Forord

Hjertelig takk til dere 12 som deltok i denne studien med personlige erfaringer, refleksjoner og verdifull innsikt om et tema det sjeldent spørres om, og et område av psykiatrien der kunnskapen er svært begrenset. Flere har valgt å dele personlige opplevelser og kjenne på ulike følelser disse opplevelsene vekker, grunnet et ønske om bidra til at forskningsfeltet inkluderer pasienters meninger om behandlingen de mottar.

Takk til veileder Hroar Klempe for gode innspill og inspirerende refleksjoner. En spesielt stor takk til Øyvind Snipstad for utallige timer med diskusjoner om både de store og de små tingene; fra vitenskapsteoretiske fundamenter til metodiske detaljer. Det har vært en spennende prosess som har vekket en interesse for videre forskningsarbeid i fremtiden.

Sammendrag

Denne studien utforsket 12 tidligere og nåværende pasienters erfaringer med tvungent psykisk helsevern gjennom semistrukturerte intervjuer. Utvalget var heterogent med tanke på kjønn, alder, typer tvangstiltak, og antall erfaringer med tvangstiltak. Intervjuene ble utført basert på temaet *Pasienterfaringer med tvungent psykisk helsevern (TPH).*

Datamaterialet viste at informantene opplevde at pasientrollen formet ulike forestillinger de ansatte hadde om pasientene: forestillinger om 1. den irrasjonelle pasient, 2. den behandlingsresistente pasient og 3. den evige pasient. Videre fremkom forestillinger pasienten formet, knyttet til pasienten selv: 1. flytende grenser mellom diagnose og identitet, og 2. en posisjonering som offer og/eller fighter. Det fremkom at disse forestillingene delvis forårsakes av pasientenes diagnose(r). Nevnte funn utviklet forskningsspørsmålet *Hvordan virker diagnosen inn på pasientrollen for pasienter i TPH?*

Implikasjonene av disse forestillingene utdypes, og studien konkluderer med én implikasjon som ble ansett spesielt betydningsfull for klinisk praksis: det eksisterer en diskrepans i kommunikasjonen om diagnosens betydning mellom TPH og en del øvrige deler av psykisk helsevern (spesielt i enkelte psykoterapeutiske settinger). I TPH anses diagnosen som identitetsbeskrivende, statisk, og fratar personen en betydelig mengde ansvar. Dette kontrasterer med store deler av det frivillige psykiske helsevernet der diagnosen ofte anses atskilt fra personen, og pasienten skal ta ansvar for egen bedring. Pasienten som beveger seg fra tvungent til frivillig psykisk helsevern risikerer dermed å motta motstridende beskjeder. Denne dobbeltkommunikasjonen kan ha betydelige konsekvenser for pasientens helseutsikter ettersom den kan forårsake forvirring, mistillit og muligens forlenge pasientens tilfriskningsperiode.

Abstract

This study examined 12 former and current patients' experiences with involuntary commitment and coercive measures in acute psychiatric hospitals, through semi-structured interviews. The selection was heterogeneous concerning sex, age, types and number of coercive measures they had experienced. The interviews were conducted based on the theme *Patients' experiences with involuntary admission to, and coercive measures in acute psychiatric hospitals.*

The collected data material showed that, as perceived by the patients, the staff's notions of the patients characterize the patient role. These were notions about 1. the irrational patient, 2. the treatment resistant patient and 3. the eternal patient. The patient further creates notions associated with herself: 1. unclear boundaries between diagnosis and identity, and 2. a positioning as victim and/or fighter. The data material showed that these notions are in part caused by the patient's diagnosis. These findings formed the research question *How does the diagnosis affect the perceived patient role for patients in acute psychiatric hospitals?*

These notions' implications are elaborated, and the study concludes with one particularly evident implication: A discrepancy exists, concerning the communication about the meaning of the diagnosis between involuntary commitment and voluntary parts of psychiatry. In acute psychiatry, the diagnosis is often seen as descriptive of the patient's identity, depriving the patient of responsibility for her own health improvement. This contrasts with views on the diagnosis in many other parts of psychiatry and psychotherapeutic settings. This double communication may have profound consequences for the patient's health prospects as it may cause confusion, mistrust and possibly prolong the patient's period of recovery.

Keywords: coercive measures, involuntary commitment, psychiatric hospitals, patients' experiences

Innholdsfortegnelse

FORORD **1**

SAMMENDRAG **3**

ABSTRACT **5**

1 INNLEDNING **11**

1.1 FORMÅL MED STUDIEN 11

1.2 PROBLEMSTILLINGEN 11

1.3 BAKGRUNN FOR STUDIEN 11

1.4 HVA VET VI OM PASIENTENES ERFARINGER MED TPH? 13

1.5 HVORFOR ER DENNE STUDIEN VIKTIG? 14

1.6 AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER 14

1.7 BEGREPSAVKLARING 15

1.7.1 Pasientbegrepet. *16*

1.7.2 Tvangstiltak. *16*

1.7.3 Formal vs. opplevd tvang. *17*

1.8 OPPGAVENS STRUKTUR 17

2 TEORI **19**

2.1 INNLEDNING 19

2.2 UTVIKLING MOT MEDIKALISERING 19

2.3 DEN MEDISINSKE MODELLEN OG DIAGNOSEN 19

2.4 SOSIAL KONTROLL OG DIAGNOSEN SOM AVVIKSDEFINERENDE 20

2.5 PASIENTENS PROFETIER 21

2.6 FORBINDELSEN MELLOM ROLLE OG IDENTITET 22

2.7 DIAGNOSE ELLER SELVBILDE? 23

2.8 KOGNITIV DISSONANS 23

2.9 POSISJONERINGSTEORI 23

2.10 DE FRISKE ANSATTE 24

2.11 PASIENTROLLEN I EN RELASJONELL FORSTÅELSESRAMME 24

2.12 AVSLUTNING 27

3 METODOLOGI OG ETIKK **29**

3.1 INNLEDNING 29

3.2 STUDIENS VITENSKAPSFILOSOFISKE GRUNNLAG 29
3.3 LITTERATUR 31
3.4 VALG AV FORSKNINGSMETODE 31
3.5 VALG AV DATAINNSAMLINGSMETODE 32
3.6 REKRUTTERING AV DELTAKERE 32
3.7 OM UTVALGET 33
3.8 EKSKLUSJONSKRITERIER 34
3.9 INNSAMLING AV DATA 34
3.10 FRA TEMA TIL PROBLEMSTILLING 34
3.11 ANALYSEPROSESSEN 35
3.11.1 Koding. *36*
3.11.2 På leting etter betydningsfulle temaer. *36*
3.12 REFLEKSIVITET 37
3.13 ETISKE VURDERINGER 38
3.14 AVSLUTNING 39
4 RESULTATER 41
4.1 INNLEDNING 41
4.2 ANSATTES FORESTILLINGER OM PASIENTEN 41
4.2.1 Den irrasjonelle pasient. *42*
4.2.2 Den behandlingsresistente pasient. *44*
4.2.3 Den evige pasient. *45*
4.3 EN IMPLIKASJON AV ANSATTES FORESTILLINGER OM PASIENTEN: USIKKERHET BLANT ANSATTE 46
4.4 PASIENTENS FORESTILLINGER OM SEG SELV 47
4.4.1 Når diagnose blir identitet. *47*
4.4.2 Diagnosen posisjonerer. *49*
4.4.2.1 Pasienten som offer. 49
4.4.2.2 Pasienten som fighter. 50
4.5 IMPLIKASJONER AV PASIENTENS FORESTILLINGER: POLARISERING 52
4.5.1 Ansatte som syndebukk. *52*
4.5.2 Sinne. *53*
4.6 KONKLUSJON: HELSEVESENETS DOBBELTKOMMUNIKASJON OM DIAGNOSENS BETYDNING 56

4.7 AVSLUTNING 59

5 DISKUSJON 61

5.1 INNLEDNING 61

5.2 HVA BETYR RESULTATENE? 61

5.2.1 Mistillit og forvirring. 61

5.2.2 Pasienten - en byrde. 61

5.2.3 Hva kan klinikeren gjøre? 62

5.3 HVORDAN SKILLER DENNE STUDIEN SEG FRA EKSISTERENDE FORSKNING? 63

5.4 KRITIKKVERDIGE FORHOLD VED STUDIEN 64

5.4.1 Fare for overtolkning og forenkling. 64

5.4.2 Fokus på det ekstreme. 65

5.4.3 Pasientperspektivet er kun ett perspektiv. 65

5.4.4 Diagnosens undertrykkende effekt - et mantra? 66

5.5 DISKUSJON KNYTTET TIL METODEN 66

5.5.1 Overførbarhet. 66

5.5.2 Gyldighet. 67

5.5.3 Anvendelighet. 67

5.5.4 Pålitelighet. 67

5.5.5 Å kombinere ulike metodologier og tilnærminger 68

5.6 OPPSUMMERING 68

6 REFERANSER 71

7 FIGURLISTE 79

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE 81

VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA 83

VEDLEGG 3: GODKJENNING NSD 85

VEDLEGG 4: TILBAKEMELDING FRA REK 87

1 Innledning

1.1 Formål med studien

Det overordnede temaet for denne studien er pasienters opplevelser med tvungent psykisk helsevern (TPH). Formålet er å utdype og gi nyanserte beskrivelser av, og innsikt i pasienters egne erfaringer fra TPH. Pasienterfaringene og implikasjoner av disse skal tilknyttes relevant sosialpsykologisk og sosiologisk teori for å se erfaringene i lys av en større sosial kontekst. Resultatene skal formidle mangfold og nyanser, slik at disse kan utvide vår gjeldende forståelse av hvordan TPH kan oppleves og åpne for innsikt som fagfeltet mangler.

1.2 Problemstillingen

Datainnsamling ble først utført basert på det overordnede temaet *Pasienterfaringer med TPH*. Studien startet med et åpent tema med det formål at informantene kunne forme forskningsprosessen i så stor grad som mulig, og at forskningsspørsmålet i så liten grad som mulig skulle basere seg på forskers forhåndsbestemte antakelser. Etter hvert ble undertemaene Diagnosen og Pasientrollen, og informantenes subjektive opplevelser av hva som ligger i disse konstruktene, trukket ut som spesielt betydningsfulle i analyseprosessen. Disse temaene formet deretter den endelige problemstillingen. Den spesifikke problemstillingen som ble utarbeidet parallelt med analysen av datamaterialet lyder som følger:

Hvordan virker diagnosen inn på pasientrollen for pasienter i tvungent psykisk helsevern?

1.3 Bakgrunn for studien

Det er flere grunner til å belyse temaet pasientopplevelser med TPH, både sett fra et historisk perspektiv og med tanke på kunnskapen vi har, eller rettere sagt mangler, om temaet i dag. Fra sosiologisk hold var det stor interesse for å studere psykiatriens praksis og sosiale organisering fra 50- til 80-tallet (Norvoll, 2006). Institusjonene ble ansett å ha som formål å kontrollere avvikende atferd gjennom en inhuman, kustodiell og passiviserende praksis (Foucault, 1999, 2000; Goffman, 1963). Kritikken medførte omfattende reformer som innebar omorganiseringer, økende økonomiske omsetninger, profesjonalisering og utvikling innen medisinsk kunnskap. Etter hvert ble miljøterapiens rolle introdusert; det sosiale miljøet i seg selv skulle ha en behandlende effekt. Samtidig stilnet den samfunnsvitenskapelige forskningen på området (Norvoll, 2006). Det finnes lite forskning på og åpenhet rundt praksis i lukkede psykiatriske institusjoner, og dermed også lite kunnskap om livet innenfor de psykiatriske byggenes vegger (Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta-Maierle, & Bennett, 2003;

Gundersen, 2016; Skorpen, Anderssen, Øye, & Bjelland, 2008). Spesielt er forekomsten av studier på, og kunnskap om, pasienters opplevelser av å være underlagt tvang svært lav (Bergem, 2016; Brun, Husum, & Pedersen, 2017; Cusack et al., 2003; Høyer et al., 2002; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Strout, 2010). VGs journalister som for øvrig mottok Ytringsfrihetsprisen og Nordic Data Journalism Awards i 2016, dominerer nyhetsbildet med tvangsloggene (Åsebø & Norman, 2016) som i dag står for en stor andel av kunnskapen vi har om denne, kanskje mest skjulte, delen av psykiatrien.

Brukermedvirkning er i dag en lovfestet rettighet og dermed noe offentlige tjenester har plikt til å sørge for å implementere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1; Helsedirektoratet, 2017). I Sosial- og helsedirektoratets tiltaksplan (2006) argumenteres det for økt brukerinvolvering i planlegging av egen behandling. Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) hevder Statens Helsetilsyn at det er et etablert faktum at brukerinvolvering er viktig, og at spørsmålet videre er *hvordan* brukerinvolvering skal skje (Fjelnseth, 2017). I en høring på Stortinget etterlyser Helse- og omsorgskomiteen mer kunnskap om hvordan tvang oppleves og hva det gjør med mennesker (Innst. 169 S, 2016-2017). I 2016 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal utbedre tvangsregelverket for å redusere bruken av tvang generelt, og for å tilpasse tvangstiltakene pasientenes behov. I denne forbindelse er det vesentlig med forskning som fremhever nettopp den enkelte pasients behov.

Det finnes få kvalitative studier som undersøker pasienters opplevelser med bruk av tvang, og flere, både forskere og politikere, etterlyser spesifikt kvalitativ forskning om pasienters opplevelser med tvang (Skorpen et al., 2008; Strout, 2010). Praksis baserer seg ofte på fagfolks og personalets meninger om hva som er til det beste for pasientene, ettersom pasienter i mange tilfeller anses som ute av stand til å foreta helsefremmende valg. Flere studier viser i midlertid at det kan forekomme en diskrepans mellom pasienters og personalets oppfatninger av, og holdninger til tvangsbruken som utføres, og at personalet ofte vurderer tvangsbruken som mer hensiktsmessig og positiv enn pasientene gjør (Brun et al., 2017; Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003; Norvoll & Husum, 2011; Olofsson & Norberg, 2001). Hem (2008) hevder dessuten at det eksisterer en diskrepans mellom den ideelle praksis sykepleiere ønsker å utføre, og den reelle praksis som utføres i psykiatriske institusjoner. Det foreligger altså et stort behov for empiriske undersøkelser som studerer hvorvidt de eksisterende oppfatninger av bruk av tvang, som dagens praksis bygger på, reflekterer pasientens egne meninger og holdninger (Diseth, Bøgwald, & Høglend, 2011).

1.4 Hva vet vi om pasientenes erfaringer med TPH?

Eksisterende forskning på tvang i psykisk helsevern tyder på manglende konsensus om hva som anses som riktig praksis, og hvilke prinsipper praksis bør basere seg på (Lorem, Steffensen, Frafjord, & Wang, 2014). Tvangstiltak baserer seg i stor grad på klinisk skjønn ettersom situasjoner hvor tvangstiltak vurderes ofte er svært sammensatte. Noen mener praksis i tvungent psykisk helsevern først og fremt skal basere seg på etiske prinsipper, andre vektlegger juridiske aspekter, og atter andre mener kliniske argumenter skal veie tyngst. Det er likeledes uenighet om tvangstiltak skal sette pasientens eller miljøet og personalets behov og sikkerhet i sentrum.

Cusack et al. (2003) fant, ved bruk av spørreskjemaer, at retraumatisering er en reell risiko ved tvangsinnleggelser. Dette er blant annet fordi flere pasientgrupper er spesielt sårbare for retraumatisering forut for innleggelsen. Grubaugh, Frueh, Zinzow, Cusack, og Wells (2007) fant, også ved bruk av spørreskjema, at pasienter jevnt over hadde flere negative opplevelser med både tvungent og frivillig psykisk helsevern, og at flere av pasientene ikke ønsket å bli reinnlagt på institusjonen der de tidligere hadde vært innlagt. Katsakou og Priebe (2006) fant at en stor andel av pasienter i tvungent psykisk helsevern mente at deres behandling ikke var berettiget eller helsefremmende. Theodoridou, Schlatter, Ajdacic, Rössler og Jäger (2012) hevdet høy grad av tvang har sammenheng med pasientrapportering av dårligere terapeutisk relasjon mellom pasient og behandler. Ridley og Hunter (2013) fant derimot, basert på semistrukturerte intervjuer, at en relativt stor andel pasienter (52%, N = 39) mente at tvangstiltakene var berettiget og nødvendige. Lorem, Frafjord, Steffensen, og Wang (2014) fant at pasienter etterlyste mer kommunikasjon fra ansatte.

En kartlegging av bruk av tvangsmidler og vedtak i psykisk helsevern for voksne fra 2012 antyder at selv om flere menn har erfaring med tvangsmidler enn kvinner, er det flest kvinner som har opplevd 20 eller flere episoder med beltelegging (Hammervold & Barbosa da Silva, 2016). Et flertall av disse er ikke diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse slik det heter i forskriftene, men med personlighetsforstyrrelser. Ifølge Fosse og Dersyd (2007) og deres metaanalyse av 250 studier, har en stor andel av personer med personlighetsforstyrrelser opplevd fysiske og seksuelle overgrep. Dette gjelder spesielt de med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hvor andelen er noe høyere enn for øvrige personlighetsforstyrrelser. Dette vil trolig medføre en økt sårbarhet, og muligens en lavere terskel for å oppleve beltelegging og andre tvangsmidler som nye overgrep.

Med bakgrunn i eksisterende forskning synes det i stor grad å mangle kvalitative studier av pasientenes opplevelser med TPH, som fokuserer på å gå i dybden av hvordan TPH oppleves, og som utforsker mulige implikasjoner av disse opplevelsene.

