusomt. Jeg gråter, gjemmer meg under en stol. Ligger på gulvet og tigger om å få slippe å bli innlagt. De skremte meg halvt i hjel, jeg fikk full panikk, tagg og gråt. Innlagt på tvang, det er ikke så kult. **Ble litt oppgitt. Man blir umyndiggjort og frihetsberøvet.** Det føles i hvert fall sånn. Det er noen andre som har nøkkel til døra, vet du.*

Enkelte hadde synspunkter rundt hvordan innleggelsen kunne vært bedre for dem. En ville blitt pågrepet av færre, og mer kommunikative politifolk, mens en kunne ønsket en grundigere forklaring på hva som skjedde.

*Kanskje to politifolk i stedenfor 7-6, litt mer vennligstilt kommunikasjon i stedenfor bare på med håndjern. Jeg skulle ønske overlegen hadde forklart meg at det var sykdommen som gjorde at jeg oppfattet verden annerledes. Jeg tror jeg hadde godtatt den forklaringen.*

## **Følelsen av å være totalt innesperret**

Noen opplevde det å være tvangsinnlagt på akuttavdelingen som utelukkende negativt.

*Absolutt ingenting var bra. Hele opplegget til sammen opplevdes bare fælt. De tar fra meg livet, låser meg inne 24 timer i døgnet*

Opplevelsene fra akuttavdelingen var for mange preget av ufrihet og innesperring. Flere av informantene reagerte på å skulle være innelåst på avdelingen og attpåtil innelukket på et rom mye av tiden. En beskrev det som å gå på veggene følelsesmessig, en fikk problemer med alle lukkede dører og måtte sove med åpen dør.

*På akutten hadde jeg **følelsen av å være totalt innesperret**, særlig på skjermet. Du fikk jo nesten ikke gå ut. Jeg ble ganske stresset. Jeg våknet opp midt på natta med mareritt. Fikset ikke lukkede dører lenger, sov tilslutt med døra på gløtt for å komme unna følelsen av å være innesperret.*

***Det blir jo straks mye vanskeligere når alt må godkjennes av en behandler.** En fratas alt, må søke om å få gå ut. Og du fikk jo nesten ikke gå ut. Har avdelingen lav bemanning så får ikke du gjort de tingene du skulle gjort. Jeg hadde jo bare kunnet ordne det selv, istedenfor måtte det tas opp til vurdering å kjøpe sko. De nekter meg å gå en tur selv om jeg ikke er en rømmingskandidat, hvordan skal det være hjelpsomt?*

*Du har ingen sysler i det hele tatt, ikke noe utløp for noe energi eller noe som helst. Det er bare enten sitte i tv-stua, eller sitte på rommet. En får tilbud om gruppesamtale også, men jeg hadde ingen interesse av å delta, hadde nok å tenke på da. Hadde noen korte deppeperioder, var ordentlig nedstemt noen ganger, tenkte: **Når slipper jeg ut, når kan det normale livet gå videre.***

## **Du blir låst inne med andre veldig syke mennesker**

En informant mente det var for lite kontakt mellom pasientene på akutt, det ble ikke særlig sosialt. En annen mente det å se så mange andre syke mennesker var en belastning i seg selv. Forventningen til at en skulle være sosial og fungere sammen med andre syke mennesker når en selv er syk, beskrives som vanskelig. På den annen side betegnes fellesskapet mellom de mer og

mindre ressurssterke pasientene som en støtte; pasientene fikk anledning til å bidra med noe positivt for andre, på tross av at en var syk.

*Det er lite kontakt mellom pasienter på akutt. Det virket asosialt, lite fungerende. **Du blir låst inn med mange andre veldig syke mennesker. Man finner et fellesskap i det å være syk, prøver på hver sin måte å gjøre hverdagen lettere for de rundt seg, det kommer an på i hvor stor grad man er syk. Du har liksom ikke noe friskt; alle måltider, fritid, sosialiseringen din - skal være sammen med andre som er syke. Det kan være like vanskelig som å være bak en låst dør, man trenger også hjelp til å bearbeide det at man har møtt på så mange syke mennesker.***

### **De ville holde meg lengst mulig innlagt – og mest mulig medisinert**

De av informantene som var mest kritiske til tvangsmedisinering, så denne som en del av psykiatriens maktutøvelse og sin egen maktesløshet i tvangssituasjonene. En brukte det å ”ende opp med ei sprøyte i rævva” som et bilde på å bli tvangsinnlagt. Psykiatrien bestemmer når og hvordan folk skal få medisiner. En reagerte på at tvangsmedisineringen virket som en ubetydelig, til og med morsom affære for de som utførte den, i motsetning til hvordan de selv opplevde det.

***De ville holde meg lengst mulig innlagt - og mest mulig medisinert.** Jeg synes bare tvangsmedisinering kan forsvares i et akutt tilfelle der det er nød, og dreier seg om å redde liv - og her er det jo nærmest motsatt. Jeg fikk ikke medisiner når jeg hadde akutt behov for det, og så ble jeg tvangsmedisinert i ettertid med medisiner jeg ikke ville ha.*

### **Selve medisineringen er bare grusomt**

Enkelte av informantene var svært kritiske til tvangsbehandling med antipsykotika. Disse mente effekten var minimal og langtidsbivirkningene uakseptable, og at psykiatrien bruker medisiner for ofte og i for store doser. De fremhevet ubehaget ved å være påvirket av medisiner en selv ikke ønsker å være påvirket av. Ingen syntes å beskrive egne erfaringer med bivirkninger ved overdosering, selv om en nevnte muskelstivhet i en annen sammenheng.

*Jeg forstår ikke hvordan det kan regnes som behandling –for det er jo mishandling. De skal gi kjemikalier som ødelegger kroppen din, og som ikke er godt for noe. Jeg kan ikke skjønne at noen er fornøyd med medisiner. Jeg opplever at de pøser på med medisiner i store mengder. Hvis det ikke er helt akutt, så har ikke den personen i utgangspunktet noe bruk for medisiner. **Selve medisineringen er bare grusomt.** Ender bare opp med bivirkninger og ødelagt kropp. Bivirkninger korter ned livet med 15 år, bivirkninger ødelegger for vanlig levesett, en får redusert livskvalitet.*

## **Opplevelser av relasjoner til helsepersonell**

### **En generell opplevelse av lite respekt**

#### ***Nedlatende holdning og distansering***

De fleste av informantene opplevde seg lite respektert av miljøpersonellet ved akuttinnleggelsen. De så at de snakket og spilte spill seg imellom, men lite med pasientene, som opplevde seg ekskludert fra sosiale sammenhenger. Mange satt med en opplevelse av at det ikke var tid til dem, miljøpersonalet var stadig opptatt og ville sjelden sette seg ned og prate. Hvilestolen forbeholdt nattevakter signaliserte at de friske ansatte er mer verdt enn de syke pasientene. Flere følte at miljøpersonell for det meste distanserte seg fra dem, og ofte viste en nedlatende holdning, selv om det var enkelte unntak.

*Det var så nedlatende holdning blant pleierne. På akutten så synes jeg de lyttet veldig dårlig og at de respekterte meg veldig lite. Det er generelt veldig lite respekt. De aller fleste distanserte seg fra pasientene, unntatt de som var virkelig gode. De pratet om seg selv, med hverandre, spilte kort med hverandre, få av dem bryr seg om og er hyggelige. Når men synes smil og hei fra vaskepersonalet er det hyggeligste og mest empatiske man har opplevd, så er det faktisk ille. De pratet litt med oss, ellers var det bare å levere mat og sånt. Det gir dårlig signaleffekt når du har en svær lenestol stående midt på gulvet, og så er det bare personalet som kan bruke den. Det er som å si at siden vi er friske så er vi mye mer verdt. Jeg har en sykdom sånn som veldig mange andre kronikere, det bryr ikke at jeg skal bli behandlet nedlatende, eller være mindre som menneske av den grunn.*

#### **Jeg synes de burde slutte å le av folk som får tvangsmedisinering**

Noen av informantene opplevde lite empati fra omgivelsene ved akuttinnleggelsen, og mente dette var en viktig årsak til at de ikke trivdes. En opplevde seg ikke respektert i forhold til sine opplevelser av smerter, bivirkninger eller tvangsmedisinering. En informant peker på vanskeligheten i å forstå slike situasjoner utenfra.

*På akutten ble jeg møtt med en holdning som var uempatisk. Uvennlig. Ingen omsorg. Jeg synes det var følt å være der pga mangelen på empati. Fysioterapeuten brydde seg; ingen av de andre. De er ekstra uempatiske når det gjelder medisinering. De respekterer ikke mine opplevelser av bivirkninger; forklarer meg ikke hvorfor jeg skal ha antipsykotika, hva det skal gjøre for noe bra i livet mitt. De ville ikke medisinert sine egne, men andres barn, det var helt greit. Første gangen stod de og lo mens jeg fikk medisiner. Det var grusomt, umenneskelig. Jeg synes de burde slutte å le av folk som får*



*tvangsmedisinering. En som ikke har mistet kontrollen over seg selv, skjønner kanskje ikke hvor vanskelig det er å se hva som kunne ha blitt gjort annerledes.*

## **Lite anerkjennende opplevelser**

### **Hvorfor snakker de slik til pasientene?**

En av informantene opplevde at helsepersonellet oppførte seg annerledes enn det hentesituasjonen skulle tilsi. Tonen var ikke høflig og alvorlig, men heller munter og dagligdags. Det gjentar seg inne i avdelingen, hvor et ønske om god helg i forbifarten ikke oppleves særlig hyggelig for pasienten - som satt på rommet sitt og gråt. Pleierne kunne fortelle om underlige episoder fra eget liv, som levende planter, bisarre mareritt og sære preferanser.