1.5 Hvorfor er denne studien viktig?

Et viktig steg på veien til implementering av pasientperspektivet i praksis, er kartlegging av pasientenes vurderinger av tvungent psykisk helsevern (Garratt, Danielsen, Bjertnaes & Ruud, 2006; Grubaugh et al., 2007; Katsakou & Priebe, 2006). I denne studien anses pasientenes perspektiver å kunne tilføre verdifull kunnskap som kan legge føringer for hvordan tiltak i helsesektoren bør utformes og gjennomføres. Hva pasientene opplever fungerer eller ikke fungerer i behandlingen kan være ett viktig bidrag for å oppnå positiv endring av psykiatriens praksis. Å avdekke hvordan pasienter ønsker å bli møtt og behandlet, og innrette praksis heretter, kan bidra til at pasienter anser behandlingen de mottar som meningsfull. På sikt kan pasientperspektivet medføre at pasientene i større grad kan motta hjelp på egne premisser, og slik oppleve økt grad av autonomi. På individnivå vil det å oppleve å ha en påvirkningskraft på sine omgivelser kunne styrke ens mestringstro, motivasjon, egenverdi, samt fremme helse (Bandura, 1982). Pasientperspektivet kan videre utfordre eksisterende holdninger til utøvelse av praksis og muligens bidra til å rette søkelyset mot alternativer til de aktuelle tvangstiltakene som utføres i dag.

1.6 Avgrensninger og presiseringer

Studien fokuserer på tidligere og nåværende pasienters erfaringer med formal tvang som definert nedenfor (punkt 1.7.2). Som nevnt innledningsvis, startet dette prosjektet bredt og ble stadig innsnevret underveis i forskningsprosessen. Avgrensningen ble i stor grad gjort under arbeidet med datamaterialet og problemstillingen ble omformulert underveis. Det ble vektlagt aspekter som syntes å være av særlig betydning for informantene, samt som ble vurdert å ha implikasjoner med spesiell signifikans for klinisk praksis.

Forskningsarbeidet er preget av en kombinasjon av relaterte vitenskapsfilosofiske retninger, og ulike metoder som baserer seg på disse retningene. De ulike retningene og metodiske verktøyene ble vurdert å komplementere, fremfor å motsi hverandre, og inkluderes for å belyse informantenes perspektiver på en fullstendig måte. De forstås å tilføre ulike innfallsvinkler til samme fenomen, og slik skape nyanser i forskningen. Oppgaven forsøker å integrere ulike forståelsesrammer i en helhetlig forståelse av fenomenet som studeres. Det har blitt vurdert som aktuelt å inkludere en større sosial og kulturell kontekst, samt bakenforliggende forståelsesrammer som kan ha bidratt til å forme praksis, pasientenes opplevelser som beskrevet i resultatene, og ikke minst forskers innvirkning på

forskningsarbeidet. Å gjennomgående inkludere ulike forståelsesrammer tilknyttet ulike metateoretiske perspektiver ble ansett som prekært for å forstå hvordan ulike holdninger kan oppstå, og hvilken kontekst de utvikles i. Samtidig må oppgaven forholde seg til de bestemte rammene som er satt, og derfor utelates grundigere drøftinger av resultatenes forankring i vitenskapsfilosofiske retninger. Det ble også prioritert å gi noe plass til å belyse dataene med konkrete teorier med høy relevans og smalere rekkevidde. Oppgavens rammer setter i denne forbindelse også grenser for hvor dypt man kan dykke ned i temaene i analysen.

Denne studien inkluderer alle typer tvangsmidler under samme problemstilling. Om man ser dette som en styrke eller svakhet avhenger av øyet som ser og forståelsen man har av fenomenet tvangsmidler. I denne studien anses ikke forskjellen i opplevelser fra ett tvangsmiddel til et annet som vesentlig med tanke på studiens formål. Formålet er å dypdykke i opplevelser med behandling som mottas under tvang. Tvangsmidlene anses i den forbindelse som en samling ulike verktøy som har liknende formål og funksjon, og behandles dermed også under ett. Andre forskere etterlyser imidlertid pasientopplevelser med ett spesifikt behandlingstiltak. Brun et al. (2017) hevder det finnes lite forskning på hvorfor pasienter ikke ønsker tvangsmedisinering. Flere forskere understreker i midlertid at det ikke er *hvilke* tvangstiltak som implementeres som har betydning for om pasientene vurderer opplevelsen som negativ eller positiv, men heller *hvordan* tvangstiltakene gjennomføres (Hem & Pettersen, 2011; Norvoll, 2006; Olofsson & Norberg, 2001).

I denne oppgaven vil det ikke differensieres mellom pasientenes ulike diagnoser. Diagnosen studeres i denne oppgaven som ett fenomen fordi ulike diagnoser ofte har samme funksjon og hensikt, og fordi diagnosen kan påvirke individet og miljøet på liknende måter uavhengig av type diagnose. Dette synet på diagnosen som fenomen kan knyttes til de sosiologiske og sosialpsykologiske teoriene som utdypes i punkt 2.5 - 2.8. I sammenheng med nevnte syn på diagnosen er dessuten korrelasjoner mellom spesifikke diagnoser og funn uinteressante i denne studien. Synet på diagnosen gjenspeiler seg i oppgavens kvalitative design, vitenskapsfilosofiske ståsted og metodiske fremgangsmåte, som vil utdypes gjennomgående. Det denne studien fokuserer på er diagnosen slik den oppleves av subjektet, og det medisinske innholdet i hver av diagnosene blir dermed mindre relevant.

1.7 Begrepsavklaring

I en oppgave om pasientopplevelser med TPH er en avklaring vedrørende oppgavens praktiske begrepsbruk nødvendig.

1.7.1 Pasientbegrepet.

Begrepet ”pasient” er omdiskutert og historisk ladet. Begrepet har sine svakheter, men alternativene ”klient” eller ”bruker” er ikke nødvendigvis mindre stigmatiserende eller mer dekkende (Hem, 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver en pasient som ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.” (1999). I denne oppgaven anses lovens definisjon av begrepet ”pasient” som mest passende, og ”bruker” vil kun benyttes i sammenheng med konseptet brukermedvirkning, eller når det er snakk om pasienter som engasjerer seg i brukerorganisasjoner.

1.7.2 Tvangstiltak.

Psykisk helsevernloven (1999) § 4-8 beskriver innholdet i begrepet tvangsmidler slik:

a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og reimer
b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, definert som isolering
c. korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
d. kortvarig fastholding

Behandling som innebærer nevnte tvangstiltak betegnes som formal tvang. Flere hevder i midlertid at skjerming bør betegnes som et tvangstiltak, og omfatte lovbestemmelsene på lik linje med øvrige tvangstiltak. Skjerming er en debattert metode som ofte betegnes som en ideologisk behandlingsmetode med formål å skjerme en psykotisk pasient for inntrykk som potensielt kan forverre pasientens helsetilstand (Norvoll, 2006). Dette gjøres ved å føre pasienten inn på et rom eller en avdeling med minimal mengde stimuli. Flere bemerker imidlertid at det foreligger et kunstig skille mellom det som betegnes som isolat (ledd b.) og det man kaller skjerming. Skjerming innebærer i teorien, men ikke alltid i praksis, at personalet er til stede (Norvoll, Ruud, & Hynnekleiv, 2015). En lovendring som trådte i kraft 1. september 2017 (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3) skal ifølge helse- og omsorgsminister Bent Høie (2017) styrke rettsikkerheten til pasienter som blir skjermet fra omgivelsene mot sin vilje. Lovendringen medfører at den faglige ansvarlige må fatte et vedtak, og gi en skriftlig begrunnelse for valg av tiltak før skjermingen settes i gang.

I denne studien inkluderes skjerming inn under begrepet tvangstiltak grunnet det uklare skillet mellom skjerming og de øvrige tvangstiltakene.

1.7.3 Formal vs. opplevd tvang.

Ulike definisjoner av tvang kompliserer forskingen på området. Fenomenet opplevd tvang er et alternativ til formal tvang (som beskrevet i punkt 1.7.2). Opplevd tvang, også kalt ”frivillig tvang” betegnes som behandling som innebærer bruk av overtalelser, trusler, eller at man mer eller mindre lurer pasienten til å motta behandlingstiltaket. Flere forskere hevder det ofte er dårlig samsvar mellom opplevelse av frivillighet og tvang på den ene siden, og pasientenes rettslige status i psykisk helsevern som ”frivillig” eller ”tvungen” på den andre (Høyer et al., 2002; Iversen, Høyer, & Sexton, 2007; Kjellin, Høyer, Engberg, Kaltiala-Heino, & Sigurjónsdóttir, 2006; Lidz et al., 1998; Norvoll & Husum, 2011; Aasen, 2009). Det vil si at selv om pasienter er innlagt på frivillig grunnlag, kan de oppleve høy grad av tvang tilknyttet innleggelsen. Samtidig kan personer som defineres som behandlet under tvungent psykisk helsevern oppleve stor grad av frivillighet og selvbestemmelse. Tross ulike definisjoner av formal og opplevd tvang er fenomenene vanskeligere å skille i klinisk praksis. Ettersom det finnes mange ulike definisjoner av opplevd tvang, og målinger av omfang for opplevd tvang er svært varierende, vil denne studien ta utgangspunkt i det noe tydeligere definerte begrepet formal tvang som definert under punkt 1.7.2.

1.8 Oppgavens struktur

I dette kapitlet ble studiens mål, nytteverdi, bakgrunn og eksisterende forskning presentert, i tillegg til en avklaring av sentrale begreper. Kapittel 2 vil presentere teori som belyser problemstillingen og som gir et godt grunnlag for å forstå studiens resultater. Kapittel 3 vil inneholde forskningsprosessens metodologi, herunder metoden og det vitenskapsfilosofiske grunnlaget for valg av metode, og til sist etiske vurderinger. I Kapittel 4 vil resultatene presenteres og drøftes. Resultatene tilknyttes relevant teori og det drøftes noen utvalgte implikasjoner av resultatene. I kapittel 5 vil ulike aspekter av resultatene diskuteres videre (blant annet implikasjoner over et lengre tidsperspektiv), og det diskuteres valg av metode. Her vil også studiens begrensninger diskuteres, og til sist vil oppgaven avsluttes med en oppsummerende og konkluderende del.

2 Teori

2.1 Innledning

I dette teorikapitlet vektlegges et utvalg sentrale psykologiske og sosiologiske teorier som belyser problemstillingen og som senere knyttes til resultatene som fremkom i denne studien. Anerkjente teorier og perspektiver som spesielt fremhever problemstillingen er vektlagt.

2.2 Utvikling mot medikalisering

Conrad og Schneider (1992) beskriver en utvikling mot medikalisering i den vestlige verden, og ser denne i lys av Émile Durkheims og Michel Foucaults historiske perspektiver. Medikalisering er et sosiologisk begrep som kan forstås som et forsøk på å forklare menneskers problemer gjennom biomedisinske og individuelle årsaksforhold. Conrad og Schneider fremhever medisinen som den dominante profesjon og den sentrale helbredende agent i vårt samfunn, spesielt vedrørende psykiske lidelser. Denne unike autoriteten er delvis resultat av effektiv behandling av (stort sett somatiske) sykdommer, medisinens gamle tradisjon som en vitenskap og synet på medisinens tradisjon som synonymt med ”fremgang” (Foucault, 1973). Conrad og Schneider hevder at medisinske konsepter ble de dominante konseptene knyttet til galskap lenge før man fant biofysiologiske korrelater knyttet til psykiske lidelser (slike korrelaters reliabilitet er for øvrig fortsatt debattert). De argumenterer dermed, i tråd med Foucaults tanker i The Birth of the Clinic (1973), at medikalisering ikke først og fremst springer ut av en biomedisinsk forståelsesramme, men at den heller bør sees som en sosial og politisk oppnåelse (Conrad & Schneider, 1992).

2.3 Den medisinske modellen og diagnosen

Den medisinske modellen innebærer at behandling følger av diagnosen. Pasientrollen kan dermed ofte ikke sees atskilt fra diagnosen. Den diagnostiske forskningstradisjonen bygger på empiriske prinsipper. Diagnosesystemet er i stor grad preget av et paradigme hvor statistiske undersøkelser, faktoranalyser og korrelasjonsstudier legger føringer for kunnskapsbygging. Systematisert kunnskap om lovmessigheter og årsaksforklaringer muliggjør prediksjon, kontroll og forklaring av fenomener man møter i psykisk helsevern. Hvis ikke det diagnostiske system baserte seg på antatte lovmessigheter, ville det ikke vært mulig å finne stabile mønstre av symptomer og konstruere diagnostiske kategorier (Hacking, 1995). Diagnosesystemet fordrer en tankegang tuftet på et demokratisk likhetsprinsipp om at alle har like rettigheter. I psykisk helsevern innebærer det at alle med lik diagnose skal ha like rettigheter og derfor motta likeverdig behandling. En motsats til likhetsprinsippet er et

nærhetsprinsipp som bekrefter individet som unikt og særegent. Behandling ut fra et nærhetsprinsipp innebærer å se personens sykdomstilstand i relasjon til personens sosiale og kulturelle kontekst (Løkke, 2014).

Diagnosesystemets betydningsfulle posisjon kan forbindes med den medisinske forståelsens solide forankring i tvungent psykisk helsevern i dag. I metateoretisk forbindelse betraktes diagnosen ofte fra et realistisk eller positivistisk ståsted. Fra et slikt perspektiv kan man argumentere for at diagnosen gjenspeiler virkeligheten (Hacking, 1999). Diagnosen gir i så måte viktig informasjon om individets faktiske egenskaper, forutsetninger og fungering. Jo mer realistisk epistemologisk eller positivistisk forståelse man har av psykiske lidelser, dess viktigere verktøy blir derfor diagnosen (Smith, 2007).

Det eksisterer utvilsomt flere mulige positive følger av å bli tildelt en pasientidentitet gjennom en diagnose. Sett fra et medisinsk perspektiv er formålet med TPH å redusere personens psykiske lidelse og bedre hennes funksjonsnivå. Diagnosen skal bidra til en effektivisering av behandlingssystemet hvor personer får rask og riktig behandling. Formålene med det diagnostiske system er videre å fordre samarbeid på tvers av profesjoner og mellom fagfolk, samt å skape felles enighet og forståelse av hva som ligger bak diagnosene, og hvordan man best kan hjelpe personer med de gitte symptomene. Følger av diagnosen som kan oppleves positive er at individet fratas skyld og ansvar da personen er syk og det anses å være lite pasienten kunne gjort for å unngå å bli syk. Man får en forklaring på sin annerledeshet, og denne forklaringen impliserer at årsaken til lidelsen ligger utenfor pasientens kontroll. Som konsekvens fratas personen strafferettslig tilregnelighet og vedkommende er ansvarsfri i juridisk sammenheng dersom hun skulle begå ulovlige handlinger i en psykotisk tilstand (Straffeloven, 2005, § 20).

Pasientrollen gir forutsigbarhet angående atferd som forbindes med det å være pasient, og rollen gir en god del økonomiske fordeler i form av støtteordninger. Mange kan dessuten oppleve diagnosen som en forklaring på problemer de har hatt i livet, og diagnosen forbindes dermed med en form for umiddelbar lettelse. Pasientrollen kan videre bidra til en rettferdiggjøring av atferd som bryter med etablerte normer. Denne ansvarsfraskrivelsen kan oppleves som hensiktsmessig der og da, men på lengre sikt kan mulighetene for å gjenvinne autonomi reduseres.

2.4 Sosial kontroll og diagnosen som avviksdefinerende

Foucault (2000) hevdet at makt kun kan studeres gjennom slik den utformer seg i praksis. Hans tanke var at institusjonalisering opp igjennom psykiatriens historie, medførte en mer skjult form for sosial kontroll enn tidligere. Aktører og institusjoner som har

definisjonsmakt og autoritet til å definere symptomer og sette diagnoser, kan anses som kontrollmakter. Med begrepet sosial kontroll menes overvåking av medlemmer i et sosialt system, med formål å holde avvik fra systemets normer innenfor visse grenser. Diagnosen blir i denne sammenheng et verktøy for å definere og kategorisere typer av avvik, og kan anses som et viktig redskap i utøvelsen av den sosiale kontrollen. Inspirert av Foucault omtaler Hacking (1999) diagnosen som et disiplinerende verktøy. Han understreker at selv om diagnosen behandles som et deskriptivt og årsaksforklarende fenomen forankret i statiske strukturer, kan diagnoser også i ulik grad være forbigående, ikke-kroniske, avhengige av tid og sted, samt forårsakes av kulturelle forhold.

I boken *Stigma* (1963) beskriver Goffman at ethvert individ som ikke overholder normene kan refereres til som en avviker, og hennes særegenhet som et avvik. Talcott Parsons (1991) vektla psykisk sykdom som en betegnelse på avvikende atferd og sammenlignet hvordan personer med psykisk sykdom anses som avvik på lik linje med personer som begår kriminalitet. Han understreket at forskjellen på å være syk og kriminell er at den sykes handlinger sees som utilsiktede, mens den kriminelles som tilsiktede og viljestyrte. Conrad og Schneider (1992) påpeker i boka Deviance and Medicalization at det å definere hva som er avvik og hvordan avvikene skal møtes (for eksempel hvilke tiltak pasientene møtes med) involverer en betydelig mengde makt. Ved å betegne noe som en sykdom, betegnes det samtidig som et avvik som er *uønsket*. Termen ”sykdom” innebærer altså en moralsk dom. Medisinens rolle blir dermed å utøve sosial kontroll overfor personer med avvikende, og noen ganger umoralske handlinger som anses som styrt av noe annet enn viljen (Conrad & Schneider, 1992).

2.5 Pasientens profetier

En rekke ulike teorier kan knyttes til hvordan mennesker søker å opptre i tråd med omverdenens forventninger, og videre hvordan pasienter søker å innfri forventningene andre har til dem som pasient. George Herbert Meads symbolske interaksjonisme antyder at det er gjennom å identifisere seg med andre pasienter at pasienten forsøker å svare til de ytre forventningene (Deegan, 2017). Pasienten observerer hvilke forventninger omverdenen har til andre pasienter, adopterer forventningene og retter dem mot seg selv. Meads begrep ”Den generaliserte andre” beskriver hvordan forventninger vi oppfatter at andre har til vår atferd kontrollerer våre sosiale handlinger. Mead inspirerte til Goffmans (1963) beskrivelse av den sosiale identitet som noe som formes av hvordan andre definerer oss. Denne prosessen kan også knyttes til det kjente Thomas-teoremet; dersom noe oppfattes som sant (for eksempel bestemte egenskaper ved en person), vil konsekvensene av det bli virkelig (Thomas &

Thomas, 1928). Hacking (1999) betegner samfunnets påvirkning på individet som *Looping effect*, og understreker at prosessen er bidireksjonal. Det vil si at forventninger til pasienten vil kunne forme pasientens atferd, og pasientens atferd vil igjen kunne endre de eksisterende forventningene.