*De oppfører seg som om det er hyggelig å bli hentet, enda de vet jeg har klaustrofobi, panikkangst og medisinfobi. De later som om det ikke er et problem. Ingen av dem snakker med meg som skal legges inn, håndhilser eller noen ting. Det er bare sånn "Hei, nå er vi her for å legge deg inn". "Du skal hentes, være med oss" med sånn blid stemme.*

*En som var hyggelig kom innom og sa "God helg da" med sånn superkoselig stemme, mens jeg satt i en krok på rommet, og gjemte meg og gråt. En annen pleier kom løpende og spurte hva det var. Jeg sa jeg ikke ville snakke med ham, men han ga seg ikke, hentet ikke noen andre, jeg fikk i stedet kjeft for å gråte.*

*Hun ene pleide å fortelle barna sine at et tre de hadde i stua var allergisk mot papir. Han ene på akutt fortalte om en drøm han hadde hatt, hvor han ble angrepet av fugler, hadde fått sår, og stappet hånda i munnen sin. En annen pleier, hun kunne bare gå i visse prøverom for å prøve klærne sine i butikken, hun syntes det var logisk og normalt.*

### **Hvorfor forteller de slikt til pasientene?**

### **Noen var autoritære og firkanta**

Flere av informantene omtalte personalet som autoritære og 'firkanta', og hadde opplevd det som om enkelte likte å bestemme herse med pasientene, og at det var derfor de ville jobbe der. Det ble stadig henvist til regler og prosedyrer, samtidig som en av informantene mistenkte at noen regler ble oppdiktet av personalet der og da. Flere pekte på at yngre ansatte oftere både bruker og misbruker makt, noe en beskrev som direkte uempatisk. En opplevde det stressende med alle rutinene, og utsettelsene disse medførte. De aller fleste opplevde at personalet var mer forståelsesfulle og empatiske ved døgnavdelingen enn på akutt.

*De vurderer deg og du vurderer dem -eller du har ikke så veldig mye mulighet for å vurdere dem... De angriper deg ikke hvis de ikke er nødt til det, så lenge du forholder deg*

rolig, så forholder de seg rolig. Psykiatere kan hive meg i belter helt uten grunn, men det skjer jo ikke så veldig ofte at folk blir lagt i belter. Noen av dem jeg kaller firkanta, følger regler og prosedyrer til punkt og prikke. Det er langt fra alle. Noen bruker autoritet uten å bli stilt til ansvar. Typiske eksempler er å dikte opp regler ved behov. De unge kan være fullstendig uempatiske. Der er det direkte maktmisbruk. Noen liker tydeligvis å herse med pasientene; **Jeg bestemmer, du skal.** Jeg blir stresset av at ting SKAL gå langsomt; alle ting; mat permisjon, å gå en tur.

### **De burde tatt seg mer av pasientene**

På akuttavdelingen opplevde mange av miljøpersonellet var lite tilstede og ikke tok seg tid til dem. De følte seg lite ivaretatt. Ønsker og henvendelser måtte ofte vente, og kunne bli glemt. Flere opplevde det vanskelig å få oversikt over og huske hvem man skulle hevende seg til.

*De burde tatt seg mer av pasientene på akutt. kontaktene var jo aldri tilgjengelig, de fløy ut inn og ut mellom skjerma og vanlig avdeling. Det forventes mye av oss, vi må spørre, spørre igjen, ting glemmes. Det stod et navn på en kontakt på en tavle, men folk gikk ikke med navneskilt, så det å være psykotisk og samtidig bli pålagt å huske navn og ansikt på mennesker, det var litt for mye krevd.*

Noen opplevde det som om mange av de ansatte engasjerte seg lite i pasientene, og var mer interessert i å sitte på vaktrommet enn å være sammen med dem. Når miljøpersonellet var ute opplevde flere at noen bare observerte dem for å kunne skrive rapport, og ikke interesserte seg for hvordan de egentlig hadde det. Flere ønsket at miljøpersonellet hadde tatt seg mer tid til å sette seg ned og prate med dem, lytte og kanskje gi noen svar, uavhengig av kontakttrolle. Mange ønsket seg noe mer enn korte beskjeder og formelle høflighetsfraser.

*De tok seg ikke nok tid til pasienten. Du kan ikke bare komme inn og være høflig i to sekunder og gi en beskjed om et eller annet. **Du må faktisk ta deg tid til å sette deg ned med pasienten.** Jeg opplever ikke at de lytter i noen særlig grad. De kan aldri svare. Du henvender deg til den første og beste du ser, og du får til svar nei, henvend deg til kontakten din. Det varierer veldig hvorvidt en person er interessert i å ofre tid, **veldig få engasjerer seg noe spesielt av de ansatte.** Du har eksempler på en ansatte som bare sitter og løser kryssord i 6 timer, skriver en rapport og går hjem. Ellers så var de på kontoret da, mange glemte seg mye på vaktrommet. **Vi ble overlatt mye til oss selv.** Nattevaktene bare lå der, på noen svære lenestoler, og observerte oss når vi gikk forbi. Ingen som spurte hvordan det gikk, eller hvorfor du var oppe om natta. **Jeg fikk vel egentlig ikke en relasjon til noen på akuttavdelingen.***

### **Det er enkelte av dem jeg kommuniserer bedre med enn andre**

Informantene opplevde store variasjoner innenfor de ulike kategoriene av helsepersonell. Mange tilla dette personlige egenskaper hos miljøpersonell og behandlere ved de ulike avdelingene. Noen pekte på ulikt samspill mellom ulike mennesker her som i livet forøvrig, mens enkelte beskrev gode relasjoner til miljøpersonell gjennom hele innleggelsen. De aller fleste kunne se klare forskjeller i dialogen etter hvert som tiden gikk fra innleggelsdagen. Noen mente også de ansatte på akutten ble bedre etter hvert. Flere mente dialogen ble påvirket av hvorvidt leger og miljøpersonell viser at de er tilgjengelige, og hvor vidt hjelperne brukte tid på å bli kjent med dem; her trakk mange fram forskjellen mellom akutt og døgnavdeling. Noen av informantene påpekte også at de selv hadde en innvirkning på dialogen; *følelsen en har av å være lagt inn og innesperret, og det at en selv har en dårlig dag kan påvirke relasjonene, sa en.*

*På akutten var det litt opp og ned, noen av dem ble bedre etter hvert, en måtte bli kjent med dem først. Selv om de har felles utdannelse så vil ikke det dermed si at de forholder seg likt til alt mulig, menneskelige relasjoner eller utøvelse av faget. Sånn er det her og, faktisk. Det er enkelte av dem jeg kommuniserer bedre med enn andre.*

*Man må ta seg tid til å bli kjent med pasientene først. Hvordan man har det følelsesmessig når man er lagt inn og føler seg innesperra, kan jo påvirke relasjonene til helsepersonalet; det kan bli litt skjær i sjøen. men i det store og det hele så synes jeg det fungerer greit. Her kommuniserer alle pasientene med personalet, det er mye høfligere, greiere tone og mer samarbeid. Det fungerte mye dårligere på akutten.*

## **Hjelpsomme relasjoner**

### **Pleierne forstod nok at jeg hadde mistet grunnfundamentet**

Ikke alle, men de fleste informantene opplevde likevel at noen forsøkte å hjelpe dem i løpet av akuttinnleggelsen. Tillit og kjennskap fra tidligere gjorde at legens forslag om undersøkelse kunne godtas. En hadde inntrykk av å bli forstått og opplevde støtte. Enkelte av informantene hadde ikke møtt noen hjelpsomme terapeuter ved denne innleggelsen.

*Heldigvis så ringte en av overlegene fra DPS som jeg kjente fra tidligere og som jeg hadde tillit til, som ba meg komme opp og ha en undersøkelse. Både politiet og helsepersonellet ville prøve å hjelpe meg best mulig. Pleierne forstod nok at jeg på en måte hadde mistet grunnfundamentet mitt. De prøvde å støtte meg, være på min side og hjelpe meg på beina igjen.*

### **Det var ikke noe samarbeid**

Flere opplevde lite innflytelse på behandlingen, samarbeidet handlet mer om å gjøre det en ble fortalt enn om det pasientene opplevde som sine behov. De som ønsket en grundigere vurdering av diagnosen sin opplevde ikke å få hjelp til dette fra behandleren. En informant kunne ønsket seg bedre forklaring av hva som skjedde under akutttoppholdet.

*På akutten var de ikke så flinke til å forklare meg hva som skjedde, verken pleierne eller legene - jo, den ene legen var flink.. **Samarbeidet på akutten var vel ikke det beste.** De stilte de samme spørsmålene hele tiden mens jeg var der, virket veldig lite interessert i å prate om noe annet. Familien forklarte meg at jeg bare måtte gjøre som legene sier. Behandleren ga meg først feil diagnose, påstod den kom fra dette sykehuset. Jeg protesterte, han ringte tilslutt og fikk den riktige diagnosen – men ville ikke rette det opp. Det er nesten helt umulig å få en uavhengig vurdering, da må du innhente en uavhengig lege, som ikke jobber for det offentlige, og som har en annen overbevisning.*

### **Dyktige og erfarne pleiere**

Blant de fleste informantene, opplevdes flere av terapeutene ved døgnavdelingen og enkelte ved akuttavdelingen som dyktige og hjelpsomme. Ro, dyktighet, erfaring og tilstedeværelse fremstår som viktige egenskaper hos de gode terapeutene, både behandlere og sykepleiere.

*Her fikk de roet meg ned, jeg ble møtt med en veldig ro. Jeg har fått en dyktig og erfaren psykolog her, som har fått satt ting veldig raskt på plass. **Det merkes at de som jobber her har ulik utdanning og tankemåte angående psykiatri.** Det er både positivt og negativt. De veldig smarte, som har jobbet mange år, synes jeg er de beste. De har møtt mange forskjellige diagnoser og mennesker. Det er en her som husker alt, vet alt, kan alt, og er veldig fantastisk. Det var jo en pleier på akutt som var virkelig flink også.*

### **Riktige mennesketyper**

Flere av informantene delte inntrykket av at det var for mange ufaglærte med for lite erfaring på akutten. Samtidig var de selv i en sårbar fase hvor de hadde behov for at hjelperne deres var trygge og pålitelige. Enkelte møter og iakttagelser av ufaglærte ble beskrevet som traumatiserende og skremmende. Flere mente det bør stilles høyere krav til dem som skal jobbe med syke mennesker; en nevner personlighetstester og sortering av egnede mennesketyper.

*Alle som jobber på akutt er ikke faglærte, det er en del ufaglærte. Jeg synes de hadde for mange unge medarbeidere, som ikke hadde erfaring eller ro til å håndtere vanskelige situasjoner. **I en så sårbar fase så bør det være riktige mennesketyper som jobber på en akuttavdeling.** Jeg opplevde at det kanskje forverret sykdommen.*

## **Holdninger til å søke og motta hjelp senere**

### **Opplevelsen av at oppholdet var til hjelp**

#### ***Jeg trodde jeg var helt frisk og at psykiatri var bare tull.***

De fleste hadde verken ønsket å legge seg inn frivillig eller bli tvangsinnlagt, og mente det ikke var nødvendig å være der, fordi de ikke så seg selv som syke da de ble tvangsinnlagt. En sa situasjonen på akutt opplevdes helt forskjellig der og da, i forhold til når han så tilbake på den i ettertid. Følelsene spilte en større rolle enn vanlig. Meldinger ble sendt fra mobiltelefon som der og da virket viktige, men i ettertid ble angret.