Ettersom en pasient ofte ikke er en pasient uten en diagnose, blir diagnosen av stor betydning for å definere pasientrollen. Diagnosen og pasientrollen kan anses som to sider av samme sak, der diagnosen blir en fordypende beskrivelse av pasientrollen. Ved å bli plassert i en diagnostisk kategori, blir pasienten automatisk tillagt en rekke egenskaper som forbindes med denne kategorien. Disse egenskapene, vil videre bidra til å forme pasientrollen. For eksempel kan en person med en schizofrenidiagnose anses å ikke ha tilstrekkelige kognitive evner til å ta vare på seg selv. Etterhvert vil personen kunne endre sin atferd slik at atferden stemmer overens med forventingene omverdenen (og en selv) har til personer plassert i denne kategorien (Becker, 1991; Cooley, 1998; Goffman, 1963; Hacking, 1999; Merton, 1948; Thomas & Thomas, 1928). Hvordan pasienten opplever pasientrollen vil videre kunne forme pasientens syn på seg selv.

I et lengre tidsperspektiv kan pasienter gjennom deres atferdsuttrykk bidra til en reformulering av diagnosen og dennes betydning. Hvis for eksempel overgrepserfaringer viser seg å være til stede hos en del pasienter med personlighetsforstyrrelser, vil etter hvert det å ha vært utsatt for overgrep kunne bli et symptom på, og en forutsetning for personlighetsforstyrrelsen. Slik kan individer endre diagnosen, noe som illustrerer diagnosens fleksibilitet.

2.6 Forbindelsen mellom rolle og identitet

Innen den symbolske interaksjonismen vektlegges hvordan ”selvet” er et sosialt produkt som forstås og formes gjennom sosial handling og interaksjon (Collins, 1994; Cooley, 1998; Deegan, 2017). De tidligere nevnte ytre forventningene som legger føringer for våre handlinger, legger samtidig føringer for vår selvanskuelse. Tajfel hevdet at menneskets sosiale identitet skapes i og avhenger av hvilke sosiale grupper vi identifiserer oss med (Tajfel, 1982; Tajfel & Turner, 1979). Selve kjernen av menneskets identitet er kategoriseringen av selvet inn i en definert rolle. Rollens betydning og forventninger tilknyttet rollen inkorporeres i vårt syn på oss selv. Rollen som pasient kan gi en opplevelse av identitet og tilhørighet. I kraft av pasientrollen kan man dessuten oppleve å motta forståelse fra omverdenen og man kan oppnå en ny forståelse av seg selv. For å bedre vårt eget selvbilde må vi følgelig enten forhøye statusen til gruppen vi tilhører (inngruppen), eller svekke andre

gruppers (utgruppers) status. Tajfel (1982) hevdet denne kategoriseringen er selve grunnlaget for stereotypifisering som videre kan knyttes til utvikling av fordommer og stigmatisering.

2.7 Diagnose eller selvbilde?

Diagnosen blir, gjennom nevnte profetier, på sett og vis definerende for selvet. At diagnosen kan definere selvet er ikke utelukkende negativt for individet. Dersom en pasient opplever å ha en utflytende identitetsfølelse, vil hun kunne finne trygghet i identiteten diagnosen konstruerer. Pasienten vil heller, i tråd med Sartres eksistensfilosofi, klamre seg til diagnosen fremfor å anerkjenne en eksistensiell frihet i form av fravær av identitet (Sartre & Mairet, 1960). Å ikke vite hvem man er vil kunne medføre en eksistensiell angst som ethvert menneske, og spesielt en pasient i en sårbar situasjon, helst vil være foruten.

Et vesentlig aspekt for hvorvidt pasienten integrerer diagnosen i eget selvbilde, er synet på diagnosen som henholdsvis statisk versus dynamisk. Et eksempel på at det foreligger en uenighet om diagnosenes dynamikk er de ulike oppfatningene om prognose og tilfriskning ved schizofreni. Hva som defineres som tilfriskning kan variere fra fagperson til fagperson, og der noen vektlegger individuelt funksjonsnivå i dagliglivet, vil andre forsøke å telle antall symptomer. Den medisinske forståelsesrammen i psykisk helsevern kan medføre at diagnosen opprettholder sin statiske form. Diagnosen kan slik risikere å fordre en deterministisk holdning relatert til psykiske lidelser, hvor man vektlegger lite endringspotensiale.

2.8 Kognitiv dissonans

Festingers (1957) anerkjente teori om kognitiv dissonans beskriver at et psykisk ubehag oppstår når våre handlinger ikke stemmer overens med vårt syn på oss selv. Dersom man anser seg selv som et lovlydig menneske, vil ubehag oppstå om vi begår noe som anses som en ulovlig handling. Dette er fordi handlingen ikke er i tråd med vår selvanskuelse. For å redusere ubehaget kan man 1. endre atferd, for eksempel slutte å bryte loven, 2. endre tanker om atferden, ved å tenke at det ikke er så farlig å begå kriminelle handlinger, eller 3. introdusere nye kognisjoner som for eksempel å rettferdiggjøre stjeling med en ny tanke om at varen ikke var verdt den oppgitte prisen eller lignende.

2.9 Posisjoneringsteori

I motsetning til roller som i større grad er statiske og funksjonelle, er posisjoner dynamiske og påtas eller tildeles gjennom diskurser (Davies & Harré, 1999). Posisjoner er alltid relasjonelle og vil dermed alltid påvirke og skape andre personers posisjoner. De defineres ofte i bipolare dimensjoner; posisjonerer én seg som sterk, vil den andre posisjonere seg som svak. Posisjoner påvirker og blir påvirket av vår identitet slik som også er tilfelle med roller. De tre konstruksjonene posisjon, rolle og identitet har dermed stor

innvirkningskraft på hverandre. Dersom en pasient påtar seg en gitt posisjon, kan denne komme i konflikt med en del av forventningene knyttet til pasientrollen. Pasientens posisjon kan videre påvirke ansatte til å innta en antagonistisk posisjon.

2.10 De friske ansatte

Den ofte kritiserte idéen om at de med samme diagnose innehar like egenskaper, er ikke bare behagelig enkel og praktisk med tanke på behandling, den bidrar også til å forme en forståelse av de som er *utenfor* pasientpopulasjonen, nemlig de ansatte (Turner, 1982). Utgruppen av friske mennesker som evner å ha en viss grad av selvbestemmelse kan tillate seg å distansere seg fra gruppen av syke mennesker, og dermed tydeligere definere sin egen identitet som aktiv agent i eget liv, fornuftig, og rasjonell. Slik kan diskurser om diagnoser, symptomer og pasientrollen bidra til å øke distansen mellom ansatte og pasienter, de friske og de syke, de rasjonelle og de irrasjonelle, aktive agenter og passive tilskuere (Tajfel & Turner, 1979). Goffman (1963) hevder at relasjonen mellom personal og pasient fort kan preges av mistillit. Pasienten kan ha mistillit til psykiatrien som system, og personalet kan ha mistillit til pasienten basert på hennes diagnose. Dermed kan en usikkerhet knyttet til hvordan forholde seg til hverandre oppstå mellom ansatte og pasienter. Fortolkningen av pasientens avvikende atferd, og hennes diagnose, vil medføre en moralsk respons fra personalet (Conrad & Schneider, 1992). Denne responsen avhenger blant annet av hvilke assosiasjoner og fordommer som knyttes til pasientens diagnose. Negative assosiasjoner tilknyttet en bestemt diagnose vil kunne medføre negative reaksjoner i praksis. Diagnosen kan slik bidra til en mistillit og en usikkerhet mellom pasient og personell, som står i fare for å redusere pasientens troverdighet, tillit og menneskelighet.

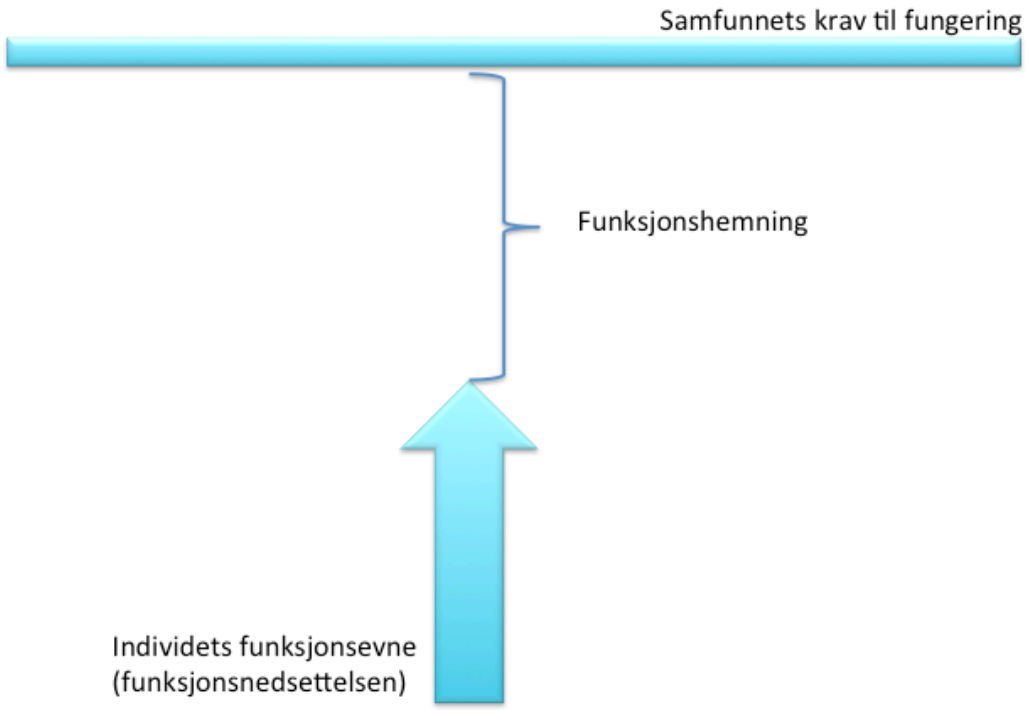
2.11 Pasientrollen i en relasjonell forståelsesramme

Studiens vitenskapsteoretiske grunnlag bygger på prinsipper som hevder at ontologiske spørsmål er irrelevante når forskningsspørsmålet fokuserer på pasienters *opplevelser* av fenomenet tvang. Dette vil utdypes i kapittel 3 (punkt 3.2). Informantenes opplevelse bærer imidlertid ikke nødvendigvis preg av den samme virkelighetsforståelsen som forskerens. I noen tilfeller vil informanters synspunkter bedre kunne forstås gjennom en forståelsesramme som også inkluderer et ontologisk fokus, og derfor presenteres to modeller som illustrerer forholdet mellom sosiale konstruksjoner og fenomener som eksisterer uavhengig av disse.

Det relasjonelle perspektivet kan knyttes til tilnærmingen kritisk realisme som søker å kombinere sosialkonstruksjonisme med et fokus på ontologiske spørsmål. Denne retningen vokste frem delvis som et svar på kritikken rettet mot sosialkonstruksjonistiske tilnærminger

som overser ontologiske spørsmål, og argumenterer for viktigheten av å anerkjenne naturalistiske perspektivers betydning, i tillegg til å opprettholde et fokus på den sosialt konstruerte virkeligheten. Tenkere som tilhører retningen kritisk realisme, har også kritisert sosialkonstruksjonistiske retninger for å kun fokusere på samfunnets konstruksjon av mentale lidelser og andre fenomener, og dermed overse den gjensidige påvirkningen mellom samfunnet og lidelsen (Hacking, 1999). En god del av Hackings tenkning er i tråd med kritisk realisme, tross at han selv ikke kaller seg kritisk realist (Shakespeare, 2014).

GAP-modellen er en relasjonell modell fra funksjonshemningsforskningen som forsøker å forene den medisinske og den sosiale forståelsen av en funksjonshemning (figur 1). GAP-modellen vektlegger at funksjonshemning oppstår når en persons livskvalitet reduseres fordi det eksisterer et gap mellom en persons funksjonsevne og samfunnets krav (eller samfunnets tilpasning til individet) (Lie, 1996; NOU 2001:22). Dette blir relevant også med hensyn til psykiske lidelser ettersom disse kan betegnes som psykososiale funksjonsnedsettelser. Tom Shakespeare er noe mer fenomenologisk i sin tilnærming. Hans relasjonelle modell for funksjonshemning tilføyer at det er det *opplevde* resultat av gapet mellom funksjonsevne og samfunnets krav som skaper funksjonshemning (Shakespeare, 2013). Modellene skiller altså mellom funksjonshemningen som skapes av samfunnets barrierer, og funksjonsnedsettelsen som er egenskaper ved individet som fører til en nedsatt fungering. Ifølge tidligere sosiale modeller vil ikke en person som sitter i rullestol være funksjonshemmet før hun møter en trapp. Shakespeare understreker derimot det faktum at beina hennes har nedsatt funksjon, og at selve funksjons*nedsettelsen* eksisterer uavhengig av trappen eller andre samfunnsmessige barrierer.



Figur 1. GAP-modellen for funksjonshemning kan illustrere et relasjonelt perspektiv på psykiske lidelser (psykososiale funksjonsnedsettelser).

Både GAP-modellen og den relasjonelle modellen kan relateres til en virkelighetsforståelse tilknyttet kritisk realisme, som er opptatt av å anerkjenne en virkelighet utenfor den sosiale virkeligheten vi har tilgang til. I denne forbindelse kan det anses som vesentlig å anerkjenne den reelle funksjonsnedsettelsen, uavhengig av den konstruerte diagnosen.

Searle (1995) hevder at man kan velge å kun forholde seg til epistemologien og holde denne separert fra ontologien. Han separerer kunnskap om et fenomen i ”institutional facts” som konstrueres gjennom samfunnsmessige institusjoner, og ”brute facts” som eksisterer uavhengig av de samfunnsmessige institusjonene. For eksempel er en 100-kroners seddel kun et stykke papir uten den samfunnsskapte pengeverdien papirlappen tillegges. Allikevel må man akseptere papirlappens eksistens (”brute facts”) som uavhengig av menneskeskapte valutasystemer (”institutional facts”), hevder Searle. Etter at noe har utviklet seg til en ”institutional fact”, er denne ikke lenger nødvendigvis avhengig av den ”brute fact” som den sprang ut i fra. For eksempel er idéen om penger som et middel for å tilegne seg varer eller tjenester ikke lenger avhengig av papirlappen. Searle selv konsentrerer seg i stor grad om ”institutional facts” og hvordan disse blir grunnleggende for stadig nye og flere ”institutional facts”.

Hacking (1999) understreker viktigheten av å anerkjenne naturvitenskapens fokus på stasjonære aspekter av fenomener. Hacking diskriminerer mellom kategoriene ”indifferent-” og ”interactive kinds” som samfunnet plasserer på et fenomen. ”Indifferent kinds” er kategorier om et fenomen som ikke lar seg påvirke av hvordan fenomenet blir forstått. ”Interactive kinds” betegner kategorier om fenomen som blir påvirket av og påvirker sine omgivelser. Hacking hevder vitenskapen trenger plass til begge begreper da disse representerer ulike måter å se samme fenomen på, og kan assosieres med perspektiver fra et naturvitenskapelig og et sosialkonstruksjonistisk ståsted. En psykisk lidelse kan muligens være en ”indifferent kind” med nevrobiologiske korrelater som mer eller mindre statiske indikasjoner på lidelsen, samtidig som den kan være en ”interactive kind” som defineres og forstås ulikt avhengig av den sosiale, historiske og kulturelle kontekst. Disse to ”kinds” kan minne om Searles to nevnte begreper ”institutional -” og ”brute facts”, men Hacking omtaler i større grad kategorier relatert til mennesker, og merkelapper som spesifikt brukes om mennesker (såkalte ”human kinds”). Hacking elaborerer videre at psykisk syke kan ha en faktisk funksjonsnedsettelse, som vi kaller psykisk lidelse, men at det er *kunnskapen* vi har om psykisk sykdom og hva vi legger i begrepet vi bør stille spørsmål ved (altså de interaktive kategoriene vi tillegger et fenomen). Hacking hevder dessuten at ettersom en del diagnoser er forbigående, og avhenger av tidsmessige og kulturelle forhold, er det vår forståelse av diagnosene som er av størst betydning for hvordan diagnosen påvirker individet: ”There is not only a strong pull towards a constructionist attitude to many mental disorders, but also a great interest in what the classifications do to the individuals classified.” (Hacking, 1999, s. 115-116).

2.12 Avslutning

I dette kapitlet har det blitt presentert hvordan diagnosen forstås i et medisinsk og et avviksteoretisk perspektiv, med hovedvekt på sistnevnte. Ulike forbindelser mellom posisjon, rolle, identitet og diagnose har blitt fremlagt, i tillegg til implikasjoner av å innta eller pålegges ulike posisjoner, og roller. Til sist nevnes en relasjonell forståelsesramme som en alternativ forståelse til de medisinske og sosiale forståelser av diagnosen. Den relasjonelle forståelsesrammen kan medføre en anerkjennelse av en reell funksjonsnedsettelse som kan representere et viktig perspektiv i forståelsen av pasientenes opplevelser med TPH.

3 Metodologi og etikk

3.1 Innledning

Dette kapitlet vil belyse oppgavens rammeverk. Det innebærer metodiske beskrivelser av forskningsprosessen; gjennomføring av analysen, og etiske dilemmaer som har blitt vurdert. Dette vil knyttes til vitenskapsfilosofiske retninger og teorier relevant for oppgavens metodologi. Oppgavens vitenskapsfilosofiske grunnlag som har lagt føringer for metodologiske valg anses som relevant å presentere først i dette kapitlet.