*Jeg trodde jo at jeg var helt frisk og at psykiatri var bare tull. Hvordan verden ser ut kommer an på menneskene som opplever situasjonen. Jeg var for dårlig til å kunne vurdere bidragene fra de forskjellige helsearbeiderne rent objektivt, det blir veldig mye følelser. Man innser ikke at man må bli satt begrensninger for. Jeg ble jo fratatt mobiltelefonen, og det var også lurt, for jeg fant jo på mye tull med mobiltelefonen som var til skade for meg i ettertid. Det er livsfarlig å ha.. Jeg skrev jo masse rart på facebook, og sendte rare meldinger...*

### **Skulle hatt mer stabile mennesker rundt meg**

Stabilitet, oversikt og forutsigbarhet fremheves av flere informanter som viktige bedringsfaktorer under innleggelsen. Flere savnet spesielt dette på akuttavdelingen. Flere var opptatt av å få vite hvor lenge en skulle være innlagt. Noen ønsket også at behandlingen skulle sikre nok psykisk stabilitet til å unngå stadig nye innleggelseser.

*Det var for mange unge medarbeidere på [akutt], som ikke hadde erfaring eller ro til å håndtere vanskelige situasjoner. Jeg opplevde at det kanskje forverret sykdommen. Det var for mye rot der. En akuttavdeling med så mye rot, og så mye rart personale, det var ikke optimalt. Hadde jeg hatt mer stabile mennesker rundt meg, kunne jeg kanskje stabilisert meg selv raskere.*

*Det beste som skjedde var at legen der tok meg på alvor, og fikk henvist meg hit. At jeg ikke ble en svingdørspasient som man bare stabiliserte litte grann, ble sendt ut på dør igjen, og som man trodde det skulle gå bra med.*

### **Jeg fikk gode forklaringer på hvorfor jeg var tvangsinnlagt**

Det hjalp å få en forklaring på hva som skjedde, og tid til forstå og å bearbeide det som hadde skjedd, både hva en selv og omgivelsene hadde gjort. Håp om å bli utskrevet igjen, at livet ville fortsette som før, tross for at det meste nå var satt på vent. Forståelse og støtte fra familie var

viktig for flere, men ble i ulik grad opplevd å være tilstede under innleggelsen. Blant dem som delte psykiatriens forståelse av sykdommen, var det til hjelp å forstå denne bedre, også med tanke på eventuelle senere innleggelser.

*På akutten var det bare en lege som forklarte meg hva som skjedde. Her har jeg fått satt ting raskt på plass, og jeg har fått tid til å bearbeide. **Jeg fikk gode forklaringer på hvorfor jeg var tvangsinnlagt**, og ganske raskt signaler om at jeg skal tilbake til familie og jobb. Hvis det blir en neste gang på akutt, håper jeg de forklarer meg at det er sykdommen som bryter ut igjen.*

### **Jeg er glad i dag for at det ble satt begrensninger for meg**

De fleste informantene beskrev konflikter i møte med hjelperne, men flere så i ettertid også at begrensninger hadde vært viktig i akutfasen. En nevnte dette konkret i forbindelse med telefon og meldinger til omverden, mens andre trakk inn det at en hindres fra å skade andre.

***Jeg er glad i dag for at det ble satt begrensninger for meg.** De tok kontroll over meg. Det gjorde at jeg ikke gjorde noe dumt, at ting ikke utartet, og det bidro til at jeg fikk en diagnose. Man bør kanskje ikke være så strenge med bevegelsesfriheten, men heller fokusere på kommunikasjonsmidler, og at det foregår under kontrollerte former.*

### **De har hjulpet meg med å finne ut av ting**

Praktisk hjelp og tilrettelegging for livet etter utskrivelsen hadde vært viktig for noen.

***De har hjulpet meg med å finne ut av ting**, slå opp på dataen og sånt. Her gjør de det, på akutt var det bare sosionomen som hjalp til. Jeg fikk hjelp til å skaffe ny telefon, briller, klær.. Så jeg har jo kommet et stykke på vei. Jeg må jo nå prøve å tilrettelegge for et stabilt liv i fremtiden. Sånn er livet, en må gi slipp på noe for å få.. noen andre goder.*

### **I ettertid så er jeg glad for både tvangsinnleggelsen, og at noen tok kontroll**

Flere av informantene betegnet oppholdet som en nødvendig opprydning i livet sitt. De hadde selv fått mer kontroll over en situasjon som var vanskelig og uoversiktlig før de ble innlagt.

***I ettertid så er jeg glad for både tvangsinnleggelsen, og at noen tok kontroll.** Det er positivt å ha fått god hjelp i en vanskelig situasjon. Jeg har hatt en del uorden i livet mitt som jeg kanskje har sortert og fått satt på plass nå, fått ordnet opp i en del av problemene. Jeg synes egentlig det har kommet positive ting ut av det, fått orden på det helsemessige, medisineringsa, sånn sett ser jeg litt lysere på det*

### **Har fått kontroll over sykdommen**

En av informantene beskriver oppholdet som en nyttig erfaring, hvor han ble bedre kjent med seg selv og fikk bedre innsikt i og kontroll over sykdommen. Han så nå på innleggelsen og diagnosen som et utgangspunkt for å jobbe videre med seg selv i en bedringsprosess. Flere opplevde totalt sett å ha kommet styrket ut av innleggelsen.

*Alt det som legene sa, sa skulle komme til å skje, har skjedd. Jeg tror at jeg kommer til å ta det som en erfaring i livet, som på en måte letter min hverdag, det er liksom befriende å ha fått en diagnose som stemmer, **har fått kontroll over sykdommen**. Du må jo jobbe med deg sjøl hele tida. Jeg tror ikke jeg vil bli plaget eller får mareritt om tvangsinnleggelsen. **Etter at jeg kom ut av skjerma var det litt greiere**. Og da jeg vant saken i Kontrollkommisjonen, slapp det tvangsinnleggelses-jernteppet, så følte jeg at jeg fikk kontrollen tilbake, at jeg var et fritt menneske likevel. Det føles litt friere når du har utgang; når de har tillit til at du ikke skal stikke av så får du muligheten til det.*

### **Det hjalp å bli kvitt tankeklusset**

Flere av informantene sa i ettertid at medisinene var til hjelp. Mindre tankekluss, lysere syn på livet og bedre fungering var viktig for en av dem. En annen kunne strekke seg til midlertidig symptomlette som noe positivt i en helt akutt situasjon.

***Det hjalp å bli kvitt tankeklusset**. Ser litt lysere på det. Har fått byttet noen andre medisiner, så det fungerer bedre nå. Medisinering er ikke behandling. du kan medisinere bort symptomer, men du løser ikke problemet som skaper symptomene.*

### **Hvis jeg ble syk igjen, hadde jeg søkt på en døgnenhet**

Informantene fortalte om økt opplevelse av frihet og kontroll i løpet av oppholdet, og om det å oppleve tillit fra omgivelsene. De nevnte overganger fra akuttavdeling til psykoseavdeling, fra å måtte ha følge til å kunne gå ut alene, og for noen fra tvangsinnleggelse til frivillig paragraf.

*Det at jeg vant saken i Kontrollkommisjonen roet meg ned, jeg følte jeg fikk kontrollen tilbake, litt som en bekreftelse på at jeg var et fritt menneske allikevel. Nå har jeg fått utgang da. Siste uke fikk jeg 30 minutter alene, nå har jeg to timer. **Det føles friere, når du får litt utgang**. På akutten hadde jeg følelsen av å være innesperra helt totalt, her er det jo ergoterapi, vekttrening, og så fra dag en fikk jeg lov til å sitte ute å røyke. Bare det å sitte ute er en frihet, faktisk. Her kan du jo gå ut og inn bare ved å trykke på en knapp; når de har tillit til at du ikke skal stikke av, så får du muligheten til det. **Hvis jeg ble syk igjen, hadde jeg søkt på en døgnenhet**, ikke på akutten eller noe sånt.*

### **Et fellesskap i det å være syk**

Fellesskapet med miljøpersonell og andre pasienter og miljøpersonell under oppholdet kunne oppleves som både en støtte og en belastning. Noen opplevde det som verdifullt å tilhøre pasientfellesskapet, og kunne både få støtte og bidra med noe positivt ovenfor andre, men samtidig kunne det være belastende å måtte forholde seg til andres problemer og lidelse. En betegnet det å bli invitert med på utsiden for å røyke sammen med miljøpersonellet som noe sosialt, mens mangelen på sosial kontakt i akuttfasen ble oppfattet negativt.

*De som er ressurs-sterke finner et fellesskap i det å være syk, en hjelper hverandre så godt en kan, prøver å gjøre hverdagen lettere for hverandre. På akuttten virket det litt asosialt, lite fungerende. Her kommuniserer alle pasientene med personalet. Det er en som jobber her som pleier å invitere pasientene med på røykepauser. Det er sosialt, styrker samholdet mellom pasienter og personale. Da får man mer kontakt, får prata litt på utsiden, liksom.*

### **Det har ikke vært noen fantastisk bedring**

Enkelte så ikke at noe ved oppholdet hadde bidratt til bedring i det hele tatt; tatt i betraktning at de hadde blitt tvangsinnlagt og fortsatt var det. Tvert om hadde oppholdet både skapt nye problemer, og stod i veien for alternative måter å bli bedre på.

*Det har ikke vært noen fantastisk bedring. Har aldri opplevd at noe har vært til hjelp ved noen tvangsinnleggelse. **Jeg vil ikke være tvangsinnlagt, det må da være andre måter.** Jeg kunne fint vært ute i terapi, kunne da hatt behandling i sammenheng med resten av livet mitt, og fått levd.*

### **Venner kan ha lite forståelse for at man har vært innlagt**

Flere nevnte tvangsinnleggelsen og sykdomsperioden som en mulig kilde til stigmatisering. Facebook på mobilen var en kilde til uro, men også nære venner kunne ha lite forståelse. En opplevde negativ holdning hos NAV, og forventer det samme hos eventuelle arbeidsgivere.