3.2 Studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag

Studien beror i stor grad på en sosialkonstruksjonistisk tilnærming inspirert av Gergen (2009), som ser bort fra at mennesket kan oppnå objektivitet om en eventuell virkelighet. Flere kritiserer i midlertid begrepet sosialkonstruksjonisme for å mangle avgrensning og en tydelig definisjon, tross begrepets hyppige anvendelse (Hacking, 1999). Derfor anses det som betydningsfullt å utdype hva som legges i begrepet sosialkonstruksjonisme i denne oppgaven, for å sørge for presis bruk av begrepet.

Gergen (2009) har latt seg inspirere av flere store tenkere og integrert deres perspektiver i hans egen sosialkonstruksjonistiske forståelse. Blant annet er han inspirert av kjente tenkere som Mead, Vygotsky og James. Gergen hevder alle observasjoner er avhengige av subjektet som observerer, og konstrueres dermed av menneskelig bevissthet. Som medlemmer av et samfunn, kan mennesker aldri være objektive i naturalistisk forstand. Fokuset i denne oppgaven ligger på hvordan mennesket betrakter og forstår verden gjennom konstruerte kategorier, og likeledes hvordan disse kategoriene konstruerer individets forståelse av seg selv. Alt som er observerbart gjennomsyres av mening skapt av den sosiokulturelle og historiske virkeligheten som konstituerer vårt samfunn. Ettersom vi ikke kan ha tilgang til noen annen virkelighet enn den sosiale og subjektive, mister diskusjoner om ontologi sin relevans. Hovedspørsmålet i Gergens konstruksjonisme, og i denne oppgaven, blir dermed av epistemologisk karakter og konsentrerer seg om hvordan mennesker konstruerer kunnskap om den sosiale virkeligheten de lever i. Det å ikke ta stilling til en eventuell objektiv virkelighet, betyr i denne sammenheng ikke at det antas at en objektiv virkelighet eksisterer, ei heller betyr det at en slik eksistens avkreftes. For å belyse informantenes refleksjoner trekkes det allikevel inn en relasjonell forståelsesramme hentet fra kritisk realisme (som beskrevet under punkt 2.12). Denne tar stilling til ontologiske spørsmål om psykiske lidelser, og vurderes relevant for å fremheve informantenes perspektiver. Forståelsesrammen hentet fra kritisk realisme sees ikke å stride i mot oppgavens

sosialkonstruksjonistiske ståsted da disse to kan kombineres på ulike områder. Et kritisk realistisk perspektiv anses videre å kunne tilføre nyanser og utbrodering av resultatene.

Oppgavens epistemologiske grunnlag baserer seg videre på at kunnskap aktivt utvikles i en sosial kontekst. Dette kan knyttes til en rekke ulike retninger, og hovedsakelig Meads symbolske interaksjonisme som innebærer at menneskets bevissthet oppstår gjennom interaksjon med andre mennesker (Deegan, 2017).

Vygotsky var en av de første som innen psykologien introduserte et mer kollektivistisk syn på bevissthet (Gergen, 2009). Han presiserte at alt som eksisterer i menneskesinnet er først til stede i den sosiale verden. Individets psykologiske fungering er dermed ikke mulig å skille fra den kulturelle konteksten. Menneskets kognisjoner (spesielt de som anses som høyere ordens funksjoner) er ikke isolerte i individet. Dette synet kontrasterte med tradisjonelle individualistiske teorier om menneskelig bevissthet (Vygotsky, 1980).

Gergen (2009) hevder videre at all vitenskap er moralsk og politisk vektet i sine konsekvenser, og at et sentralt spørsmål for forskning blir kunnskapens potensiale for menneskeheten. Slik integrerer Gergen pragmatisme inspirert av James, i sin sosialkonstruksjonistiske tilnærming. Denne oppfatningen gjør seg gjeldende også i denne studien, og illustreres gjennom et fokus på både individorienterte, praktiske og samfunnsmessige implikasjoner for resultatene. Å inkludere relevante aspekter på et samfunnsmessig nivå innebærer blant annet å nevne ulike metateoretiske retningers påvirkning på klinisk praksis, samt implikasjoner av sosiale konstruksjoner og interaksjonsprosesser på både individ- og samfunnsnivå. I denne forbindelse er tekster av Foucault ansett som sentrale forankringspunkter da disse inkluderer historiske, samfunnsmessige og politiske aspekter (tross at Foucault selv tar avstand fra moralske spørsmål). Oppgaven henter også inspirasjon fra det foucauldianske perspektiv i den forstand at språket anses som et viktig aspekt som konstruerer menneskets sosiale verden. Diskurser anses å skape begrensninger så vel som det skaper muligheter. I denne sammenheng er forbindelsen mellom diskurser og makt relevant å trekke frem. Foucauldianske teorier anses som et godt utgangspunkt for å utforske hvordan diskurser brukes til å skape posisjoneringer, og andre prosesser på makronivå. Når man inkluderer et fokus på hvordan diskurser bidrar til å skape maktstrukturer i samfunnet, er det lett å trekke linjer til politiske arenaer og sosiale praksiser, som også anses som delvis relevante i denne oppgaven. Gjennom å inkludere en politisk relevans kan det foucauldianske perspektivet bidra til å utforske og underminere eventuelle undertrykkende praksiser. Denne politiske relevansen kan videre relateres til det Alvesson og Sköldberg (1994) betegner som trippelhermeneutikk. Begrepet innebærer

dobbelthermeneutikk (forskers tolkning av informantens tolkninger) kombinert med et kritisk blikk på samfunnsforholdene som påvirker både forsker og informant. For å kunne produsere og analysere funnene og relatere disse til aktuelle samfunnsforhold har det vært vesentlig å gjennomgå litteratur om historiske perspektiver på psykiatrien.

Oppgaven baserer seg videre på at å legge fra seg forforståelse er umulig og heller ikke ønskelig. Derfor legges det vekt på å presentere studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag, forskers refleksivitet, og transparens i forbindelse med metodevalg.

3.3 Litteratur

For å tilegne meg kunnskap om feltet har jeg i forkant av intervjuene og underveis forsøkt å danne en oversikt over forskningen som eksisterer om tvungent psykisk helsevern. Søk etter teori på feltet har blitt gjort med søkemotorene BIBSYS, PsycNet, PsycInfo, PubMed og SAGE Journals. Jeg har lest kronikker i landsdekkende og lokale aviser, samt artikler i ulike tidsskrift. Parallelt med dette har jeg forsøkt å plassere eget vitenskapsfilosofiske ståsted blant eksisterende vitenskapsteorier ved å lese primærkilder av sentrale tenkere innenfor relevante felt.

Teorien som benyttes for å utdype resultatene ble valgt ut etter en grundig analysering av resultatene, slik at resultatene og problemstillingen i stor grad la føringer for valg av teori. Utvalg av teori vil naturligvis også være preget av studiens sosialkonstruksjonistiske ståsted som beskrevet i punkt 3.2.

3.4 Valg av forskningsmetode

En kvalitativ forskningsmetode ble valgt basert på en epistemologisk forståelse om at fenomenet opplevelser med TPH eksisterer i en sosial interaksjonsprosess som alltid vil være gjenstand for tolkning (Deegan, 2017; Smith, 2007). Forskningsarbeidet forsøker å avdekke betydningen av, og kvaliteter ved opplevelser med TPH, samt å avdekke mellommenneskelige og intraindividuelle prosesser som påvirker hverandre, noe kvalitativ forskningsmetode tilrettelegger for. Dessuten muliggjør en kvalitativ metode vektlegging av nyanser, kompleksitet og mangfold i forskningsarbeidet, fremfor generaliseringer og større fokus på deduksjon. Selv om dette forskningsarbeidet både innebærer elementer av induksjon og deduksjon, er målet i større grad å utvikle teori i form av ny innsikt og dypere forståelse av et fenomen, enn å teste hypoteser formulert på forhånd. Som ofte er tilfelle i en del kvalitative studier, har denne studien en induktiv ambisjon (Malterud, 2013). Derfor ble teori som belyser resultatene stort sett valgt etter, men også parallelt med, analyse av resultatene. Samtidig er forskningen deduktiv i form av at eksisterende teori utvilsomt vil påvirke forskningsprosessen, både direkte og indirekte (dette utdypes under 3.12 Refleksivitet).

3.5 Valg av datainnsamlingsmetode

Ettersom målet med studien var å dypdykke i opplevelser som kunne være relevante å ta hensyn til i utformingen av praksis på lukkede psykiatriske døgnseksjoner, ble det semistrukturerte intervjuet ansett som et passende verktøy. Det semistrukturerte intervjuet fordret en fortrolighet som åpnet for at informantene kunne uttrykke tanker og erfaringer de ikke nødvendigvis hadde delt med andre. Intervjuet åpnet videre for oppklaring av eventuelle misforståelser, og for at informantene selv kunne velge hvorvidt de ønsket å holde seg på et mer følelsesmessig distansert og deskriptivt plan, eller om de ønsket å dele opplevelser som kunne medføre emosjonell aktivering. Informantene ble oppfordret til å snakke så fritt som mulig om temaet. Samtlige deltakere valgte å gå i dybden av deres opplevelser i svært stor grad, gjennom å beskrive følelser, tanker og handlinger knyttet til svært personlige opplevelser. Intervjuet ga både rom til deskriptive beretninger om konkrete hendelser, og informantenes meninger, refleksjoner og holdninger.

Mange opplevdes som å ha et stort formidlingsbehov, som det semistrukturerte intervjuet ga plass til. Flere deltakere formidlet at det var få eller ingen som hadde spurt om deres opplevelser med og vurderinger av TPH, og at det var godt å kunne snakke relativt fritt om temaet.

Det ble benyttet båndopptaker under intervjuet for å gi mest mulig rom til mental tilstedeværelse og aktiv lytting under selve intervjuet.

3.6 Rekruttering av deltakere

Distriktpsykiatriske sykehus (poliklinikker og døgnposter) og private aktører ble kontaktet for å innhente informanter gjennom ledelsen. Jeg kontaktet også åtte ulike brukerorganisasjoner. Det viste seg å være lettere å komme i kontakt med informanter gjennom brukerorganisasjoner enn gjennom ledelsen på psykiatriske institusjoner. Begrunnelsene jeg fikk for dette var blant annet at personalet på institusjonene var usikre på hvilken psykisk belastning en slik deltakelse kunne medføre for pasienten og hadde derfor et behov for å beskytte pasientene. En annen årsak kan være at ettersom den ansatte blir et mellomledd, blir det vanskelig for pasienten å danne seg et inntrykk av hva studien går ut på, og hvem forsker er, og dermed kan det virke mindre attraktivt å delta.

Jeg søkte personer over 18 år med erfaring fra tvungent psykisk helsevern, med så ulike demografiske trekk som mulig. Det var i utgangspunktet ønskelig å få tak i ulike opplevelser, fra personer i alle aldre, begge kjønn og som både hadde mange og få erfaringer fra TPH. Ulik demografi var ønskelig for å gi tilstrekkelig bredde i ulike perspektiver og for å finne individuelle, og kanskje unike, måter å se fenomenet tvang på (Giorgi, 1985). Jeg

inkluderte erfaringer med ulike tiltak på tvangsparagraf. Utvalget ble valgt basert på det opprinnelige temaet for studien: *Pasientopplevelser med tvungent psykisk helsevern*. Jeg søkte ikke spesifikt etter personer med bestemte diagnoser, men var forberedt på å hovedsakelig møte personer med psykoseproblematikk, bipolar lidelse og depresjon. I tråd med forskningens vitenskapsteoretiske grunnlag, som beskrevet under punkt 3.2, vektlegges ikke kvantitative detaljer om utvalget som for eksempel hvor mange informanter som har spesifikke diagnoser eller spesifikt antall innleggelser eller andre tiltak de har erfaring med. Dette er fordi studiens fokus er å dypdykke i, og gi nyanserte beskrivelser av ulike personers opplevelser med TPH, fremfor å finne korrelasjoner eller sammenhenger mellom ulike variabler, for å bedrive kvantitative generaliseringer. Et fravær av preferanse for å inkludere bestemte diagnoser kan sees i sammenheng med studiens metodologiske ståsted og kvalitative design hvor hypoteser om sammenhenger mellom spesifikke diagnoser og opplevelser ofte anses som mindre relevant (Malterud, 2013). Av samme grunn ble det ansett mindre relevant å knytte spesifikke diagnoser til ulike opplevelser a posteriori. Det ble heller ikke gjort begrensninger basert på type tvangstiltak deltakerne hadde erfaringer med. Denne heterogeniteten i utvalget var ønskelig for å generere mangfoldig datamateriale, som kunne gi funn jeg ikke nødvendigvis hadde forventet å få på forhånd. Et rikt datamateriale muliggjorde videre at informantene i stor grad kunne bidra til utvikling av den spesifikke problemstillingen.

3.7 Om utvalget

Jeg fikk en stor mengde henvendelser, og måtte takke nei til et stort antall interesserte. 12 av de første personene som kontaktet meg ble inkludert i studien, resten av de interesserte ble ekskludert. Av de inkluderte var åtte kvinner og fire menn i alderen 21 til 65 år. 12 personer var noe i overkant av det antallet informanter jeg initialt så for meg, men antallet ble beholdt i tilfelle noen ville trekke seg og fordi det ble ansett å kunne gi ytterligere informasjon og nyanser i forskningen med flere informanter. Ingen informanter endte med å ville trekke seg. Informantene var bosatt i samtlige landsdeler. Samtlige deltakere hadde opplevelser med tvangsinnleggelser, og majoriteten hadde opplevd skjerming og/eller tvangsmedisinering. Ca halvparten hadde opplevelser med beltelegging. To av informantene var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn under utførelsen av intervjuet, resten hadde erfaringer som strakk seg mer eller mindre tilbake i tid. Langt de fleste hadde erfaringer med TPH i løpet av de siste 3-4 årene. Noen hadde lang fartstid i psykisk helsevern med tosifrede antall opplevelser med tvangstiltak, mens andre kun hadde én eller to erfaringer med TPH.

3.8 Eksklusjonskriterier

Jeg ga informasjon om at jeg ville ekskludere personer som for tiden opplevde høyt symptomtrykk og var innlagt under tvang ettersom disse personene kunne være spesielt sårbare for å oppleve psykiske belastninger ved å delta i studien. Det var dessuten ønskelig at informantene helst skulle ha hatt litt tid til å bearbeide, samt reflektere over egne opplevelser i etterkant av behandlingen. Jeg ekskluderte også personer som ikke hadde hatt kontakt med tvungent psykisk helsevern i løpet av de siste 10 årene. Dette for at informantene skulle ha erfaringer tilknyttet dagens praksis relativt friskt i minne.

3.9 Innsamling av data

I forkant av intervjuene fikk de som hadde kontaktet meg tilsendt samtykkeskjema som fungerte som et informasjonsskriv. Intervjuene ble utført på møterom etter deltakernes preferanser, nøytrale kontorlokaler, hjemme hos informantene, og et mindretall ble utført over telefon og Skype. De varte fra 50 til 120 minutter, og deltakerne ble oppfordret til å snakke så fritt som mulig om deres opplevelser med TPH. Tre av informantene sendte meg informasjon om deres opplevelser på mail på eget initiativ før og etter intervjuet. Denne informasjonen ble grundig lest igjennom og brukt som supplement til innholdet i intervjuene. Rundt 200 sider med tekst ble generert (skriftstørrelse 12, linjeavstand 1,5).

To uker etter gjennomført intervju ble informantene kontaktet med spørsmål om de hadde noen refleksjoner, innspill eller annet i etterkant av intervjuet. De ble da spurt om de hadde opplevd noen form for ubehag knyttet til intervjuet, for å vurdere behov for eventuell videre oppfølging. Majoriteten oppga at de opplevde intervjuet som uproblematisk og som en positiv opplevelse der de fikk sette ord på og dele deres opplevelser. Et par informanter ga uttrykk for at det var tøft å snakke om deres opplevelser, men at det også var en nødvendighet med tanke på deres personlige bearbeidelsesprosess av disse erfaringene.

3.10 Fra tema til problemstilling

Arbeidet startet med et svært åpent og omfattende tema; *Pasientopplevelser med TPH*, og problemstillingen *Hvordan virker diagnosen inn på pasientrollen?* ble utformet underveis i arbeidet med datamaterialet, ettersom det førstnevnte temaet var et svært omfattende tema som skapte et behov for videre avgrensning. Det brede temaet Pasienterfaringer med TPH muliggjorde en eksplorerende tilnærming som tillot utforskningen av en stor mengde ulike aspekter ved temaet, før problemstilling ble utformet. Tilnærmingen forutsatte en åpenhet som i stor grad oppfordret til å la informantene lede forskningen, så godt det lot seg gjøre. Etter å ha gjennomgått datamaterialet ble temaene *Diagnosen* og *Pasientrollen* vurdert som betydningsfulle temaer for en tydeligere og mer spisset problemstilling. Disse temaene ble

vurdert å ha stor signifikans basert på at de ofte ble gjentatt, vekket følelser hos flere av informantene, og ved at de kunne sees i sammenheng med en del andre undertemaer informantene kommuniserte som viktige. En rekke andre problemstillinger ble formulert og prioritert bort av hensyn til oppgavens omfang, og som nevnt fordi valgte problemstilling syntes å være av spesiell betydning i datamaterialet. Temaer som ble valgt bort var blant annet drøftingen av brukermedvirkningens verdi, tvangsmidlenes berettigelse ved ulik pasientproblematikk, alternativer til tvang, medikamentfri behandling, miljøet på lukket avdeling, og positive opplevelser med tvang.

Det fremkom i analysearbeidet ulike måter diagnosen bidrar til å forme pasientrollen på, og konsekvensene dette har for pasienten ble, i lys av datamaterialet, vurdert som svært vesentlige med tanke på pasientens behov og helse. Problemstillingen ble også valgt fordi den kan stille elementære spørsmål vedrørende praksisutførelse i TPH og forståelsesrammene denne praksisen baserer seg på. Problemstillingen ble med andre ord delvis valgt basert på dens pragmatiske verdi (Gergen, 2009; Kvale, 1996). Den ble ansett som å skille seg fra eksisterende forsknings problemstillinger ved at den går i dybden av pasientopplevelsene i større grad, og ikke kun stiller spørsmålet om hvorvidt behandlingen i TPH er berettiget eller ei. Problemstillingen åpner opp for en videre undersøking av hva den diagnosebaserte behandlingen gjør med individet, hvilke konsekvenser den har, og hvorfor vi velger denne typen diagnosebasert praksis.

3.11 Analyseprosessen

Den sirkulære prosessen innebar å bli kjent med dataene ved transkribering, flere gjennomlesninger, notater til teksten, og koding. Transkriberingen inneholdt intonasjon, pauser og andre følelsesmessige uttrykk som utmerket seg underveis i intervjuet, inspirert av et foucauldiansk diskursanalytisk paradigme. Prosodi, paralingvistiske og ekstralingvistiske elementer som hvordan ord ble utrykt, gester og fakter, ble inkludert der det ble ansett å være av betydning for hvordan tekstmaterialet kunne forstås.

Ettersom opplevelser alltid utspiller seg i en kontekst har det vært viktig å reflektere rundt hvordan konteksten påvirker informantenes opplevelse av TPH. Den umiddelbare konteksten i intervjusituasjonen vil også kunne påvirke forskers forståelse av opplevelsene som deles (Deegan, 2017). Det ble derfor skrevet notater vedrørende atmosfæren i rommet og inntrykk av informantene i etterkant av hvert intervju. Det ble etter hvert intervju og underveis i transkripsjonsarbeidet notert følelser som oppstod hos intervjuer i intervjusituasjonen, i tillegg til non-verbal kommunikasjon. Dette fordi følelser som oppstår

hos forsker under en intervjusituasjon i noen tilfeller kan fortelle noe om hvilke følelser informanten opplever (McWilliams, 2011).

3.11.1 Koding.

Kodingen startet deskriptivt for korte segmenter av tekstmaterialet, og ble stadig mer abstrakt etter hvert som kodene utviklet seg til ulike overordnede temaer. Kodingen tok i første omgang sikte på å trekke ut meningsinnholdet i utsagnene. Det ble benyttet NVivo 11 som verktøy for koding, som gjorde det mulig å fargekode beslektede meningsutsagn, se omfanget av hver av kodene, se gjentakelsestendenser av ord og koder, og skape visuelle fremstillinger av materialet i ulike modeller. Det ble gjennomgående vekslet mellom å fokusere på detaljer, og en mer overordnet forståelse av helheten av disse beskrivelsene. Ulike deler av materialet som ble ansett som forbundet med hverandre ble systematisert, samtidig som det ble vurdert om det systematiserte materialet fortsatt stemte overens med konteksten det ble hentet ut fra (jmf. Malteruds begrep de- og rekontekstualisering (2013)). De rundt 200 sidene med tekstmateriale genererte et stort antall koder som stadig ble slått sammen og redusert i antall.

3.11.2 På leting etter betydningsfulle temaer.

Det ble benyttet elementer fra diskursiv og tematisk analytisk tilnærming for å finne frem ulike kategorier som var av spesiell betydning for å besvare problemstillingen. Inspirert av det foucauldianske diskursanalytiske paradigmet, ble informantens følelsesuttrykk og hvordan dette påvirket intervjuer og atmosfæren i rommet analysert. Det ble vurdert at temaer av spesiell betydning ville vekke en emosjonell respons hos informanten, og at de ville gjentas flere ganger i materialet (Malterud, 2013). Temaer med gjentakelsestendenser og som kunne relateres til flere andre temaer som også gikk igjen, ble spesielt ansett som signifikante. Det ble etter hvert snevret inn til ett mindre og mindre antall temaer som ble ansett å være av vesentlig betydning for problemstillingen.

For å vurdere temaenes viktighet ble det vurdert hvilken praktisk betydning funnene hadde for klinisk praksis. I tillegg til å være spesielt vektlagt av informantene, virket temaene viktige for klinikeres forståelse av hvordan pasienter kan oppleve behandling i TPH. Denne delen av analyseprosessen kan relateres til en pragmatisk metode, hvor viktigheten av et aspekt bestemmes av aspektets praktiske konsekvenser (Gergen, 2009; Kvale, 1996).

Gjennom informantenes formidling ble enkelte temaer oppfattet som svært betydningsfulle for informantene selv, og disse ble derfor vanskelige å legge til side. Et mindre antall temaer som var tett knyttet til hverandre (deler av ett større overordnet tema), fremfor et større antall temaer, ble valgt for fordypning for å tillate dype beskrivelser, grundige analyser og solid drøfting.

3.12 Refleksivitet

Refleksivitet vil alltid medføre en vekselvirkning mellom forsker og forskningsarbeidet som må anerkjennes. Selv om et delmål med forskningen var å la informantene lede prosessen med utviklingen av de overordnede temaene, har utvilsomt egen aktive forskerrolle påvirket denne prosessen. Forskers påvirkning anses som uunngåelig, og er en naturlig del av et hvert forskningsarbeid (Heidegger, 1996; Malterud, 2013). Alt som ble konstruert i analyseprosessen farges følgelig av min samfunnsvitenskapelige teoretiske bakgrunn. I arbeidet ble det etterstrebet en aktiv holdning som fordret kritisk refleksjon rettet mot egne holdninger. En fordom som var til stede før studien startet var at det trolig finnes tilgjengelige alternativer som i liten grad vurderes, eller at det iverksettes tvang i mangel på andre mer skånsomme midler. Denne fordommen ble utfordret av en anerkjennelse av at jeg personlig har lite direkte erfaring fra TPH og dermed må beholde en viss ydmykhet i behandlingen av temaet. Før arbeidet med studien begynte hadde jeg også en fordom om at media trekker frem de mest ekstreme tilfellene av pasientopplevelser med TPH, og framstiller disse som representative for hvordan TPH oppleves på generell basis. Jeg ville nyansere debatten og få inn flere stemmer fra pasientpopulasjonen.

Med profesjonsutdanning innen psykologifeltet kan det oppstå utfordringer med å oppnå en ønskelig akademisk distanse (Wadel, 1991). Samtidig kan min bakgrunn fra studiet, erfaring fra feltet, og som ansatt i psykisk helsevern gi en ”innenfrakunnskap” om systemet (Repstad, 2014). Når informantene merker at man kjenner de sosiale kodene og forstår hva de snakker om, kan dette åpne opp for ytterligere åpenhet og ærlighet i responsene deres. Erfaring som terapeut og psykologstudent kan også ha medbrakt noen fordeler i rollen som intervjuer, for eksempel gjennom erfaring med sokratisk dialog, aktiv lytting, empatisk bekreftelse, å skape tillit, teknikker i å stille spørsmål, og å tåle stillheter samt se stillheter som muligheter til å skape fremgang i dialogen. Flere av informantene uttrykte dessuten en stor tillit til psykologprofesjonen som helhet og anså denne som en kontrast til psykiaternes medisinske forståelse som flere hadde en del negative forestillinger knyttet til. Min faglige bakgrunn bidro dermed til å skape en viss tillit, som er et godt utgangspunkt for å gi rom til åpenhet og ærlighet i informantenes beretninger.

I tillegg til intervjuene har jeg hatt uformelle samtaler med pasienter og ansatte (både kolleger og bekjente) som har erfaring med tvangstiltak på lukkede avdelinger. Egen forforståelse kan derfor ha vært preget av samtaler med pasienter (andre enn informantene som deltok i denne studien) og helsepersonell, samt medias nevnte portrettering av TPH.

3.13 Etiske vurderinger

Det oppstår en rekke etiske problemstillinger relatert til å forske på det Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) omtaler som spesielt ”sårbare” eller ”utsatte” grupper. Pasienter i akuttpsykiatrien kan havne under denne betegnelsen. Å intervjue personer om temaer som kan vekke ulike følelsesmessige reaksjoner krever spesielt stor grad av aktsomhet og årvåkenhet hos forskeren (Ekern, 2009). I REKs retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi heter det at ”Utsatte og svakstilte personer og grupper, vil ikke alltid være rustet til å beskytte sine interesser overfor forskere. Forskere kan dermed ikke ta for gitt at vanlige prosedyrer for informasjon og samtykke sikrer individenes selvbestemmelse, eller beskytter dem mot urimelige belastninger.” (NESH, 2000-2006, s. 22). På den andre siden representerer såkalte utsatte eller sårbare grupper ofte personer som kan sitte på verdifull kunnskap som sjeldent etterspørres i forskningssammenheng og dermed underrepresenteres. Det å unnlate å forske på pasienter i akuttpsykiatrien kan bidra til opprettholdelsen av diskriminering og stigmatisering av denne gruppen mennesker. Å ekskludere pasientperspektivet kan dessuten medføre en ansvarsfraskrivelse i storsamfunnet gjennom å unnlate å ta stilling til problemstillinger knyttet til denne pasientgruppen og behandlingen de mottar.

I denne studien ble det ikke utelukket at informantene kunne oppleve noen form for belastning ved deltakelse. Dette ble opplyst om i informasjonsskrivet i forkant av intervjuet, og det ble spurt om to uker etter intervjuet slik at potensielle oppfølgingstiltak kunne iverksettes. I forbindelse med dette prosjektet ble potensielle belastninger ved deltakelse vurdert opp mot studiens nytteverdi. Det faktum at et fåtall hadde pasientstatus under utførelsen av intervjuet, og at de som hadde det ikke var innlagt på det aktuelle tidspunkt, kan ha bidratt til å minske belastningene ved å delta.

Flere av informantene uttrykte at det var godt å snakke om deres opplevelser med en åpen og ikke-dømmende annen. Et mindretall signaliserte at det også vekket noe ubehag å snakke om opplevelser som de aller helst ville glemme, men som de samtidig mente det var nødvendig å bearbeide mentalt. Flere nevnte at de ble mer klar over sine egne synspunkter og holdninger etter å ha satt ord på disse i intervjusituasjonen.

For å ivareta formelle etiske retningslinjer ble prosjektet meldt til REK, der det ble vurdert som ikke meldepliktig. Videre ble det meldt til, og kontrollert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), som jeg også hadde kontakt med flere ganger underveis i arbeidet for å sikre informantenes personvern best mulig. Skype ble godkjent som kommunikasjonsplattform av NTNU, og ettersom Skype kan gi nyttig informasjon både i

form av lyd og bilde ble Skype benyttet i tilfeller der informanten ikke hadde mulighet til å møte meg for intervju av geografiske årsaker.

3.14 Avslutning

Dette kapitlet har først gjennomgått studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag, ettersom oppgavens metodiske valg kan forklares basert på dette. Ulike valg relatert til forskningsdesign og utvalg har blitt redegjort for, og selve prosessen i arbeidet har blitt beskrevet. Til slutt har kapitlet fokusert på problemstillinger knyttet til refleksivitet og etiske vurderinger.

4 Resultater

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil de empiriske resultatene fra intervjuene som svarer på problemstillingen *Hvordan virker diagnosen inn på pasientrollen for pasienter i TPH?* presenteres. Resultatene vil gjennomgående drøftes og tilknyttes relevante teorier. Denne problemstillingen ble som nevnt utviklet etter å ha analysert datamaterialet, og bygger dermed i stor grad på informantenes egne utsagn og refleksjoner. I arbeidet med datamaterialet ble det funnet at diagnosen former pasientrollen på flere ulike måter i TPH. Diagnosen skaper blant annet en forestilling om ”en irrasjonell pasient”, ”en behandlingsresistent pasient” og ”en evig pasient”. Disse tre aspektene ved pasientrollen representerer informantenes ytringer om hvordan de opplever omverdenens forståelse av dem selv. Implikasjoner av disse tre forestillingene trekkes frem ettersom de kan ha store konsekvenser med tanke på pasientens psykiske helse. Deretter vil det beskrives hvordan diagnosen kan hevdes å bidra til å posisjonere pasienten som henholdsvis offer og fighter. Denne delen av resultatene involverer pasientens forestillingen om seg selv som pasient i TPH, som kan sies å formes av diagnosen. Videre vises hvordan diagnosen spiller en rolle i en opplevd polarisering mellom pasienter og ansatte, gjennom blant annet å skape en usikkerhet hos personalet. Til sist konkluderes det med at diagnosens betydning kommuniseres på to motstridende måter i ulike deler av psykisk helsevern, som bidrar til vidt forskjellige og motstridende forestillinger om pasienten. Dette kan muligens redusere pasientens helsemessige bedringspotensial.

4.2 Ansattes forestillinger om pasienten

Tildeles man en diagnose for første gang vil mange trenge å bli kjent med seg selv på nytt, i lys av den nye diagnosen. Hvordan pasienter forholder seg til seg selv som for eksempel en psykosepasient kan i stor grad farges av hvordan ansatte forholder seg til psykosepasienter på generelt plan. Ansatte har ofte lang erfaring med psykosepasienter og deres syn på pasienter med en bestemt diagnose kan dermed oppfattes som en legitim referanseramme når pasienten skal forstå seg selv som psykosepasient. Ansattrollen og pasientrollen preges av en gjensidig avhengighet. Uten den ene rollen, eksisterer ikke den andre, og rollene påvirker og definere hverandre i en stadig runddans. Derfor er ansattes forestillinger om pasienten svært viktige både for pasientens forståelse av seg selv, og for utvikling av forståelsesrammer som praksis baserer seg på. I avsnittene som følger presenteres det informantene forteller om det de mener er ansattes forestillinger om pasientene.

4.2.1 Den irrasjonelle pasient.

Flere av informantene fortalte at de opplevde seg mistolket som irrasjonelle av personalet, og knyttet dette til diagnosen de ble tildelt. De beskrev eksempler hvor reelle somatiske tilstander de har fått påvist og bekreftet hos lege, har blitt mistolket som vrangforestillinger, fordi pasienten har en diagnose hvor symptombildet kan innebære vrangforestillinger. Diagnosen, i kombinasjon med den samfunnsmessige konteksten, fordrer slik en forestilling av pasienten som irrasjonell. Informant 6 trekker frem diagnosen hypokonder (helseangst), som et tydelig eksempel på en diagnose som kan frata pasientens troverdighet ved at pasientens handlinger tolkes inn i en kontekst som bekrefter diagnosen:

Det er jo ikke så rart når de har diagnostisert meg som hypokonder for da vil jo alt som kommer ut av munnen min bli sett på som tull ikke sant.. (...) Så det var veldig mye sånne selvoppfyllende betraktninger kan du si, at de leser diagnoser og så journalfører de atferd som passer til diagnosen.

Som irrasjonelt individ, er man ikke i stand til å ha ansvar for eget liv og helse. Hvor irrasjonell personen er, er imidlertid en vanskelig vurdering å ta. Diagnosen kan medføre at pasienten regnes som mindre rasjonell enn hun er. Konsekvensen av dette kan være at pasienten *blir* mindre rasjonell, i tråd med omverdenens forventninger (Goffman, 1963; Tajfel, 2010). Informant 4 beskriver en ansvarsfraskrivelse basert på forventninger om at hun oppfører seg som et irrasjonelt individ. Hun beskriver hvordan denne ansvarsfraskrivelsen oppleves som noe positivt:

Også er det litt kos å være fraskrevet alt ansvar, du kan gå rundt og oppføre deg akkurat sånn som du vil for det er ingen som forventer at du skal oppføre deg bra (informant 4).

Informanten beskriver at det gis rom til å vise avvikene atferd, og at man som pasient i TPH slipper å forholde seg til samfunnets normer og regler for akseptabel oppførsel. Denne ansvarsfraskrivelsen beskrives av noen av informantene å kunne bidra til å legge til rette for ytterligere irrasjonell, og i verste fall skadelig oppførsel rettet mot andre eller en selv.

En forestilling om en irrasjonell pasient kan videre relateres til den utbredte forestillingen om en utagerende og i noen tilfeller voldelig pasient. Flere informanter snakket om den fysiske motstanden mot tvangstiltak og det fremgikk at for noen er det lettere å kjempe i mot enn å resignere eller samarbeide. Et menneske i en krisesituasjon vil ofte kunne

gå inn i et kampmodus, spesielt ved høy grad av frykt. Dette er en naturlig reaksjon på fare og ytre trussel som også kan forsterkes av forventningene som tillegges pasienter med psykose-, mani- eller annen alvorlig diagnose. Den aktiverte, psykotiske eller maniske pasienten vil av ansatte kunne forventes å yte motstand, og i situasjoner med høy grad av redsel vil hun sannsynligvis innfri denne forventningen (Tajfel, 2010). Informant 11 trekker frem hvordan man spesielt i en sårbar situasjon lett innfrir personalets forventninger som er knyttet til diagnosen man har fått:

Da jeg var på skjerma avsnitt, hvor det er tatt alle forhåndsregler for det verst mulige som kan skje, så legges det en rolle på den personen som er frustrert i utgangspunktet, at her forventes det at du gjør sånn og sånn. Og når folk er ustabile så tar dem sånne roller mye, mye lettere. Overalt i samfunnet så tar vi roller, men jeg vil påstå det at når folk er i en sårbar situasjon så tar dem mye lettere den rolla som er tiltenkt dem.

Pasienten befinner seg dermed i en situasjon preget av 1) naturlige, menneskelige responser på fare, 2) ansattes og egne forventninger, delvis basert på diagnosen, og 3) frustrasjon eller redsel knyttet til den psykiske lidelsen. Alle disse tre aspektene vil kunne øke sannsynligheten for en utagering når pasienten møtes med tvangstiltak i behandling (Tajfel, 2010). Informant 9 snakker om én gang hun i en svært presset situasjon anstrengte seg for å samarbeide under en tvangsinnleggelse. Hun har i forkant av utsagnet fortalt om hvordan hun klarte å unngå å være voldelig:

(..) og det tror jeg kanskje er det modigste jeg har gjort i hele mitt liv. Og jeg vet ikke hvor jeg tok styrken min fra, for jeg var sikker på et jeg skulle komme til å bryte sammen i beina, og ikke klare å stå. Men jeg klarte å stå, og jeg gjennomførte. Og da tror jeg at jeg for første gang i hele mitt liv kjente på hvor redd jeg egentlig var. Fordi at når jeg slåss så er det på en måte det jeg konsentrerer meg om, forstår du?