*Venner kan ha lite forståelse for at man har vært innlagt. Plutselig kan jo 200 stykker på vennelista di på Facebook finne ut at du har en skrue løs, selv om du ikke hadde ønsket det. Jeg tror etter egen erfaring at NAV har en mer negativ holdning til mennesker som har vært i psykiatrien. En eventuell arbeidsgiver vil oppfatte det at jeg har vært innlagt som ugreit, ingen sier **”Så fantastisk, du har hatt et psykiatrisk opphold!”***



## **Erfaringer med frivillig innleggelse**

### **Jeg fikk vel ikke akkurat den hjelpen jeg trengte**

Informantene hadde erfaring med frivillig behandling. Noen hadde oppsøkt hjelp frivillig og ble tvangsinnlagt. Tvangsinnleggelsen kunne også oppleves som frivillig, på tross av formalitetene.

*Jeg har ikke noe problem med samtaler på DPS, det har jeg gjort tidligere. **Jeg har lagt meg inn frivillig når jeg har vært i en vanskelig situasjon.** Det at jeg samtykket til innleggelsen gjorde nok at situasjonen ikke ble enda verre. Jeg har bedt om hjelp før. Da ble jeg først lagt inn frivillig og så overført til tvang i fire måneder. Da jeg skulle spørre fastlegen om henvisning til spesialist, ble han plutselig opptatt med noe annet, og så havnet jeg her litt etterpå.*

Flere hadde fått frivillig hjelp etter forrige tvangsinnleggelse, men ikke slik de kunne ønsket.

***Jeg søkte hjelp på frivillig basis etter den forrige utskrivelsen, men det har vært så som så med det.** Du ser hvor jeg sitter nå, fikk vel ikke akkurat den hjelpen jeg trengte. Jeg gikk til behandling hos en som var rettspsykiater. Han snakker om diagnoser og skolegang, vil ikke snakke om barndommen eller kurere fobier.*

### **Det er vanskelig å komme inn i psykiatrien**

Flere hadde forsøkt å få hjelp via fastlegen før det ble for ille, men erfarte at det var vanskelig å få både time og henvisning videre før det ble akutt. En hadde forsøkt å legge seg inn via akutt, men blitt utskrevet etter at akuttavdelingen hadde kontaktet DPS'et hvor han allerede var i behandling. Flere opplevde at det frivillige behandlingstilbudet var for lite tilgjengelig.

*Det tar jo flere uker å få time hos fastlegen, så det må det bli legevakta hvis det er akutt.*

***Det er vanskelig å komme inn i psykiatrien.** Jeg har lagt meg inn flere ganger frivillig, og fått beskjed om at jeg skal skrives ut igjen etter noen få dager, fordi DPS hevder jeg er frisk. Andre gangen var jeg visst ferdigbehandlet etter noen få dager, medisinene var ikke bra for meg, og jeg skulle skrives ut. Jeg var vel ganske frisk på det punktet, jeg vet ikke.*

## **Holdninger til å søke hjelp ved senere behov**

### **Jeg kommer ikke til å oppsøke hjelp hos en behandler igjen**

Informantenes syn på tilbudet kunne se ut til å henge sammen med erfaringene med og uten tvang. Enkelte så på frivillig behandling og brukerorientert dialog som en forutsetning for å kunne ta imot hjelp, mens en mente risikoen for å bli feilaktig tvangsinnlagt igjen gjorde det best å holde seg unna både fastleger og DPS-er etter utskrivelse. Flere mente behandlingstilbudet ute

var for lite tilgjengelig og tilpasset deres egne behov, og noen mer enn antydte også at dette kunne medvirket til at tvangsinnleggelse hadde blitt nødvendig.

*Hjelp får du først når det er på frivillig basis, der har du plutselig en dialog og en situasjon der hjelpepersonalet må forholde seg til ønskene til personen. **Men jeg kommer ikke til å oppsøke hjelp hos en behandler igjen, det ender med tvangsinnleggelse hver gang.** Jeg kan få resept på medisiner hos fastlegen, ut over det så må jeg bare klare meg selv. Det er ikke lagt opp riktig, ingenting er tilrettelagt for voksne.*

### **Jeg kommer til å søke hjelp, men privat**

Privatpraktiserende psykologer ble av flere trukket fram som et godt, men lite tilgjengelig alternativ. De fleste ønsket fortsatt et behandlingstilbud etter at tvangen var opphevet, og flere ville i ettertid gjerne benyttet en døgnplass uten tvang.

*Jeg kommer til å søke hjelp. Har ikke noen motforstillinger mot det egentlig, men jeg kunne godt tenkt meg å prøve en privatpraktiserende psykolog istedenfor DPS, jeg har hørt bra ting om de privatpraktiserende. I første omgang så ville jeg henvist andre til en liberal psykolog eller psykiater via *We Shall Overcome*. Hvis det ikke er helt akutt.*

Omtrent halvparten av de meningsbærende elementene kom med i utvalget her. Like mange utsagn måtte bli liggende igjen i analysematrisene, men bidro likevel til tematisering og inntrykk som farget helheten. Noen utsagn lot seg vanskelig sitere, men har likevel kommet med i rekontekstualiseringen. Sitatenes funksjon er således ikke «bevis» for ingressene, men illustrasjoner (Malterud, 2009). Ingressene og sitatene som ble med får tale for seg selv litt, før diskusjonen tar til i neste kapittel.

## **Diskusjon**

Under intervjuenes planlegging og gjennomføring ble det å få fram pasientenes egne erfaringer vektlagt, fremfor kollektive synspunkter nedarvet fra andre. Ved ny gjennomgang av tilgjengelig litteratur og publiserte studier, finnes mange av pasientenes opplevelser igjen i det andre har sagt før. Problemstillingene rundt tvangsinnleggelse, relasjoner og opplevd nytte av oppholdet ble bekreftet og utdypet under intervjuene.

### ***Opplevelser fra tvangsinnleggelses-prosessen***

#### **Bekymrede omgivelser**

De av informantene som omtalte sine pårørende, oppga at familien forsøkte å overtale dem til å legge seg inn, og samtidig hadde mer eller mindre åpen dialog med fastlege. Relasjonen mellom pasienter og deres pårørende kan være avgjørende for hvordan en nødvendig innleggelse gjennomføres. Henting med politibistand og lege på døren kan bli nødvendig når pasienten ikke lar seg overtale av sine nærmeste til å la seg undersøke, men oppleves svært krenkende og kan ha bidratt til at noen av informantene vegret seg for å ta imot hjelp igjen. Tutor-rollen til pårørende ble fjernet under lovendringen 1. januar 2007 (HDIR. 2013). Pårørende som melder bekymring til fastlege eller legevakt har ingen formell rolle i innleggelsen. Pasienten slipper å se mor, far eller ektefellen sitt navn på vedtakspapiret hvor tvangsinnleggelsen er begrunnet. Pårørende fristilles til en mer støttende rolle under og etter innleggelsen, noe som igjen kan redusere behovet for tvungen fremstilling for lege, om det skulle bli behov senere. Tiltross for at den formelle tutor-rollen er tillagt innleggende lege, opplevde enkelte det krenkende når familiemedlemmer tok initiativ til innleggelse.

#### **Behandles som en farlig kriminell**

Voldssaker med psykotisk gjerningsperson får ofte mye offentlig omtale, og kan bidra til at andre med psykisk lidelse anses farligere enn folk flest, men også til at all psykiatrisk behandling kan oppfattes som en form for straff. Det nokså kompliserte forholdet mellom straffelov og psykisk helsevernlov står sjelden forklart på avisforsidene, og pasienter spør ikke sjelden hva de har gjort for noe galt for å bli innlagt (Norvoll 2013). Når påfallende atferd eller vrangforestillinger gis som begrunnelse for å bli innesperret, kan det oppleves svært urettferdig. Straff for «tankeforbrytelser» kan minne mer om totalitære regimer enn om omsorg. En tvangsinnlagt pasients subjektive oppfatning av hva tvangsinnleggelsen består i, vil kunne påvirkes av hvilket juridisk argument som er brukt i tillegg til psykosen. En reaksjon ved

voldshandlinger, trusler eller handlinger som fører til at en oppfattes farlig for andre eller seg selv, er lettere å akseptere. Svindseth et al. (2007) fant at krenkelsen over å oppleve seg feilaktig innlagt ofte er stabil over tid. Behandlingskriteriet hviler på at det å ha en antatt alvorlig psykisk lidelse er så alvorlig at den kan behandles uten samtykke, om den er alvorlig nok, og det avgjør legen. Det peker tilbake på hovedkriteriet, og blir svært vanskelig å akseptere for en som ikke ser seg selv som psykotisk. Noen informanter mente psykose i seg selv ikke burde være grunn nok til å bli innesperret, mens andre i ettertid satte pris på at andre så dette og grep inn for dem.

### **Tvangsmedisinering ble opplevd svært krenkende**

Når det er sannsynlig at pasientene vil få dempet en alvorlig psykose med medisiner, men de ikke vil ta disse frivillig, kan vedtak om tvungen behandling med legemidler fattes. Valgfriheten innskrenkes da til å svelge tabletter selv eller få en sprøyte, om nødvendig ved samtidig fysisk tvang. Noen hadde opplevd både autonomitap og injeksjoner som svært krenkende, de opplevde ubehagelige bivirkninger og merket ingen positive virkninger. Det fremkom ikke av intervjuene om alle pasientene ble tvangsmedisinert. Andre pasienter nevnte ikke injeksjoner, men hadde gradvis opplevd at medisinene bidro til bedring. Funnet bekrefter tildels tidligere forskning som anser tvangsmedisinering, særlig ved injeksjon, som svært krenkende (Lorem 2010). Noen ville i tråd med Schwarz et al. (2003), ikke ha hjelp av frykt for å bli tvangsmedisinert.

### **Oppsummering: Krenkende og belastende å bli tvangsinnlagt**

Flere opplevde vanskeligheter i forhold til omverden før innleggelsen, de fleste søkte ikke hjelp. Noen av dem som ble hentet av politi opplevde dette truende og krenkende. Noen aksepterte ikke innleggelse etter behandlingskriteriet, og opplevde seg fortsatt feilaktig anklaget og straffet som kriminelle. Tvangsmedisinering ble opplevd svært krenkende. Flere uttrykker at de først i ettertid forstod at de hadde trengt hjelp. Innelåsning, stadige avslag og syke medpasienter var belastende.