Informant 9 fortalte her hvordan hun kjempet i mot de naturlige responsene som oppstår i en faresituasjon, for å skjerme pårørende som vitnet til hendelsen. Hun kjempet samtidig mot omgivelsenes forventninger om hvordan hun skulle opptre, i tillegg til at hun unngikk å handle i tråd med en eventuell frustrasjon eller redsel som kan være til stede i kraft av den psykiske lidelsen i seg selv.

Den samfunnsmessige konteksten skaper i nevnte tilfeller en oppfatning av personer med bestemte diagnoser som irrasjonelle, som igjen kan bidra til at pasientens atferd oppleves som urolig, avvikende, uønsket, farlig eller irrasjonell. Slike forestillinger om pasienten kan videre knyttes til en fundamental attribusjonsfeil som innebærer at vi overser situasjonelle faktorer og i større grad tilskriver dårlig fungering til egenskaper ved personen. Slik kan klinikeren risikere å feilaktig knytte dysfunksjon til en psykisk lidelse istedenfor å se hvordan miljøet bidrar til å skape dysfunksjonen (Kogstad, 2009; Ross, 2001).

4.2.2 Den behandlingsresistente pasient.

Diagnosen kan videre bidra til å skape en forestilling om den behandlingsresistente og kronisk syke pasient.

Men de mente at jeg var syk og da ble jeg liksom syk (informant 3).

Diagnosen er ment å legge føringer for hva slags behandling pasienten kan profittere på. Flere informanter uttrykte imidlertid at diagnosen opplevdes som et hinder for å få behandlingen de selv mente de hadde behov for. Flere av informantene mente at de under innleggelse hadde et stort behov for samtaler, og at samtaler med personalet fremfor tvangstiltak kunne hjulpet deres situasjon betraktelig. Informant 11 illustrerer et eksempel på når de regjerende oppfatningene om personer med spesifikke diagnoser hindrer pasientene i å motta behandlingen de selv mener at de trenger, i form av samtaler:

(...) min erfaring er at mange av de kommunikasjonsformene som er helt, helt vanlige i samfunnet, de kobles faktisk veldig lett bort når det er snakk om innleggelse og pasient i en institusjon (informant 11).

Mangel på samtaler kan relateres til den tradisjonelle oppfatningen om at pasienter i TPH ikke profiterer på samtaler, eller andre former for behandling som antas å forutsette en viss mental tilstedeværelse. Diagnoser som psykoselidelser, bipolar lidelse og alvorlig depresjon forbindes blant annet med en forbigående eller vedvarende kognitiv svikt som mange mener gjør samtaleterapi til en uegnet metode for disse pasientene (Steffensen, 2016). Diagnosen bidrar slik til at pasienten oppfattes som å ikke profitere på behandling som involverer samtaler. I slike situasjoner er det lettvint å fokusere på pasientens eventuelt reduserte kommunikasjonsevne, fremfor å tilpasse kommunikasjonsformen utfra pasientens behov. Selv om pasienten ikke nødvendigvis profiterer på standard og tradisjonell samtaleterapi, betyr

ikke det at samtalen ikke er et viktig verktøy for å roe pasienten og fremme mental velvære. Å omtale personer som ”behandlingsresistente” basert på deres diagnose, er ikke uvanlig i klinisk praksis. Å anses som behandlingsresistent kan ha både umiddelbare og langtidsvirkende konsekvenser for pasientens helse. En slik retorikk impliserer at ”feilen” ligger hos pasienten, og ikke i de samtaleterapeutiske metodene. Tidligere mente mange at barn heller ikke profiterte på samtaleterapi, og dermed var de på et vis behandlingsresistente i psykiatrien (Freedheim, Norcross & VandenBos, 2011). I dag vet vi at barn kan profitere like mye på samtaleterapi som voksne så lenge vi tilpasser kommunikasjonsformene til den unge pasienten. Denne tankemåten har i liten grad omfattet personer med psykoselidelser, eller andre lidelser som betegnes som alvorlige. Det foreligger dermed et stort behov for å tenke annerledes om kommunikasjonen som behandlingsform for personer med alvorlige psykiske lidelser. Som informant 8 uttrykker, er det for eksempel mye kommunikasjon i en rolig tilstedeværelse eller støttende stemme, selv om pasienten ikke nødvendigvis får med seg alt av det muntlige innholdet:

Jeg ser for meg hvordan de ser meg der, ikke sant, en galing egentlig, men så er jeg egentlig veldig sårbar, og trenger at noen setter seg ned og holder rundt meg og prøver å forstå hva det er som skjer inni mitt hode da…

4.2.3 Den evige pasient.

Dagens journalsystemer sørger for at tidligere diagnoser ofte lett kan hentes frem. Flere av informantene forteller at de opplever det som vanskelig å bli sett uavhengig av diagnosen, også når diagnosen ble satt for over 10 år siden, og personen ikke nødvendigvis lenger oppfyller kriteriene:

Så det er en av de største tingene jeg har lært, du kommer ikke videre fra fortiden din, for den skal bli brukt mot deg, gang på gang på gang (informant 5).

Det fortelles her hvordan pasienten kan risikere å bli behandlet basert på fordommer rettet mot en diagnose som ble stilt flere år tilbake. Selv om psykiske lidelser oftest ikke anses som kroniske, kan tidligere diagnoser gi personalet en referanseramme dersom personen legges inn noen år senere. Personalet kan slik ta sine forhåndsregler og forberede behandlingstiltak effektivt. Utfordringer oppstår i midlertid når innleggelsesårsak er en annen enn ved forrige innleggelse, eller når pasientens livssituasjon har endret seg tross at innleggelsesårsak knyttes til samme diagnose som tidligere. Ved sistnevnte tilfelle kan pasientens behov ved siste

innleggelse være svært ulikt pasientens behov ved forrige innleggelse. Pasienten kan risikere å ikke bli møtt med tanke på sine aktuelle behov, og pasienten kan føle seg misforstått dersom hun mottar det hun opplever som feil behandling. Slik kan effektivisering gå på bekostning av individtilpasset behandling og den enkeltes behov.

4.3 En implikasjon av ansattes forestillinger om pasienten: Usikkerhet blant ansatte

En del av informantene vektla at diagnosen spesielt bidrar til å gjøre ansatte usikre i sin rolle. Det kan tenkes at diagnosen, som egentlig skal gjøre det lettere å forholde seg til pasienten, gjør det vanskeligere å konstruere en tilfredsstillende og dekkende forståelse av pasienten. Flere informanter hevdet en distanse mellom personal og pasient ofte kan skyldes en usikkerhet hos ansatte. Denne usikkerheten knyttes til en rollekonflikt, hvor pasientens diagnose kan representere et usikkerhetsmoment for den ansatte. De ansatte kan bli usikre på hvordan de skal forholde seg til pasienten, ettersom de ikke kan vite hvor dekkende diagnosen er for hver enkelt pasient og dennes behov.

I bunn og grunn så velger jeg å tro det at det er usikkerhet (som gjør at kommunikasjonen er fraværende). Usikkerhet i samværet med andre mennesker, om jeg får lov til å si det (informant 11).

Når de ansattes behandling av psykosepasienter legitimerer tvangstiltak som flere hevder bryter grovt med menneskerettighetene (Kvam, 2013; Storvik, 2017) kan det oppstå en enorm diskrepans hos den ansatte. Usikkerhet kan forekomme når den ansatte må gi tvangsbehandling som de ser forårsaker ubehag hos pasienten. Kognitiv dissonans kan oppstå når personalrollen kommer i konflikt med den ansattes syn på seg selv som et omsorgsfullt medmenneske (Festinger, 1957). I somatikken innebærer begrepet ”profesjonalitet” tekniske ferdigheter og objektiv kunnskap, og mange vektlegger behovet for å opprettholde en profesjonell distanse til pasienten. I psykisk helsevern kan behovet for profesjonell distanse gå på bekostning av andre faktorer som mange anser som prekære for pasientens bedring; nemlig empati, engasjement og interesse (Rogers, 1961). Ansatte må, på lik linje med pasientene, innfri sine egne og andres forventninger til hva det vil si å være en ansatt på en bestemt institusjon i tvungent psykisk helsevern. I denne prosessen kan det være svært utfordrende for den ansatte å balansere sine egne behov for å ta vare på mennesker som trenger støtte, med praksisen og kulturen som regjerer på arbeidsplassen, spesielt dersom disse to divergerer.

Min tanke er at hver dag så går de på akkord med sin egen etikk som sykepleiere. De blir på en måte traumatisert av den settingen som de står i da (Informant 9).

I forbindelse med ansattes opplevelser av egen rolle på arbeidsplassen bør det igjen understrekes at denne studien utforsker nåværende og tidligere *pasienters* opplevelser. Dataene som fremkommer kan dermed ikke knyttes direkte til de ansattes opplevelser, og resultatene illustrerer heller hva informantene mener de ansatte kan oppleve.

4.4 Pasientens forestillinger om seg selv

Av datamaterialet fremkommer det at pasientenes oppfatning av seg selv kan endre seg når de mottar en diagnose som legger føringer for behandlingen de mottar.

4.4.1 Når diagnose blir identitet.

Med symptomene, sykdommen, skjemaene, - de reduserer deg samtidig som menneske. Du blir fratatt ånd og sjel, det finnes liksom ikke (informant 12).

Informant 12 belyser det biomedisinske perspektivets reduksjonistiske konsekvens for individet da hun behandles basert på prinsippet om likhet (Løkke, 2014). Den biomedisinske forståelsen vektlegger ikke individets særegenhet og individualitet, og risikerer å gi pasienten en opplevelse av at hennes individualitet ikke blir tatt hensyn til. Informant 5 illustrerer dette videre:

Men problemet er at så fort du er på tvang så forsvinner selve du som person. Uansett hva du sier eller utrykker blir du møtt med at; du er syk du er på tvang. Så hele personen med identiteten og det som ikke omhandler sykdommen, det som faktisk er meg som person og mine behov det blir ikke hørt eller respektert, fordi jeg er på tvang.

Ettersom mennesker i stor grad ser seg selv gjennom andres øyne, kan det å overse en pasients individualitet få konsekvenser for pasientens syn på seg selv og egen identitet (Cavarero, 2000). Dersom pasientidentiteten smelter sammen med resten av personens identitet kan dette gjøre det vanskeligere å arbeide mot å leve et liv uten diagnosen. Diagnosen kan bli en årsak til alle pasientens utilstrekkeligheter og misnøyer, og diagnosen blir en legitim grunn til å slippe sosialt ansvar og ytre press (Goffman, 1963). Dersom man har en diagnose over lang tid, kan diagnosen og forventet atferd forbundet med diagnosen bli trygge holdepunkter som kan fjerne usikkerheten knyttet til hvem man er og hvordan man skal oppføre seg (Tajfel & Turner, 1979; Turner, 1982). Pasienten med for eksempel en

schizofrenidiagnose fratas autonomi og mister sin rett til selvbestemmelse på en rekke områder i livet. Det samfunnet forbinder med en schizofrenidiagnose blir gjeldende oppfatninger om alle med en schizofrenidiagnose, og etter hvert vil personen med diagnosen ofte internalisere disse holdningene rettet mot henne selv; hun *blir schizofren*. Hun vil kunne se seg selv som en kronisk pasient, som ikke har eller bør ha kontroll over sitt eget liv, og som ikke er i stand til å ha ansvar for egen helse. Slik kan konnotasjonene i språket og det konstruerte innholdet i diagnosemerkelappen smitte over på individet det gjelder, og oppfylle profetien om den evige pasient (Goffman, 1963; Turner, 1982).

Eksempelet med schizofrenidiagnosen er kun ett av mange eksempler. Informant 8 illustrerer internalisering av forståelsen hans behandler formidler relatert til den diagnostiske kategorien bipolar type 1:

Han (psykiateren) ble liksom usikker på meg, og han lurte: "ja er du litt høy nå, eller er du litt lav nå", hele tida og frem med disse selvmordskjemaene hele tida, og måten han opererte på gjorde meg veldig usikker på meg selv: - Oi liksom jeg flyr bare opp og ned, ute av kontroll...

En diskrepans kan oppstå mellom pasientens syn på seg selv som et godt og verdig menneske på den ene siden, og pasientens vurdering av behandlingen hun mottar på den andre. Spesielt dersom personens selvaktelse tilsier at hun fortjener respekt og selvbestemmelse, og behandlingen undergraver hennes selvaktelse (Festinger, 1957). For å redusere dette ubehaget kan pasienten foreta ulike strategier. Én strategi er å overbevise seg selv om at hun fortjener behandlingen hun får. For å kunne oppnå dette kan det være nødvendig med en reduksjon av pasientens egenverdi. Dette vil kunne innebære å redusere sine krav om hvordan man vil bli behandlet, med grunnlag i at man ikke fortjener bedre. Informant 8 uttrykker hvordan diagnosen har satt spor i hans selvbilde. Han nevner at frykten for å bli sett på som gal har vedvart, etter å ha vært innlagt med en forbigående psykose. Han snakker om det å bli møtt med sykdomskarakteristikker og symptomer som mulig medvirkende årsak til hvorfor han har måttet jobbe med selvbildet i etterkant av innleggelsen:

Jeg får sånn irritasjon i hodet for at du (intervjuer) bare skal tenke at jeg er tullete liksom eller syk på grunn av noen enkelte ting jeg mener da. Det høres jo veldig tullete ut, men det skjer i hodet mitt da. (...) Det får jeg uansett hvem jeg prater med. Så får jeg sånn skam egentlig, som at kanskje jeg bare er gal liksom, ja.. men… så vet jeg jo at jeg ikke er det.

Dette kan illustrere hvordan diagnosen internaliseres og pasienten begynner å se seg selv som styrt av symptomer og patologiske ukontrollerbare prosesser. Pasientens plassering i en diagnostisk kategori bidrar slik til en opplevelse av mangel på kontroll. Den opplevde manglende kontrollen over egen person; egen atferd, følelser og tanker vil følgelig kunne fordre en udefinert selvfølelse. Pasienter i denne situasjonen kan bli usikre på hvem de er, og hvorvidt deres egen forståelse av virkeligheten og dem selv er legitim. Diagnosen vil slik, i kombinasjon med behandlingen som oppleves uberettiget, kunne bidra til en reduksjon i egenverdi.

Fra et foucauldiansk perspektiv (som blant annet foucauldiansk diskursanalyse baserer seg på) kan språket anses som å ikke bare reflektere en persons holdninger, men også å aktivt konstruere personens virkelighet. Diagnosen blir dermed en aktiv komponent i selve konstruksjonen av pasienten. Uten språket, eksisterer ikke diagnosen, og uten en diagnose, er ikke individet en pasient. Slik kan diagnosen sies å konstruere pasientens identitet, igjennom språket.

4.4.2 Diagnosen posisjonerer.

I en drøfting om hvordan diagnosen bidrar til å skape ulike forventninger om pasienten, er det relevant å trekke frem informantenes beretninger om ulike posisjoner de inntar gjennom pasientrollen. Disse posisjonene sier noe om hvordan pasienten skaper forestillinger om seg selv, i en prosess som delvis påvirkes av pasientens diagnose. I datamaterialet beskrives det spesielt to posisjoner som påtas av pasientene; offerposisjonen og fighterposisjonen.

4.4.2.1 Pasienten som offer.

Det å være utsatt for tvangstiltak i tvungent psykisk helsevern beskrives av flere informanter som et overgrep. Å ha blitt utsatt for et overgrep innebærer følgelig at man selv er en overgrepsutsatt. Pasienten blir dermed et offer som får sin integritet og sine rettigheter krenket. Dette impliserer at pasienten utsettes for noe utenfor hennes kontroll. Å identifisere seg som et offer innebærer samtidig ofte en stor mengde skam (Lamb, 1999). Ettersom pasientrollen i seg selv ofte kan medføre skam vil det å både innta en pasientrolle og en offerposisjon på samme tid kunne medføre en dobbel belastning og forsterke skammen.

Flere av informantene nevner at de tidligere har opplevd overgrep, og at de i møte med ulike tvangstiltak i TPH har blitt retraumatisert:

Jeg har en historie med masse traumer og overgrep, så dissosiering er en del av min problematikk, sånn at når jeg ble holdt fast og reimlagt, så ble kroppen min veldig

retraumatisert, fordi jeg opplevde at det var et nytt overgrep. Så jeg mista liksom kontakten med kroppen da (informant 10).

Det å ha vært et offer tidligere, kan øke risikoen for å bli retraumatisert av tvangstiltak (Cusack et al., 2003; Hammervold & Barbosa da Silva, 2016). En medvirkende årsak til dette kan være at man som tidligere offer allerede har internalisert en offerrolle og integrert denne som en del av egen identitet. Identiteten som offer ligger dermed latent og kan lett aktiveres dersom man havner i en situasjon som åpner for muligheten til å innta en offerrolle, som for eksempel når man opplever tvangsmedisinering eller beltelegging. Flere informanter benytter ofte ord som ”traumatiserende”, ”retraumatiserende”, ”krenkende”, og ”voldsomt” for å beskrive det å utsettes for tvangstiltak som tvangsmedisinering, beltelegging eller skjerming. Valget av begrepet ”retraumatisering” kan i denne sammenheng formidle flere viktige beskjeder. Det kan blant annet understreke den svært skjeve maktbalansen som eksisterer når en allerede traumatisert pasient *på nytt* traumatiseres i psykiatrien. Retraumatisering er et sterkt negativt ladet ord, som insinuerer at noen er ansvarlige for traumatiseringen. Diskurser om retraumatisering kan dermed understreke hvor akutt og signifikant behovet for endring av praksis i TPH er, samtidig som det legges et ansvar på de umiddelbare aktørene som anses som en del av problemet, nemlig psykiaterne.

Fra et perspektiv som kan relateres til foucauldiansk diskursanalyse kan den nevnte begrepsbruken og språket i seg selv bidra til at pasienten konstrueres som et offer og at den ujevne maktfordelingen skapes. Dette perspektivet representerer et alternativ til å anse språket som å reflektere holdninger (som gjort i forrige avsnitt), og understreker at språket aktivt konstruerer offerposisjonen. Diskursene om offerrollen vil slik både kunne skape og begrense pasientens muligheter.

Posisjoneringen kan altså endre hvordan pasienten opplever rollen sin som pasient, og hvilke posisjoner pasienten inntar er blant annet et uttrykk for hvordan hun velger å forholde seg til sin diagnose. Pasientstatusen kan bli en del av personens identitet og det kan bli svært utfordrende å komme seg ut av offerposisjonen, dersom offerposisjonen identifiseres med pasientrollen.

4.4.2.2 Pasienten som fighter.

Jeg har vel egentlig lært at jeg er, jeg visste at jeg var det, men at jeg er… enda mer sta, enda mer fighter, enda mer….. ja opptatt av at rett skal være rett og at man må våge å heve stemmen sin. (…) Så jeg har blitt mye mer fighter og hever stemmen når det kommer til sånne

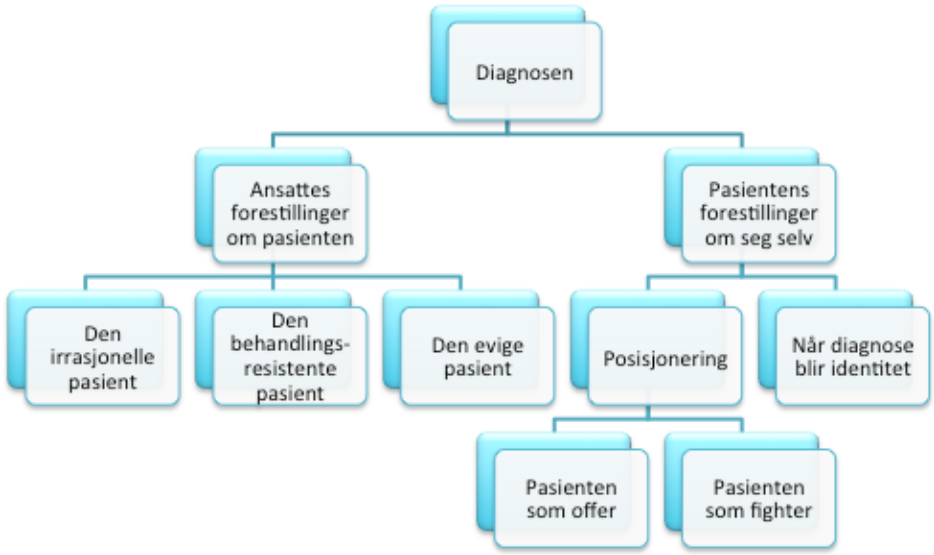
ting, men på andre ting har jeg følt meg enda mer mislikt, enda mindre verdt som person og menneske (informant 5).

Flere av informantene veksler mellom å innta en passiv offerposisjon og en posisjon som en aktiv forkjemper som yter motstand (Davies & Harré, 1999). De veksler mellom å beskrive tilfeller av fullstendig resignasjon forbundet med lært hjelpesløshet, og kraftig motstand. Pasienten som yter motstand krever å bli hørt og respektert. Hun tør å snakke om det andre ikke vil snakke om, og hun synliggjør urettferdigheten med det formål å påvirke samfunnet og maktinnehaverne slik at praksis kan endres. For at systemet skal endres krever det at samfunnet anerkjenner offerets smerte som virkelig og berettiget. Som pasient kreves det dermed at man finner en balanse mellom offer- og fighterposisjonen da begge posisjoner er betydningsfulle (Goffman, 1963). Et offer virker lite overbevisende dersom hun klarer seg bra, men et offer kan ikke påvirke omverdenen med mindre hun behersker fighterrollen (Lamb, 1999). Fighteren har i oppgave å opprette rettferdighet, og kan blant annet mobilisere seg gjennom brukerorganisasjonene. Fighteren er berettiget til å uttrykke sinne, men fighteren er fortsatt i en pasientrolle som forbindes med sykdom. Hennes krav om rettferdighet står i fare for å tilskrives hennes irrasjonelle og syke tilstand, og kan dermed patologiseres og neglisjeres av omverdenen (Goffman, 1963).

Informant 8 nevner at sinne i enkelte pasientgrupper og brukerorganisasjoner kan oppfattes som useriøst. Hvordan dette sinnet oppfattes utad, kan blant annet knyttes til deres status som pasienter. Pasientene sees som en gjeng håpløse aktivister som ikke er i stand til å ta fornuftige, selvstendige valg for dem selv og andre. Dette sinnet kan dessuten bidra til en kamp mellom pasienter og personalet, der pasientene vil tape, så lenge deres rolle forbindes med sykdom og irrasjonalitet.

Det finnes jo enkelte grupper som.. der det er veldig mye negativitet da (...) men jeg tror uansett hvilken gruppe du har, eller forening, så tror jeg ikke sånn negativitet nytter, jeg tror ikke du kommer noen vei med det. Det blir bare opplevd som useriøst blant de som faktisk trenger å få endra synet sitt, så da blir bare polarisering liksom opprettholdt (informant 8).

At fighteren med brukerorganisasjonene i ryggen risikerer å ikke bli hørt kan videre relateres til at de kan representere en trussel mot den eksisterende sosiale ordenen (Goffman, 1963). De kan anses som å ha mislykkes i å ta i bruk hjelpen som tilbys fra samfunnet, i stedet for at samfunnets bidrag til pasientene betraktes som mangelfullt.



Figur 2. Resultater: forestillingene om pasienten som skapes av diagnosen.

4.5 Implikasjoner av pasientens forestillinger: Polarisering

Posisjonerer en pasient seg som for eksempel en opprører, vil dette følgelig kunne føre til at ansatte kommer i en posisjon hvor de må forsvare seg selv og sin stilling (Davies & Harré, 1999). Dette kan bidra til polarisering som igjen kan skape gruppementalitet og en ”oss mot dem”-kultur, hvor det aktivt (men ikke nødvendigvis bevisst) letes etter forhold som kan stille utgruppen i et dårlig lys.

Sinne rettet mot ansatte ble hyppig omtalt av informantene i denne studien. Under vil det utdypes hvordan pasientens forestilling om seg selv som en fighter innebærer at man ser ansatte, ofte psykiaterne, som syndebukker. Videre vil èn av informantenes syn på pasientenes sinne trekkes frem da hennes perspektiv kan nyansere synet på sinnet som en reaksjon på eksterne faktorer.

4.5.1 Ansatte som syndebukk.

En strategi for å håndtere ubehaget som oppstår når man ser seg selv som et verdig menneske som mottar uverdig behandling er å innføre nye tanker som kan rettferdiggjøre eller forklare hvorfor man mottar behandlingen (Festinger, 1957). Ett eksempel er synet på ansatte som fanget i et system som ikke fungerer, eller at ansatte er farget av en profesjon som fordrer et forkvaklet menneskesyn. Man kan også redusere det mentale ubehaget ved å reagere på behandlingen man får som feil og uberettiget. Man unngår å redusere sin egenverdi ved å plassere årsaken til ubehaget på eksterne faktorer; ansatte, praksisen, tvangstiltaket og lignende.

Jeg sa at de var yrkesskadet, og sa de jobbet for et system som var på vei ut, man trenger nye måter å se psykisk sykdom på. Jeg tror pasienter trenger å føle seg sett, de trenger ikke bli stemplet som en diagnose og puttet i en boks med de med samme diagnose og få de samme medisinene (informant 4).

Informanten uttrykker at det foreligger svakheter ved systemet og de forståelsesmodellene systemet bygger på, og at dette er årsaken til at hun mottar behandling hun opplever som feil. Dette kan bidra til synet på de ansatte som syndebukker, da disse naturligvis er ansvarlige for behandlingen pasientene mottar. Flere av informantene beskriver hvordan pasienter i institusjonene danner et fellesskap som i noen tilfeller opprettholder en distanse til personalet:

Det var litt gøy å lure de på den måten, for det er sånn at det blir pasientene mot personalet (informant 4).

Dette kan relateres til begrepet splitting som er et mye diskutert begrep ved akuttmottakene. Splitting innebærer at pasienten splitter personalet i henholdsvis to grupper: noen blir syndebukker, mens andre blir opphøyd. Splitting vil videre kunne påvirke personalet negativt og potensielt skape polarisering mellom pasient og de ansatte som ansees som syndebukker (Stormbo, Hammer, Borgejordet & Heggdal, 2014). En polarisering mellom ansatte og pasient kan være svært uheldig for pasientens psykiske helseutsikter. Ettersom en god del teoretikere og forskere hevder alliansen/relasjonen mellom behandler og pasient er en av de viktigste (om ikke *den* viktigste) faktoren for pasientens bedring (Rogers, 1957, 1961), kan man hevde at å unngå polarisering mellom ansatte og pasienter i TPH kan være betydningsfullt for å fremme pasientens helse.

4.5.2 Sinne.

På spørsmål om hvilke følelser informantene satt igjen med etter deres opplevelser med i TPH var det hyppigste svaret utvilsomt sinne. Svaret kom ofte kontant og uten betenkningstid. Andre mente de på et tidspunkt hadde vært sinte, men at de nå satt igjen med et behov for å forstå *hvorfor* de hadde fått den spesifikke behandlingen de hadde fått. Flere snakket om sinne som en slags mobiliserende kraft i brukerorganisasjoner og i arbeidet for å bedre pasientenes rettigheter. Én av informantene var tydelig på at pasientens egen lidelse spiller en viktig rolle med tanke på hvordan behandlingen oppleves. Informanten mente sinnet ikke nødvendigvis springer ut fra en urettferdig behandling, men at det heller er knyttet til egen psykisk lidelse:

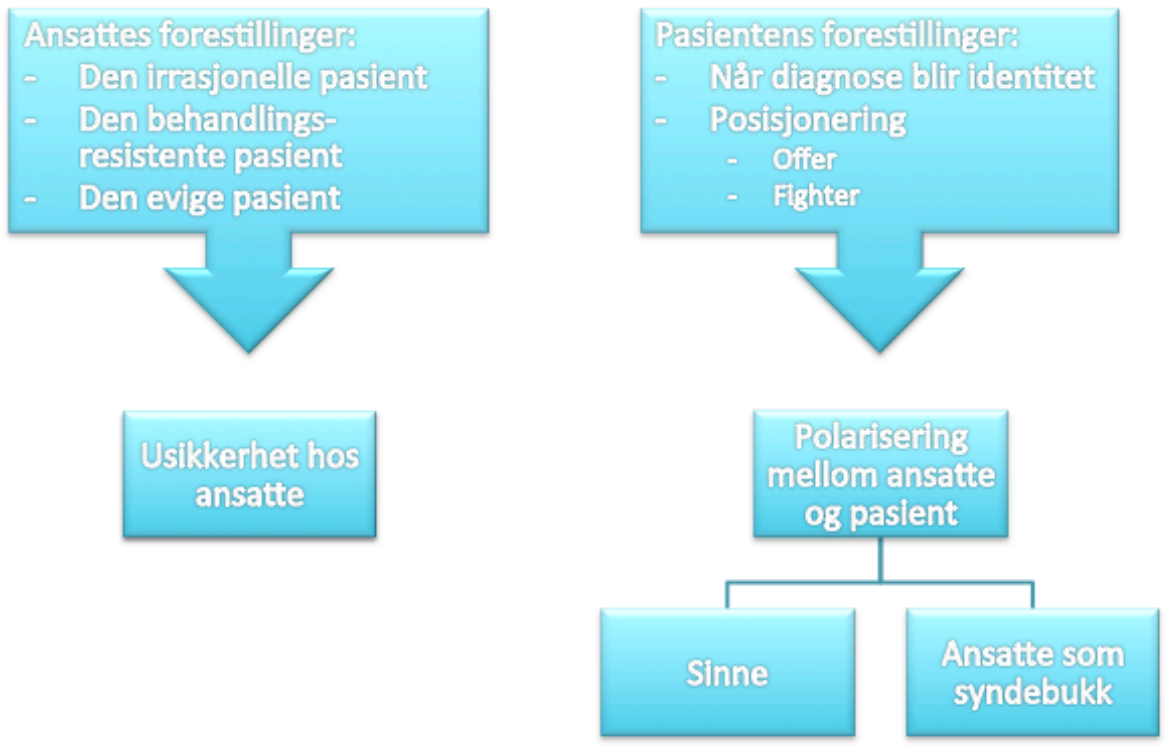
Men jeg tror det er mange som har et iboende sinne. Det sinnet kommer av at de er syke, eller sinnet kommer av en frustrasjon fordi de.. altså man kan jo bli sint av sykdommen på en måte, så kan man jo bli sint av at man ikke klarer å finne helt ut av det (informant 2).

Egen lidelse kan både direkte og indirekte, gjennom alt som kan følge det å ha en psykisk lidelse, medføre svekket tillit til ansatte og bidra til økt sinne rettet mot omverdenen. Dette kan sees i lys av en relasjonell forståelsesramme fra funksjonshemningsforskningen, som betrakter hvordan den psykiske lidelsen kan oppleves både som en reell funksjons*nedsettelse* karakterisert av bestemte egenskaper ved individet som svekker daglig fungering, og som skapt av barrierene som hemmer individet i form av samfunnets manglende tilpasning (Shakespeare, 2010). Dette kan også knyttes til forståelsen av den psykososiale funksjonsnedsettelsen som et faktum. Den faktiske svekkelsen i funksjon kan sies å være til stede, uavhengig av om vi kaller det en psykisk lidelse, eller nærmere bestemt en psykose, depresjon eller annen diagnose. Funksjonssvekkelsen kan sees som en såkalt ”brute fact” som eksisterer uavhengig av diagnosen eller såkalte ”institutional facts”, hvor funksjonsnedsettelsen som ”brute fact” vil eksistere uavhengig av menneskeskapte institusjoner, begreper og konstruksjoner (Searle, 1995). I nevnte tilfelle med rullestolbrukeren vil beina fortsatt ha nedsatt funksjon uansett hvor godt man tilrettelegger omgivelsene og reduserer samfunnsskapte barrierer. I lys av Hackings (1999) teorier vil man kunne argumentere for at en psykisk lidelse både kan innebære aspekter i form av ”indifferent kind”, og samtidig forbindes med kategorier av ”interactive kinds”. Om den bestemte diagnosen assosieres med sinne eller ikke, vil kunne påvirke hvorvidt sinne skapes og uttrykkes i pasienten. Hvordan diagnosen forstås former slik individets atferd. Videre vil individets atferd, kunne bidra til en rekonstruering av diagnosen og endre den eksisterende forståelsen av diagnosen. For eksempel vil en person som har en diagnose og som i tillegg ofte opplever sinne, kunne bidra til at sinne forstås som et symptom på personens psykiske lidelse. Sinne forstås dermed som en indikasjon på patologi, fremfor å anses som et uttrykk for at personen opplever seg urettferdig behandlet eller annet.

Med tanke på psykiske lidelser er det derimot stor uenighet om skillene mellom hvilke aspekter av en persons reduserte fungering som er skapt av samfunnsmessige barrierer og hvilke aspekter ved fungeringen som er egenskaper ved individet. Dette fordi psykiske lidelser ofte har ukjente biologiske og genetiske korrelater, i motsetning til fysiske funksjonsnedsettelser. En del av diagnosene bygger på en *antakelse* om en underliggende

biologisk forankring og patologi, og det er dermed usikkert om disse diagnosene egentlig kan sies å ha noen ”brute facts”.

Sinnet som informantene beskriver kan videre være konsekvens av symptomtrykk som følger den psykiske lidelsen, men også en konsekvens av stigmatiseringen og forventningene knyttet til diagnosen. Sinnet kan dessuten også være et resultat av behandlingen man mottar fordi man har en bestemt diagnose, og er i så fall ikke direkte knyttet til den psykiske lidelsen per se. Det forekommer imidlertid ofte en tendens til å i større grad forklarer årsakene til personens fungering med individorienterte faktorer, fremfor å se hvilke begrensninger samfunnet legger på individet jmf. teorier om den fundamentale attribusjonsfeil og correspondance bias (Gilbert & Malone, 1995). Man behandler dermed psykiske lidelser *som om* de har kjente biologiske årsaksforklaringer som er iboende i individet, fremfor å se de miljømessige faktorene som kan ha bidratt til utviklingen av opplevelsen av nedsatt fungering. Ettersom det i dag er ukjent hvilke aspekter ved den psykiske lidelsen som kan sies å være en funksjonsnedsettelse forklart av biologi og genetikk, kan det være hensiktsmessig å fokusere på det vi i større grad *kan* si noe om og dermed også kan påvirke; nemlig de sosiale forholdene som bidrar til å opprettholde den psykososiale funksjonshemningen.



Figur 3. Implikasjoner av pasientenes vurdering av forestillinger hos ansatte og pasientene som fremkommer i resultatene.