### **Relasjoner til helsepersonell**

Pasientene som ble intervjuet hadde vel så store forventninger til miljøpersonellens terapeutiske holdninger og atferd som behandlernes. De som var mest misfornøyde med behandlingen generelt, var også mer misfornøyde med behandlere, men hadde ulike opplevelser av samhandling med miljøpersonell. Blant miljøpersonell trakk pasientene fram faglærte som både de beste og de ”verste” medmenneskene, men flere viste også forståelse for at ufaglærte ekstravakter kan ha lavere relasjonskompetanse og evne til å håndtere vanskelige situasjoner. Flere viste noe skuffelse og overraskelse over at spesialisthelsetjenesten er bemannet med nokså få spesialister på miljøsidan.

## **Fremmedgjøring**

Selvbevisstheten og -refleksiviteten kan være hemmet ved alvorlig psykose (Skårderud et al.). Intersubjektive tilnærminger når da vanskeligere fram, pasienten har ikke tilgang til sitt eget subjekt, jeg-et mangler resonans. Dette er fenomenologiske beskrivelser av psykosediagnosen, som kan bidra til å forstå betydningen av symptomene, og hvordan de oppleves for den som har lidelsen. Beskrivelsene gjelder ikke uten videre for alle med psykotiske diagnoser, til enhver tid.

Vatne (2006) kritiserte Liv Strands lenge toneangivende psykoterapeutiske tilnærming til psykosepasienter (Strand 1990) for overgeneralisering; Ved en felles, løst formulert antakelse om at jeg-et mangler, og alle pasientene trenger vårt hjelpe-ego når vi ikke ser dette utenfra, går vi inn i et sett med grunnleggende antakelser som kan øke reifiseringen og fremmedgjøringen i relasjonsarbeidet. Reduksjonistiske myter og oppfatninger av psykiatriske pasienter som gruppe kan oppstå når avviksfokuset blir stort, slik det nok av og til også må være i akuttpsykiatri.

Endret sanseopplevelse, emosjonalitet, hukommelse og konsentrasjon er symptomer som *kan* finnes ved psykose. Tidligere kunne de sansemessige svekkelsene åpenlyst brukes til å forsvare smertefulle behandlingsformer, som senere ble ansett for inhumane. Holdningen finnes fortsatt, for eksempel ved tvangsmedisinering, og ved at det snakkes om ting som kanskje ikke er ment for pasientenes ører rett foran dem. Fortsatt opplevde pasientene at kroppslige smerter ikke ble tatt på alvor, og de ble avspist med «vent litt til - eller - snakk med noen andre» - til problemet kanskje ble glemt. En respondent som ikke var vant til å være på psykiatrisk sykehus reagerte på dette, og opplevde seg behandlet som annenrangs og mindreverdig.

## **De stod og lo som om det var morsomt med tvang**

Flere av pasientene opplevde at miljøpersonellet både hadde vært inautentiske og distansert seg følelsesmessig fra dem i flere situasjoner, enkelte ganger direkte straffende. Å forholde seg terapeutisk til en pasient samtidig som en utøver tvang, er en av de mest krevende oppgavene miljøpersonell møter, og vil normalt være følelsesmessig utfordrende. Terapeuter har ansvar for å bevisstgjøre seg sine ubevisste reaksjoner og ytringer, og håndtere dem på en forsvarlig måte innenfor relasjonen. Det kan være skadelig om terapeuter agerer på sine ubevisste motoverføringer (Schibbye 2009). Erfarne psykoterapeuter utagerer nok sjelden sine ubevisste psykiske frustrasjoner mot pasientene. På miljøterapeutsiden kan det imidlertid virke som om objektivitetsidealet står sterkere enn tanken om at vi også både påvirker og påvirkes i relasjoner. Om en skulle bli irritert, oppgitt, overbeskyttende eller få andre følelser ovenfor pasienten, oppfattes dette ofte som feil, urutinert og uprofesjonelt. Avverger hos pasienten tolkes lettere som bevisst manipulering. I miljøer hvor dette synet får prege kulturdannelsen, kan utfordrende

pasienter risikere å bli både latterliggjort, demonisert og dehumanisert blant hjelperne, også i de mest sårbare situasjonene (Vatne, 2006).

### **Hvem møter pasientene?**

En overordnet miljøterapeutisk oppgave er hjelp til økt selvfølelse, mestringsevne og å tåle mellommenneskelige relasjoner (Skårderud et al., 2010). Målene stammer fra psykoterapi, men miljøpersonell har sjelden like omfattende psykoterapeutisk utdanning som psykologer og psykiatere. Med unntak av spesifikt miljøterapeutisk organiserte enheter, er få av miljøpersonellet *utdannede* miljøterapeuter. Alle døgnenheter er heller ikke fullt bemannet med spesialsykepleiere eller -hjelpepleiere som tidligere (Kringlen, 2007), det er for kostbart. Lovverket stiller ingen spesifikke krav til utdanning, godkjenning eller veiledning for miljøpersonell, men *antallet* skal være tilstrekkelig. I kommentarene til Psykisk Helsevernforskriften §4 (Helsedirektoratet 2012a) kreves det at institusjoner med døgnopphold har tilstrekkelig kompetanse innen både psykoterapi og miljøterapi, i praksis minst en tilknyttet person med denne kompetansen.

Miljøterapibegrepet brukes fortsatt som uttrykk for spesialisert og individuelt tilpasset behandling, samtidig som ufaglært personell som deltar i den spesialiserte behandlingen, ikke nødvendigvis får nok opplæring eller veiledning i dette alle steder. Flere av pasientene sa de hadde møtt ufaglærte ekstravakter som verken oppfattet eller møtte deres behov da de var tvangsinnlagt med psykose. Terapeuter må være teoretisk reflektert, teoriene må være integrert og personliggjort. Praksis som bygger på utdaterte eller motbeviste teorier må endres. Terapeuter trenger teori om aktuelle fenomener for å få oversikt over egne handlinger (Schibbye, 2009). Om miljøterapi fortsatt skal være en integrert del av behandlingen for tvangsinnlagte psykosepasienter, bør enhetene definere hva miljøterapien skal inneholde, og finne plass til opplæring og veiledning (Kristiansen, 2010), også for ufaglærte .

### **Dannelse av anerkjennende holdninger i miljøterapi**

Imøtekommende og anerkjennende holdninger blir enda viktigere når mennesker er tvangsinnlagt, og ikke selv har bedt om å bli behandlet. Motstanden er ofte større enn i en frivillig behandlingssituasjon, truslene om fysisk og medikamentell inngripen mer overhengende. Tilliten til seg selv, og at andre kan og vil være til hjelp, kan være på bristepunktet. Om kulturen har et tydelig sett av medmenneskelige holdninger som uttalt rasjonale bak behandling, regler og rutiner, vil også handlingene våre uttrykkes på en mer human måte (Skårderud et al., 2010). Om behandlingskulturen derimot preges for mye av å se etter sykdomstegn og beskytte seg mot fysisk utagering, vil også dette kunne gjenspeiles i det vi sier og gjør i møte med pasientene.

Både Vatne og Norvoll viser at miljøpersonellets bevisstgjorte holdninger og relasjonelle fokus kan dempe konfliktnivået ved psykoseposter. Terapeutiske holdninger er mer kompliserte fenomener enn intervensjoner og teknikker. Holdningsendring krever arbeid og tid. Dialektisk relasjonsforståelse er ikke teoretisk felleseie. Institusjons-psykiatrien preges noen steder av lenge innarbeidete, ofte hierarkiske riter og rutiner, og kulturell enighet om hva en pasient er og hvordan pasienter flest skal behandles (Vatne 2006, Skorpen og Øye 2008, Kristiansen 2010). I mindre grad er det felles faglig forståelse blant behandlere og miljøpersonell.

Anerkjennelsesbegrepet har gjerne andre, mer eller mindre innarbeidete betydninger i behandlingsskulturene, hvor flere teorier gjerne har blitt brukt om hverandre over lang tid. En av eklektismens baksider er faren for begrepsforvirring. Begreper vi allerede har et forhold til og integrert, kan få mer uklar betydning om ny teori utvider innholdet. Anerkjennelse kan for noen beskrive avanserte mellommenneskelige fenomener, mens det for andre forblir et fint ord for «å gi ros», kanskje som atferdsterapeutisk forsterkning.

Ledere, behandlere og andre fagutdannede har mulighet til å påvirke sine behandlingsskulturer normativt, gjennom å undervise, forklare og veilede hverandre og de ufaglærte i relevante teorier og teknikker, og bruke viktige begreper riktig. Men holdningene gjenspeiles like mye i det vi sier og gjør utenfor de faglige fora, både i tiltale og omtale av pasientene.

## **Ulike mål**

Pasientenes opplevelser var preget av å være innesperret, å måtte be om lov til det meste, å ikke tørre å ta medisiner som kan endre tankene og følelsene deres. Opplevelsene er ekte, og danner kanskje grunnlaget for at pasienten tar kontakt – selv om samtalen starter med en ytre frustrasjon. Først gjennom å lytte til, og anerkjenne det den andre opplever, kan vi tre ut av den statiske vokter-rollen og bli en som vil og kan hjelpe (Vatne 2006). Mange gjør dette hele tiden. Noen finner det konfliktfylt å skulle anerkjenne fremmedartede og ulogiske oppfatninger, og imøtegår heller, realitetsorienterer eller grensesetter.

Avvisning bør ikke være vår første respons på emosjonelle ytringer. Umiddelbar anerkjennelse, ikke som ettergivenhet, men som uttrykk for respekt og oppmerksomhet (Schibbye 2009), kan ofte være en raskere vei til både relasjon og arbeidsallianse, enn automatisert grensesetting. Brukermedvirkning blir lett en retorisk formalitet i en ytrestyrt relasjon, mens utgangspunktet for en likeverdig relasjonsdannelse er at den hjelpetrengendes selvopplevde behov og opplevelser danner grunnlaget for dialogen. Måten vi møter pasientene på, påvirker dem. Relasjoner og arbeidsallianser rundt *felles* mål er viktige for bedring. Om ikke

behandling av psykose er et mål for den tvangsinnlagte selv, kan samarbeid om andre mål og mer konkrete problemer styrke relasjonen raskere.

### **Postatmosfæren**

Pasientene beskrev unisont raushet, forutsigbarhet og lavt konfliktnivå mellom pasienter og personell som viktige egenskaper ved miljø og miljøpersonell. I den grad dette var til stede opplevde de at dette bidro til bedring. Dette samsvarer med norsk postatmosfære-forsknings anbefalinger for psykosebehandling, som har sagt det samme de siste 20 årene ( Røssberg og Friis, 2004). Det vil alltid være en utfordring å tilrettelegge for dette ved en akuttavdeling, der mange akutt psykotiske pasienter er samlet på samme sted, og ofte trenger hjelp til å ta hensyn til hverandre. Beskrivelsene av lite oversikt, lite tilgjengelig miljøpersonell og stadige konflikter rundt pasientenes ønsker sammenfaller i tid med omorganisering og høy turnover ved akuttavdelingen i den aktuelle perioden. Strukturert terapeutisk tilrettelegging av miljøet avhenger både av tilstrekkelig antall kompetent miljøpersonell og felles integrerte rutiner og holdninger blant disse (Skårderud et al, 2010).

### **Oppsummering: Både krenkende og støttende holdninger fra miljøpersonell**

De fleste opplevde konflikt og krenkelser i samhandlingen med miljøpersonell. Miljøpersonell kunne oppfattes distansert, ekskluderende, nedlatende og straffende. Pasientene ønsket mer støtte, forutsigbarhet og at de ansatte tok seg bedre tid til dem. Noen mente det var for mange ufaglærte, spesielt ved akuttenheten. Disse ble oppfattet som mindre forståelsesfulle, mer rigide og villige til å bruke makt enn de mer erfarne, og dette førte til konflikter. Flere opplevde etter hvert å bli forstått og hjulpet, særlig av psykologer og erfarne sykepleiere ved psykoseenheten. Det å bli vist mer tillit, og få ta egne valg, ble av flere betegnet som særlig verdifullt.

### ***Motivasjon til å søke hjelp ved senere behov***

#### **Mange opplevde av at innleggelsen var til hjelp**

##### ***Behandling eller belastning***

Pasientene i utvalget skiller seg merkbart fra hverandre hva gjelder opplevelsen av hvorvidt den aktuelle tvangsinnleggelsen var til nytte eller ikke. En hadde ingen innvendinger. De fleste, også de som ikke opplever tvangsinnleggelsen som nyttig, er imidlertid vel så opptatt av kontakten med behandlere og miljøpersonell som selve tvangsinnleggelsen. De av pasientene som opplever nytte av tvangsinnleggelsen ytrer flere positive sider ved relasjonen, mens de som ikke opplever nytte av tvangsinnleggelsen ytrer klart flest negative relasjonelle opplevelser. Likevel er det en



viss balanse i begge grupperingene av utvalget. Viljen til å oppsøke psykisk helsehjelp ser ut til å ha mer sammenheng med tilstedeværelsen av positive opplevelser, enn fravær av negative.

### ***Paranoid, observant, eller kanskje begge deler***

I denne studien sa flere respondenter selv at de hadde vært paranoide. Økt paranoid beredskap kan gjøre at en lettere legger merke til krenkelses og motarbeidelser; maktmisbruk og overgrep kan bli dominerende forklaringsmåter på det som skjer. Viktigere enn å ta imot anbefalinger om behandling blir det å finne ut av hvilken side de ulike hjelperne står på, hvem som *egentlig* vil en vel. Med et fenomenologisk perspektiv som utgangspunkt, avfeies ikke fordreide opplevelser som uvirkelige, men tas med i det totale bildet. Det at flere av pasientene direkte og indirekte beskriver en økt krenkbarhet bør heller tas på alvor enn å brukes til å avfeie opplevelsene som ugyldige eller resultat av sykdom. De ulike hjelperne gjorde formodentlig så godt de kunne ved innleggelsen, men ble likevel ikke opplevd så ivaretagende som noen av pasientene kunne ønske. Mer forstående møter med krenkbare pasienter kunne kanskje bidra til at flere søkte hjelp senere.

### **Frivillig behandling for lite tilgjengelig**

Fastleger, psykologer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere utenfor sykehusene har i takt med desentraliseringen av psykisk helsevern overtatt mye av behandlingsansvaret for mennesker med psykiske lidelser. Mye av behandlingen, spesielt i rehabilitering- og oppfølgingsfase skjer i dag i regi av DPS og kommunehelsetjeneste. Privatpraktiserende psykologer og psykiatere fremstår som et mer attraktivt alternativ for flere av informantene, men de må som oftest finne en psykolog på egen hånd, psykologer med refusjon har mange måneders ventetid, og bare det mest ressurssterke mindretallet kan betale fullpris selv. Terskelen for å få hjelp fra det offentlige, når en oppsøker hjelpen selv, oppleves allerede unødvendig høy. En konsekvens av dette kan være at pasientene blir så syke at de *må* tvangsinnlegges, behandlingen blir mer akutt rettet, og *en får ikke nødvendigvis hjelp med det som opprinnelig var problemet*, slik en av informantene sa. Brukerstyrte innleggelser har bidratt til å redusere tvangsinnleggelser noen steder (Norvoll, 2008), men kostnaden og prioriteringsdilemmaet ved å ha ledige plasser har begrenset omfanget.

### **Oppsummering: Lav tilgjengelighet og trussel om tvangsinnleggelse**

Flere hadde forsøkt å få hjelp uten å lykkes før de ble tvangsinnlagt. Frivillige behandlingstilbud opplevdes for lite tilgjengelige og lite nyttige. De av pasientene som selv opplevde god nytte av behandlingsoppholdet, ville ta kontakt hvis de skulle få behov. Noen så ingen nytte av tvangsinnleggelsen, og ville ikke ta kontakt igjen av frykt for å bli tvangsinnlagt. Disse ville imidlertid gjerne hatt behandling hos private psykologer, om disse hadde vært tilgjengelige.

## **Metodekritikk - Overførbarhet og reliabilitet**

### **Hvem svarte – om overførbarhet**

Studiens inntreden i tvangsfeltet med forskningsetisk pålagt frivillighet belyser det paradoksale ved tvangsforskning; Mennesker kan tvinges til behandling, men ikke til å si hva de mener om den. Uttømmende svar på hvordan *alle* pasientene selv opplever tvangsinnleggelsen blir vanskelig å oppnå. Det ville være både etisk og metodisk håpløst å samle inn uttalelser om tvang fra alle tvangsinnlagte pasienter med psykoselidelser. De som ikke deltok sin demografi, diagnoser eller grunner for å ikke ville delta i denne studien kan ikke oppgis ut over eksklusjonskriteriene, og da blir det vanskelig å sammenligne. Randomiserte undersøkelser med ulik tvangsbehandling ved samme diagnoser blir menneskeretts-stridig vilkårlig bruk av tvang. Randomiserte studier med tvangsbruk mot frivillige utvalg som er representative for gruppen, men ikke behandlingstrengende, er foreslått (Diseth, 2013), men kan få rekrutteringsproblemer.

Nyere registerstudier har pekt på diagnostiske og demografiske fellestrekk blant pasienter som tvangsinnlegges oftere enn andre. Paranoid psykoselidelse, rus, lite sosialt nettverk og liten interesse av å få behandling er blant fellesnevnerne (HDIR. 2013). Utvalget hadde vært innlagt mellom 1 og 10 ganger tidligere, gjennomsnittlig 5. Samtidig kunne respondenter ha sammenfallende opplevelser uavhengig av antall innleggelser. Ut fra antall innleggelser alene kan funnene likevel kan ha en viss overførbarhet til de hyppigste tvangsinnlagte. Diagnoser ble ikke innhentet fra behandlere, og jeg har i det lengste forsøkt å begrense diagnostiske tolkninger av opplevelsene. Likevel er det kjent sammenheng mellom paranoide tolkninger og intensiteten i opplevd krenkelse (ikke-anerkjennelse), som både kan gjenfinnes i ovennevnte registerdata, og i noen av respondentenes opplevelser. På opplevelsesnivå tør jeg anta en relevant overførbarhet.

### **Om subjektiv sannhet og reliabilitet**

I denne studien ble metodetriangulering unngått til fordel for fokus på pasientenes opplevelser. Jeg ville unngå ekstra «filtre» i form av diagnoser, begrunnelser for fortsatt behandling, og kulturelt pregede beskrivelser fra miljøpersonell og behandlere. En konsekvens av dette valget er at verken pårørende, miljøpersonell eller behandlere sine oppfatninger av situasjonene fremkommer. Beskrivelsene av pasientenes opplevelser ble dannet i dialogen under intervjuet, preget av en tydelig interesse for pasientenes perspektiv, og ikke alle andres. Dette kan ha bidratt til en vridning mot de områdene hvor informantene oppfattet situasjoner ulikt sine omgivelser.

En informant hadde bare godt å si om oppholdet og de ansatte, og formulerte seg formelt og høflig under hele intervjuet. Kan hende hadde informanten ingen negative erfaringer, men det kan også tenkes at intervjusituasjonen ble oppfattet annerledes enn planlagt. Det ensidig positive

fokuset kan ha skyldtes en usikkerhet rundt mulige konsekvenser av det som ble sagt, og hvordan forskeren og dennes kolleger ville forvalte de opplysningene som ble gitt. Øvrige informanter viste størst engasjement rundt det de opplevde som dårlig behandling, kanskje fordi de oppfattet at intervjuet åpnet spesielt opp for dette. Disse oppfattet neppe intervjueren som en del av det psykiatriske systemet de kritiserte. Under noen intervjuer fikk jeg en fornemmelse av å møte negative beskrivelser med større interesse enn planlagt, noe som kan ha bidratt til rikere beskrivelser av negative enn positive opplevelser. De fleste fortalte om både positive og negative opplevelser, og ved intervju, analyse og presentasjon av funnene har en balanse vært tilstrebet.

## **Konklusjon**

Intervjuene ga, i tråd med intensjonen, rike beskrivelser av pasientenes opplevelser ved tvangsinnleggelse; både ved innleggingsprosessen, i møte med miljøpersonell og i holdninger til å søke hjelp. Det siste, og kanskje mest interessante forskningsspørsmålet, kunne besvares ved hjelp av nyansene den kvalitative metoden hadde åpnet opp for.

## **Nytt funn: Opplevelsene var ikke avhengige av krenkbarhet**

Pasientene hadde hatt svært ulike opplevelser ved tvangsinnleggelsene. Noen var preget av krenkelse, et mindretall svært fornøyd, og noen hadde sammensatte opplevelser. De fleste pasientene *beskriver* imidlertid den negative personellatferden nokså likt. *Det var ikke bare pasientene med høyest krenkbarhet som hadde hatt negative opplevelser.*

## **Nytt funn: Krenkelsene gjorde at noen ikke ville søke hjelp igjen**

*Alle mente de ville kunne trenge behandling senere, også de som var bestemt imot tvangsinnleggelse. Disse ville ikke søke hjelp i frykt for å bli tvangsinnlagt igjen.* Dette utfordrer en etablert antakelse om at uviljen til å ta imot behandling senere bare skyldes manglende sykdomsinnsikt eller paranoide symptomer. Kanskje erfaringene med selve tvangsinnleggelsen og behandlingen, heller enn manglende innsikt, gjør at noen ikke vil behandles frivillig ved akutt- og psykoseenheter.

## **Anbefalinger på bakgrunn av funnene**

Tiltross for bredere politisk og faglig enighet om økt pasientorientering og dialog i psykiatrien, opplever pasientene stadig lite autonomi og anerkjennelse, særlig under akuttinnleggelsen. Fortsatt trengs forskning der pasientene befinner seg, og videre implementering av tiltak som allerede er utarbeidet, for å fortsatt bedre rutiner, holdninger og relasjonell tilnærming i praksis. For det aktuelle utvalget kan en uheldig kombinasjon av liten tilgjengelighet og høy andel

uerfarne blant miljøpersonellet hatt negativ innvirkning på akuttoppholdet. Kompetanse og erfaring i hele personellgruppen bør prioriteres høyt, særlig der pasientene er mest sårbare.

### **Forlengelse av studien**

Flere kvalitative intervju med samme problemstilling og intervju spørsmål kan gjennomføres på samme og senere stadier i innleggelsesforløpet. Disse kan vise om opplevelsene er noenlunde konsistente mellom ulike utvalg. Funnene i denne studien kan danne grunnlag for kvantitative studier, som muliggjøre et bredere utvalg av pasienter i målgruppen, både ved en og flere avdelinger. En longitudinell kombinasjonsstudie kunne vist endringer i opplevelsene hos de samme pasientene over tid, men måtte hatt flere respondenter av hensyn til forventet frafall. En kvantitativ sammenstilling av registerdata for både respondenter og non-respondenter ved samme avdelinger kunne bidratt til å belyse spørsmålet om respondentene er representative for gruppen.

### **Nye spørsmål- videre forskning**

Longitudinelle studier over ulike behandlingsfaser kunne angi sammenheng mellom krenkelsen ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering (Lorem et al. 2013) og motstand mot psykiatrisk behandling, eller om krenkelsen «bare» skyldes medisinerbare, sykdomsrelaterte fellestrekk ved pasientene. Dette kan bidra til bedre tilpasset tilbud til alvorlig syke mennesker som ikke ønsker medisiner. Lorem et al. pekte på at bedre informasjon og dialog kunne redusere motstand mot medisiner, og opplevd krenkelse i etterkant. Flere aksjons- og erfaringsstudier rettet mot gjennomføringen av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering kan bidra til en mer pasientorientert og mindre krenkende behandling.

### **Avslutning**

Denne studien hadde til hensikt å nyansere pasienters beskrivelser av sine opplevelser ved tvangsinnleggelse, med fokus på innleggingsprosess, relasjoner og motivasjon til videre behandling. Gjennom kvalitativt forskningsintervju av inneliggende pasienter, og systematisk analyse av disse, fremkom mange beskrivelser som harmonerte med tidligere funn, men også noen nye beskrivelser og perspektiver. Funnene peker mot at opplevde krenkelser under tvangsinnleggelsen forhindrer noen pasienter fra å søke hjelp når de ellers ville. I lys av dialektisk relasjonsforståelse kunne tydeligere anerkjennende holdninger blant miljøpersonell bidratt til at opplevelsen av krenkelse ble mindre.

Tvangsinnleggelse er stadig er krenkende inngrep mot mennesker, men av og til nødvendig. Studien har pekt mot muligheten av å redusere motviljen til å søke tidlig hjelp nok, gjennom å unngå unødig krenkende holdninger mot pasientene. Videre forskning behøves.

## Referanser

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.

Andresen, Ø. et al. (2004). *PasOpp: Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet*, SINTEF Helse/Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bachelor, A. (2013). *Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome*. Clin Psychol Psychother. 2013 20(2):118-35.

Birkenaes AB, Birkeland KI, Engh JA, Faerden A, Jonsdottir H, Ringen PA, Friis S, Opjordsmoen S, Andreassen OA (2008). *Dyslipidemia independent of body mass in antipsychotic-treated patients under real-life conditions*. J Clin Psychopharmacol, 28 (2), 132-7

Creswell, J. W. (2007). Five qualitative approaches to inquiry. Kap. 4. I *Qualitative Inquiry & Research Design*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cusack, K. et al. (2003). *Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report*. Administration and Policy in Mental Health, Vol. 30, No. 5

De forskningsetiske komiteer (2005). *Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*. [www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/brosjyre%20-Redusert%20samtykkekompetanse%20i%20helsefaglig%20forskning%20\(2005\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/brosjyre%20-Redusert%20samtykkekompetanse%20i%20helsefaglig%20forskning%20(2005).pdf)

Diseth, Reidun (2013): *Compulsory Mental Health Care in Norway: A Study of the Interface between the Law and Psychiatry* Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. (2006). *Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments*. Am J Psychiatry 163(8), 1323-34.

Focault, Michel (1961/2000). *Galskapens historie*. Bokklubben dagens bøker. Oslo

Friis, S. (1986). *Factors influencing the ward atmosphere*. Acta Psychiatr Scand 1986; 73:600-6.

Gabrielsen, V.A. (1999) *Psykiatrisk sykepleiers rolle og funksjon i dagens tverrfaglige miljøterapi*. Hovedoppgave, University of Oslo

Garratt, A., Danielsen, K., Bjertnæs, Ø. A., & Ruud, R. (2006). *PasOpp - en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 126, 1478-801.

Helsedirektoratet (2013). *Psykisk helsevernloven med forskrift og kommentarer*

Helsedirektoratet (2012a). *Pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern, årsrapport*

Helsedirektoratet (2012b). *Retningslinjer for behandling av psykoselidelser i spesialisthelsetjenesten*

Helsedirektoratet (2009). *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven* IS-1370/2009

Helseforskningsloven – *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* av 20. juni 2008 nr. 44.

Johansson, M. og Lundman, B. (2002) *Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,(9), 639 – 647.

Katsakou C, Priebe S. (2007). *Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies*. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 16,172-178.

Katsakou C, Priebe S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114(4):232-241

Kjellin L; Hoyer G; Engberg M et al. (2006). *Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries*. *Soc. Psychiatry and Psychiatrica Epid.* 41:241–247

Kortrijk, Hans Erik, Staring, A B P., van Baars, A W B. and Mulder, C. L.(2010), *Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment*. *Epidemiol Soc Psychiatry* 2010; 45: 245-252.

- Kristiansen, Per Jørgen Langø (2010). *Moderne miljøterapi*. Masteroppgave, Universitetet i Tromsø
- Kvale, S. Brinkmann S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lambert, M., Barley, D.(2001), *Research Summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. *Psychotherapy* Vol. 38(4), 357-361.
- Lilja L, Hellzen O. (2008). *Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation*. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(4):279-86
- Loem, G. F; Frafjord, J; Steffensen, M; Wang, C. (2013). *Medication and participation. A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs*. *Nursing Ethics* 2013; Volum 21
- LOV 2000-04-14 nr 31: Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)
- LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)
- Malt, U. Andreassen, O. Melle, I. Årslund, D. (2003). *Lærebok i Psykiatri*. Oslo. Gyldendal ak.
- Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsearbeidet (2009). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009-2014 Prioriterte anbefalinger*. Lokalisert 09.03.2014 på [www.tvangsforskning.no](http://www.tvangsforskning.no).
- Norcross JC, Wampold BE (2011). *Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices*. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):98-102.
- Norvoll, Reidun (red.) (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R., Hatling, T. og Hem, K-G. (2008) *Det er nå det begynner! : hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Trondheim: SINTEF Helse.

Norvoll, R., Husum, Tonje Lossius (2011) *Som natt og dag? - Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet

NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning, Oslo.

Olofsson B. & Jacobsson L. (2001). *A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8, 357–366

Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. (2007). *Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid*. Tidsskr Nor Lægeforen; 127: 1644 - 7.

Psykisk helsevernlova – *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* 2. juli 1999 nr. 62.

Røssberg, J I, Friis, S (2004). *Patient's and Staff's Perceptions of the Psychiatric Ward Environment..* [\*Psychiatric Services\*](#). 55, s 798- 803

Schibbye, A.L.L. (2009); *Relasjoner*, 2.utgave Universitetsforlaget, Oslo

Sevya, S. Nathansons, K. Visweswariah, H. Amador, X. (2004). *The relationship between insight and symptoms in schizophrenia*. *Comprehensive Psychiatry*; 45:1,16–19

Sheehan KA, Burns T. (2011). *Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association?*. *Psychiatr Serv*; 62: 471-476

Skorpen, A. og Øye, C. (2008) *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Det psykologiske fakultet. Universitet i Bergen

Skårderud, F, Haugsgjerd, Stänicke, . (2010): *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Strand, Liv (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske mennesker*. Oslo: Gyldendal forlag



Svindseth MF, Dahl AA, Hatling T. (2007): *Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards*. Nord J Psychiatry. 2007;61(1)47-53.

Swarz, M.S., Swanson, J.W., Hannon, M.J. (2003). *Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals*. Behavioral Sciences & the Law 2003; 21(4): 459-72.

Syse, A. (2007). *Psykisk helsevernloven*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Torgersen, Sverre (2012). *Paranoid schizofreni, paranoide psykoser og personlighetsforstyrrelser*. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:851

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

World Health Organisation.(1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.

Wynn R, Myklebust LH, Bratlid T. (2006). *Attitudes to coercion among health-care workers and the general public in Norway*. J Psychiatr Intensive Care;2:/31 7.

## Vedlegg I – Prosjektgodkjenning fra Regional Etisk Komite



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst	Tor Even Svanes	22845521	24.02.2012	2012/84
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			17.01.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Att: Georg Schjelderup  
Høgskolen i Oslo og Akershus

### Pasienters opplevelser fra tvangsinnleggelse i psykisk helsevern

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 09.02.2012.

*Formålet med studien er å frambringe kunnskap om pasienters opplevelse av tvangsinnleggelse til tvunget psykisk helsevern, relasjoner til helsepersonell og motivasjon til behandling. Pasienters opplevelse gjennom tvangsinnleggelsen, fra innleggelse via behandlingsopphold til forberedelse til utskrivelse, vil stå sentralt i studien. Inntil 10 kvalitative forskningsintervju med voksne tvangsinnlagte pasienter skal gjennomføres, ved to ulike lukkede døgnposter.*

Prosjektleder: Georg Schjelderup  
Forskningsansvarlig: Oslo Universitetssykehus HF

#### Vurdering:

I dette prosjektet skal det inkluderes en sårbar gruppe, og komiteen har diskutert hvorvidt intervjuet kan retraumatisere pasientene. Komiteen mener imidlertid at søknad og protokoll er godt forberedt.

Masterstudenten viser refleksjon i forhold til tematikken, i tillegg til å besitte erfaring fra feltet. Sentrale aspekter som rekruttering og beredskap er redegjort for.

Studenten er bevisst at det er nærhet mellom egen klinisk rolle og behandlingsgruppen. En slik sammenblanding av roller kan være forskningsetisk utfordrende, men grenseoppgangen mellom behandling og forskning er godt drøftet i protokoll. Komiteen leser søknaden dit hen at studenten ikke selv har vært med på selve tvangsgjennomføringen for de aktuelle deltakerne, og forutsetter at dette er tilfelle.

Komiteen forutsetter videre at prosjektets biveiledere med Phd-grad i psykiatri også kobles til beredskapen.

I søknaden oppgis to forskningsansvarlige institusjoner. Komiteen legger til grunn at Oslo Universitetssykehus er forskningsansvarlig institusjon, og ber om en tilbakemelding dersom så ikke er tilfelle.

#### Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Da det ikke er relevant med stedfortredende samtykke i prosjektet, må det tas ut av samtykkeerklæringen.

#### Vedtak:

Prosjektet godkjennes.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

**Besøksadresse:**  
Gullhaug torg 4A,  
Nydalen, 0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:**  
post@helseforskning.etikkom.no

**Web:**

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Tillatelsen gjelder til 31.12.2013. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, jf. helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

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

[http://www.helsedirektoratet.no/samspill/informasjonssikkerhet/norm\\_for\\_informasjonssikkerhet\\_i\\_helsesektoren\\_232354](http://www.helsedirektoratet.no/samspill/informasjonssikkerhet/norm_for_informasjonssikkerhet_i_helsesektoren_232354)

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen,

Arvid Heiberg  
prof. dr.med  
leder REK Sør-Øst C

Tor Even Svanes  
Seniorrådgiver

Kopi til: Oslo Universitetssykehus: [oushfdlgodkjenning@ous-hf.no](mailto:oushfdlgodkjenning@ous-hf.no)

## **Vedlegg II – Informasjon om studien og informert samtykke**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### ***”Opplevelsen ved å bli tvangsinnlagt”***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan pasienter som har blitt tvangsinnlagt opplevde dette, og hvordan de helst ville blitt møtt i denne situasjonen. Pasienters egne erfaringer er viktige for å få best mulig kunnskap om behandlingen, og kan være med på å gjøre tilbudet bedre for pasienter i fremtiden. Jeg håper derfor du kan delta. Intervjuet vil bli en del av en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

#### **Hva innebærer studien?**

Deltakelsen består av et intervju. Her vil du kunne bruke egne ord på opplevelser og erfaringer, og fortelle om akkurat det du er opptatt av, innenfor dette temaet. Intervjuet blir tatt opp på en lydfil, som slettes når prosjektet er avsluttet. Intervjuet er tenkt å vare i ca. En time, med mulighet til å ta pauser underveis. Tid og sted vil vi avtale etter samtykke til deltakelse.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil få anledning til å snakke om dine opplevelser ved å bli tvangsinnlagt, med en nøytral person. Når vi snakker om tidligere opplevelser kan vi se dem på en ny måte, og oppleve både positive og negative følelser. Skulle du få behov for å snakke mer om dette, kan du selv ta det opp med din faste behandler etter intervjuet.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navneliste og informasjon om deg slettes innen 6 måneder etter intervjuet.

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

#### **Frivillig deltakelse**

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

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

# Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

## Kriterier for deltakelse

Voksne mennesker (18-65 år) som er innlagt ved psykiatrisk døgnavdeling etter lov om tvungent psykisk helsevern, med en psykoselidelse som begrunnelse for innleggelsen.

## Bakgrunnsinformasjon om studien

Tvangsinnleggelse etter tvungent psykisk helsevern er en helt spesiell situasjon, først og fremst menneskelig, men også rettslig. Det er viktig for alle involverte at pasientenes egne opplevelser av tvangsinnleggelsen undersøkes, slik at vurderinger og beslutninger også baseres på denne kunnskapen.

## Tidsskjema

- ^ Januar: Forespørsel fra behandler om å delta
- ^ 24 timer til 10 dager etter forespørsel: Skriftlig samtykke leveres til behandler
- ^ 1-4 dager etter forespørsel: Intervjuer tar kontakt for avtale om tid og sted for intervju
- ^ 1-30 dager etter avtale: Intervju; 30-60 minutter.
- ^ Sommer 2012: Studien publiseres.

## Pasientens/studiedeltakerens ansvar

Studiedeltakerne skal ikke fortelle andre pasienter detaljer fra sitt eget intervju, da dette vil påvirke andres oppfatninger og holdninger før intervjuet, og kan gi et feilaktig resultat av studien.

## Utgifter

Deltakelse i forskningsintervjuet skal ikke medføre ekstra utgifter. Ved behov for reise til/fra intervju vil denne etter nærmere avtale bli dekket.

# Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

## Personvern

Opplysninger som registreres om deg er personopplysninger som navn, fødselsår og kjønn. Journalopplysninger er brukt som hjelp til å velge ut informanter, men registreres ikke i datamaterialet. Helseopplysninger du selv oppgir, som grunn til innleggelse, diagnoser og medisiner, registreres på lydfilen.

Prosjektleder og medforskere har tilgang til anonymisert datamateriale.

Oslo Universitetssykehus HF ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

## Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har

registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Økonomi og Oslo Universitetssykehus HF sin rolle**

Intervjuer er ansatt ved Oslo Universitetssykehus under forskningsperioden. En forsker er forpliktet til å være nøytral og objektiv under innsamling og analyse av opplysninger, slik at også opplysninger som ikke er fordelaktige for institusjonen må tas med. På samme måte skal opplysninger som kommer frem under intervjuet ikke på noen måte kunne påvirke institusjonens forhold til den som har svart.

### **Forsikring**

Studien innebærer ingen tilleggsrisiko for pasienter og har ingen forsikringsordninger ut over de som allerede gjelder.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Dette skjer ved tilbud om å oppgi postadresse til en egen liste, for å kunne få tilsendt en kopi av studien når denne publiseres.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## **Vedlegg III - Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

#### **«Pasienters opplevelser fra tvangsinnleggelse i psykisk helsevern»**

##### **Introduksjon**

*Jeg vil straks stille noen spørsmål om den tvangsinnleggelsen du nettopp har vært gjennom.*

*Med tvangsinnleggelse mener jeg*

*-å få beskjed om at du skal legges inn selv om du ikke vil,*

*-bli kjørt til sykehuset og bli låst inn,*

*-og å måtte være på lukket avdeling for å bli vurdert og få behandling.*

*Jeg vil at du i løpet av intervjuet beskriver dine opplevelser i forbindelse med det som skjedde før og under innleggelsen, hvordan du opplevde forholdet til helsepersonell, og hvordan du tenker om å søke hjelp senere.*

*Dersom du kommer på andre ting som du mener har betydning for å beskrive dine opplevelser mens vi snakker, kan vi komme tilbake til spørsmålene senere i vår samtale .*

*Du trenger ikke svare på alle spørsmålene om du ikke vil, men ingenting vil uansett bli fortalt til dine behandlere eller pleiere uten at du ber spesielt om det.*

##### **Spørsmål**

###### **0 Demografi**

Alder

Antall innleggelser

Når skjedde første innleggelse

Når skjedde aktuelle innleggelse

## 1 Opplevelser fra tvangsinnleggelsesprosessen

- Kan du beskrive dine opplevelser fra da du ble tvangsinnlagt?
- Kan du fortelle kort om hva som skjedde i dagene før innleggelsen?
- Ble du tilbudt samtaler, frivillig innleggelse eller andre former for hjelp? Hva skjedde?
- Hvordan fikk du vite at du skulle legges inn? - Hvordan reagerte du?
- Hvordan kom du til sykehuset?
- Hva opplevde du som nyttig og til hjelp for deg under innleggelsen?
- Hva opplevde du som negativt under innleggelsen? Hvordan påvirket dette samarbeidet?

## 2 Opplevelser av relasjoner til helsepersonell

*Da du ble innlagt, og under oppholdet her i avdelingen har du sikkert møtt mange helsearbeidere.*

- Kan du beskrive dine opplevelser av forholdet til noen av disse?
- Hvordan ble du møtt på akuttavdelingen?
- På hvilken måte opplevde du at legen(e) lyttet til og respekterte deg og meningene dine?
- På hvilken måte opplevde du at pleierne lyttet til og respekterte deg og meningene dine

## 3 Holdninger til å søke hjelp

Etter de erfaringene du nå har fortalt om, hva tenker du nå omkring det å søke, og å motta helsehjelp senere, hvis du skulle trenge det?

- På hvilke måter vil du si hverdagen din har blitt lettere siden innleggelsen?
- På hvilke måter vil du si hverdagen din har blitt vanskeligere siden innleggelsen?
- Hvordan tror du det å ha vært tvangsinnlagt, kan komme til å påvirke livet ditt framover?
- Hvis en lignende situasjon skulle oppstå igjen, hvordan ville du helst bli møtt?
  
- Hvis andre er i en situasjon hvor de som kjenner dem mener de helt klart trenger psykisk hjelp, men de ikke vil selv, hva bør familie og hjelpeapparat gjøre?
  
- Har du andre tanker om det vi har snakket om, som du vil fortelle om?

## Avslutning

*Takk for at du ville svare.*