4.6 Konklusjon: Helsevesenets dobbeltkommunikasjon om diagnosens betydning

Utfordringer oppstår når klinikere og fagfolk skal forholde seg til det diagnostiske system i praksis. Diagnostisering er individorientert og tar i liten grad hensyn til interaksjonsprosesser og andre forhold som ikke er direkte tilknyttet enkeltpersonens atferd og/eller kognisjon. Diagnosen sier lite om sosiale, kulturelle, historiske og biologiske forhold i pasientens liv, og diagnosen i seg selv sier ikke nødvendigvis mye om personens psykologi (motivasjon, stresshåndteringsstrategier, kognisjoner osv). Samtidig behandles diagnosen i tvungent psykisk helsevern *som om* den kan si noe om de nevnte forhold, som belyst av resultatene i denne studien. Diagnosen beskrives som om den kan fungere som en fullstendig beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, og kanskje til og med beskrive pasienten som person. Samtidig forstås diagnosen på helt andre måter i de frivillige delene av psykisk helsevern der diagnosen oftere anses som separert fra personens identitet. I psykoterapeutisk arbeid kan det jobbes mot å nettopp skille sykdom fra individ for å opprettholde, skape eller gjenskape et positivt selvbilde som kan virke helsefremmende (Parsons, 1991). Klinikere må på én side forholde seg til diagnoser som er konstruert basert på allmenne og generelle

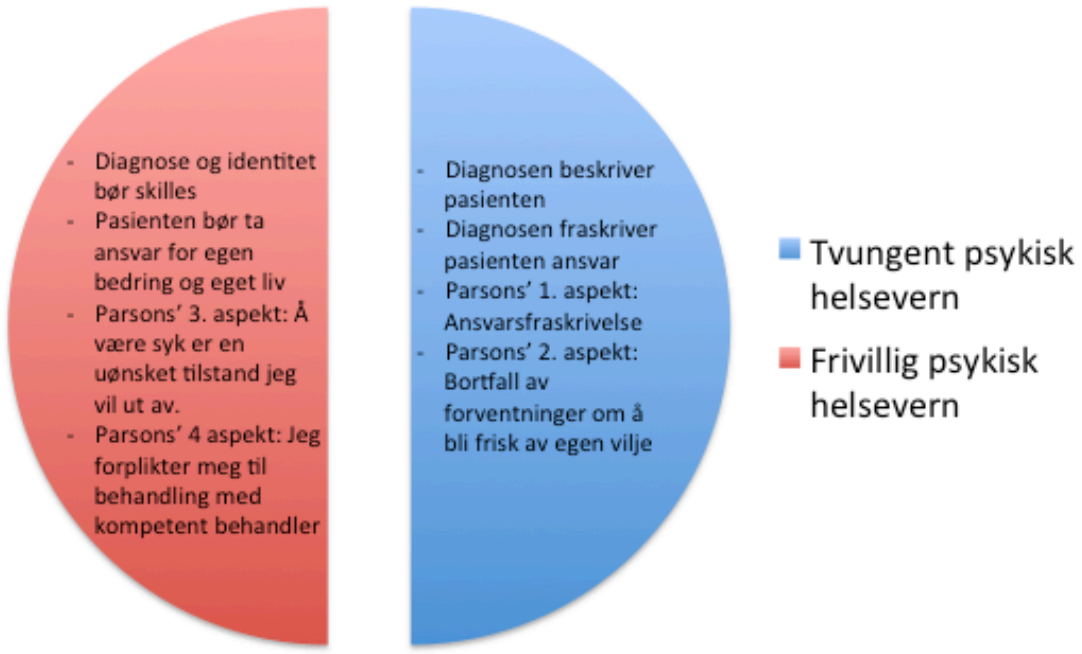
lovmessigheter, samtidig som de bør forsøke å fange det unike i pasienten og oppnå en nyansert forståelse av personens kompleksitet.

Et annet aspekt som kan preges av motstridende kommunikasjon i TPH og i andre deler av helsevesenet er synet på hvor mye ansvar pasienten skal tillegges. Som vist i resultatene fratas pasienten en stor grad av ansvar i TPH, mens i frivillige deler av helsevesenet er det at pasienten tar ansvar for egen helse ofte en vesentlig del av behandlingen. Det er verken rart eller uhensiktsmessig at pasienten i tvungent psykisk helsevern fratas ansvar, da pasienten i TPH ofte er ute av stand til å kunne forvalte ansvaret på hensiktsmessige måter og dermed ikke bør tildeles ansvar. Utfordringen oppstår dog når diagnosen blir en avgjørende forutsetning for ansvarsfraskrivelsen, fordi diagnosen blir værende selv når pasienten blir frisk nok til å få tilbake (deler av) ansvaret for eget liv. Man kan dermed risikere at diagnosen medfører vansker med å gjenoppta autonomi, ansvar og selvbestemmelse.

Dobbeltkommunikasjonen kan illustreres i lys av Parsons' (1991) beskrivelse av det han kaller "sykerollen". Parsons beskriver hvordan "sykerollen" innebærer fire aspekter. Første aspekt er en fraskrivelse av ansvar, andre er bortfall av forventninger knyttet til at personen kan bli frisk av egen vilje. Tredje aspekt er at personen anerkjenner at å være syk er en uønsket tilstand hun vil ut av, og fjerde aspekt er at personen forplikter seg til å søke hjelp og samarbeide med en kompetent behandlingsagent. De to første aspektene kan knyttes til studiens resultater i form av reduksjon i autonomi og diagnosens profetier. Disse to aspektene gjør seg, i følge studiens resultater, spesielt gjeldende i TPH. Parsons' tredje og fjerde aspekt kan være viktige forutsetninger for helsefremming, spesielt i psykoterapeutisk sammenheng. Å motivere pasienten til å ville bli frisk (innse at syk er en uønsket tilstand, jmf. Parsons' tredje aspekt), og motivere pasienten til å forplikte seg til å motta hjelp (fjerde aspekt), fokuseres på i større grad i frivillige deler av psykisk helsevern.

I lys av de nevnte implikasjonene av å bli tildelt en diagnose, er det ikke tilfeldig at det å jobbe mot å se diagnosen som adskilt fra egen identitet ofte anses som et viktig steg mot bedre psykisk helse i psykoterapeutisk arbeid. Det kan imidlertid virke lite hensiktsmessig at pasientidentiteten skapes og forsterkes (som følge av Parsons' aspekt 1 og 2) i én del av helsevesenet, for så å forsøkes redusert og skilt fra resten av personen i en annen del av helsevesenet (som beskrives i aspekt 3 og 4). Den tidligere nevnte ansvarsfraskrivelsen (Parsons' første aspekt) går altså på ett vis imot det man ofte jobber med i psykoterapi, nemlig å ta ansvaret for egen bedring tilbake (men la skylden ligge). Som nevnt fremhever Parsons (1991) hvordan "sykerollen" innebærer en forventning om at personen ikke kan bli frisk utfra

egen vilje (andre aspekt). Samtidig er egen vilje og motivasjon helt vesentlig for bedring i forbindelse med psykiske lidelser, sett ut fra en psykoterapeutisk forståelsesramme. Parsons' fire aspekter kan dermed anses å illustrere en dobbeltkommunikasjon der aspekt èn og to kommer i konflikt med aspekt 3 og 4. Dette samsvarer med hva som fremkommer av studien; at forståelsen av diagnosen i TPH er i konflikt med forståelsen av diagnosen i store deler av frivillig psykisk helsevern og i en del psykoterapeutiske settinger.



Figur 4. Dobbeltkommunikasjonen i lys av Parsons' beskrivelse av "sykerollen".

Denne dobbeltkommunikasjonen angående hva en diagnose betyr og hva som ligger i dens verdi er resultat av at psykiatrien som nevnt preges av forskjellige meninger, holdninger og fordommer som blant annet tufter på ulike metateoretiske perspektiver. Problemet kan sies å oppstå når den samfunnsvitenskapelig forankrede psykologien søker å følge naturvitenskapelige forbilder, hvor sistnevnte er spesielt dominerende innen TPH. Fagfolk kan derfor være svært uenige om diagnosens natur; noen ser en diagnose som en statisk og objektiv fremstilling av individets fungering og hennes person (jmf. Hackings "indifferent kinds" eller Searles "brute facts"), mens andre ser diagnosen som en konstruert og dynamisk beskrivelse av en samling atferdsuttrykk som avviker fra en gjeldende norm (jmf. Hackings "interactive kinds" eller Searles "institutional facts"). De to motstridende metateoretiske forståelsene som kan knyttes til positivisme og konstruksjonisme manifesterer seg i to ulike forståelser av diagnosen som vist i figur 4. Det biomedisinske perspektivet som søker å finne

årsaker til de ulike psykiske lidelsene gjennom å lete etter nevrologiske korrelater, organiske cerebrale markører, eller genetiske sammensetninger kan fordre en oppfatning av de psykiske lidelsene som kvalitativt forskjellige fra det som anses som normalen. Dersom man finner én og samme årsak til en psykiatrisk diagnose vil dette være svært praktisk da trolig samme behandling kan benyttes, og det kan forventes tilnærmet lik effekt hos alle med lik diagnose. I realiteten vet vi at bildet er mer komplekst. Diagnosens betydning i TPH kan dermed fordre en reduksjonistisk og i større grad deterministisk forståelse av pasienten som kan bidra til å oppfylle og opprettholde profetien om den evige pasient. Det frivillige psykiske helsevern må deretter i sin omgang arbeide *mot* nevnte forståelse av diagnosen for å gjenopprette autonomi og agens i pasientene.

4.7 Avslutning

I dette kapitlet ble tolkningen av resultatene presentert og diskutert i lys av relevant teori.

Det har blitt belyst hvordan informantenes utsagn fordrer en tanke om at diagnosen former pasientrollen i TPH gjennom å skape konstruksjoner som irrasjonelle, behandlingsresistente og evige pasienter. Det ble videre vist hvordan informantenes utsagn kan illustrere at diagnosen bidrar til å skape en posisjonering som offer eller fighter, og hvordan diagnosen også bidrar i en polarisering mellom ansatte og pasienter. Polariseringen ble beskrevet forårsaket av synet på ansatte som usikre og syndebukker. I denne forbindelse ble diagnosens betydning trukket frem som medvirkende årsak til usikkerheten hos ansatte, samt synet på ansatte som syndebukker. Forestillingene skapt av diagnosen ble ansett som et sosialt aspekt som bidrar til opprettholdelsen av den psykososiale funksjonshemningen, altså en samfunnsmessig barriere som opprettholder deler av den psykiske lidelsen. Disse sosiale aspektene som hemmer psykososial bedring hos pasienten ble i denne oppgaven vurdert som betydningsfulle fordi dette er aspekter som er dynamiske og foranderlige og som vi vet noe om, i motsetning til eventuelle biologiske og genetiske aspekter ved lidelsen. Deretter ble det konkludert med at det ofte foreligger en dobbeltkommunikasjon i helsevesenet angående diagnosens betydning og innhold. Denne dobbeltkommunikasjonen ble knyttet til hvordan ulike metateoretiske forståelsesrammer forholder seg til diagnosen, og at TPH og frivillige deler av psykisk helsevern kan preges av motstridende forståelsesrammer. Noen implikasjoner av denne dobbeltkommunikasjonen ble til slutt lagt frem.

5 Diskusjon

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil videre implikasjoner av resultatene presenteres, og sees i en større sosial kontekst. Det vil deretter beskrives hva denne studien tilfører av ny kunnskap, ved å vise til hvordan den skiller seg fra eksisterende studier om pasientopplevelser med TPH. Dernest vil problematiske forhold og begrensninger ved innholdet, og metoden i denne studien diskuteres.

5.2 Hva betyr resultatene?

Resultatene har belyst hvordan diagnosen A. konstruerer ulike forestillinger om pasienten (figur 2), B. bidrar til at pasienten inntar ulike posisjoner (figur 2), C. Hvilke konsekvenser disse forestillingene har (figur 3), og D. At diagnosen skaper en dobbeltkommunikasjon i helsevesenet som baserer seg på ulike metateoretiske tilnærminger til diagnosens natur (figur 4).

5.2.1 Mistillit og forvirring.

En person vil ifølge Hacking (1995) aldri kunne forstås fullstendig gjennom en diagnose. Den diagnosebaserte praksisen står i fare for å bli teknisk og instrumentell, og overser dermed det unike i pasientene. En konsekvens av å ikke se pasienten bak diagnosen er at pasienten ikke opplever forståelse fra klinikeren. Dette kan videre medføre mistillit i relasjonen til behandleren eller annet personell.

Ettersom flere klinikere og fagpersoner er klare over diagnosesystemets begrensninger, men allikevel må forholde seg til systemet i stor grad risikeres det å sendes motstridende signaler til pasienten. I TPH risikeres det å underbygge en forståelse av diagnosen som individdefinerende. Dette kan medføre at diagnosen forstås som statisk og uforanderlig, og det anses dermed hensiktsmessig å frata individet ansvar og autonomi. I andre deler av helsevesenet anses diagnosen som atskilt fra individet, og individet oppfordres til å ta ansvar for egen helse og eget liv. Det én kliniker kommuniserer om diagnosens betydning og signifikans, kan stride i mot det andre klinikere kommuniserer om diagnosen til pasienten. Pasienten, som ofte er i behov av forutsigbarhet og konsistens kan få motstridende informasjon som forvirrer og frustrerer.

5.2.2 Pasienten - en byrde.

At diagnosen konstruerer ulike forestillinger om pasienten, som legger føringer for pasientens atferd og pasientens forståelse av seg selv, har en del uheldige implikasjoner hvorav de mer umiddelbare og individorienterte nevnes i resultatdelen. I et lengre tidsperspektiv kan

pasienten som implementerer pasientrollen bruke lenger tid på helsebedring og forbli en samfunnsmessig økonomisk utgift i lengre tid enn nødvendig.

Polarisering mellom ansatte og pasienter, som konsekvens av at diagnosen skaper ulike posisjoneringer, kan likeledes forlenge pasientens bedringstid, i følge studier som understreker viktigheten av relasjonen til helsepersonell (Safran & Muran, 2000).

Den motstridende kommunikasjonen kan også potensielt forlenge tiden det tar å oppnå helsemessig bedring, fordi man i frivillig psykisk helsevern må bruke tid og ressurser på å ”reparere” og endre en forståelse av diagnosen som har blitt skapt og inkorporert i pasienten i TPH. Kanskje hadde det blitt rom for større grad av bedring dersom diagnosen ikke hadde redusert pasientens individuelle identitet og fraskrevet pasienten ansvar i like stor grad som det oppleves å gjøre i dag.

5.2.3 Hva kan klinikeren gjøre?

Det har allerede blitt diskutert viktigheten av at klinikeren er klar over de nevnte sosiale interaksjonsprosessene som fremkom i denne studiens resultater (figur 2). Dette er fordi disse prosessene kan bidra til opprettholdelsen av det som i en relasjonell forståelsesramme betegnes som samfunnsskapte funksjonshemninger. Det er nettopp disse aspektene ved den psykiske lidelsen vi faktisk kan si noe om, i motsetning til eventuelle biologiske og genetiske korrelater ved den psykiske lidelsen. Dermed er dette også faktorer vi kan påvirke gjennom å være klar over egne holdninger knyttet til psykiske lidelser og diagnosen. Gjennom å være klar over hvordan diagnosen former ansattes holdninger overfor pasienten og pasientens holdninger rettet mot seg selv, kan klinikeren aktivt arbeide mot at profetiene oppfylles. I denne forbindelse er det også vesentlig at klinikeren er reflektert angående diagnosens nytteverdi, men også klargjøre dens grenser og begrensninger. Å kommunisere diagnosens begrensninger og styrker til hver pasient anses som vesentlig for å unngå å la diagnosens profetier gå i oppfyllelse, samt for å hjelpe pasienten med å fremme en sunn og helsegunstig identitet. Dette kan innebære å snakke om hva som skiller en persons diagnose fra en persons identitet. Videre kan klinikere kommunisere at diagnosen er en samlebetegnelse for en gruppe atferdsuttrykk, som ikke nødvendigvis har en kjent biologisk forankring, slik som ofte er tilfelle med diagnoser i somatikken. Videre er diagnosens dynamikk et viktig tema. For at helsefremming skal finne sted må pasienten informeres om at endring er mulig, og at en diagnose oftest ikke er kronisk eller forankret i uforanderlig biologi.

I forbindelse med resultatene fra denne studien er formålet med å se diagnosens begrensninger og profetier, å etterstrebe en ydmykhet i anvendelsen av diagnosene i klinisk praksis. Betydningen av funnene fra denne studien kan sammenfattes i viktigheten av, fra

første stund diagnosen stilles, å kommunisere diagnosens grenser og begrensninger til pasienten. Ved bruk av Hackings begrepsapparat kan funnenes betydning understreke viktigheten av å kommunisere diagnosen som en ”interactive kind” – en dynamisk enhet med konstruert innhold og kontekstavhengig betydning. Det medisinske perspektivet som ser diagnosen som en ”brute fact” og ”indifferent kind”, kan bidra til å forsterke idéen om at personer med gitte symptomer er kvalitativt annerledes fra andre, og i noen tilfeller uhelbredelige. Sosiale interaksjonsprosesser vil deretter bidra til at disse profetiene oppfylles, og pasientens skjebne blir dyster.

Allikevel klamrer mange seg fast til den tiltrekkende idéen om at diagnosene er en uforanderlig, objektiv og kvalitativt adskilt enhet hvor inngruppemedlemmene har såpass mye tilfelles at de kan behandles noenlunde likt. En relasjonell forståelse som både anerkjenner en faktisk funksjonsnedsettelse og en skapt funksjonshemning kan muligens redusere den nevnte motstridende kommunikasjon som forekommer når klinikeren både skal forholde seg til et reduksjonistisk diagnosesystem samtidig som hun skal se det unike ved hver pasient og forsøke å forstå personen på et mer fullstendig plan. I praksis bør det derfor jobbes mot å opprettholde et nyansert blikk på pasienten, selv når man er pålagt å stille en forenklende og på mange måter reduserende diagnose.

5.3 Hvordan skiller denne studien seg fra eksisterende forskning?

I en del av studiene som er utført av pasientopplevelser med tvungent psykisk helsevern viser forskeren allerede i introduksjonsdelen en tydelig fordom i retning av at tvangsbruk generelt er traumatiserende for pasienter (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). Utgangspunktet for denne studien var å etterstrebe en åpen holdning om at tvang kan oppleves både helsefremmende og helsereduserende for informantene. Deres opplevelser, fremfor forskers fordommer var ment å styre forskningen i så stor grad som mulig.

Videre har tidligere studier om pasienterfaringer med TPH i større grad en deskriptiv tilnærming, der denne studien tilfører en mer fortolkende innfallsvinkel. En del av de deskriptive studiene har som hovedmål å kartlegge hvorvidt pasientene mener tvangsbehandlingen var berettiget eller ikke (Katsakou & Priebe, 2006). Målet i denne studien er ikke å finne et generaliserbart eller objektivt svar på hvorvidt behandlingen er berettiget eller ikke berettiget, da dette spørsmålet ikke anses å være i tråd med studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag, metodiske fremgangsmåte, forskningsdesign og problemstilling. Derfor har som nevnt diagnoser, antall tvangstiltak og flere andre variabler ikke blitt vektlagt i denne studien. Denne studien tar i større grad sikte på å utbrodere angående hva behandlingen i TPH kan gjøre med individet. Studien har altså inkludert

hvordan behandlingen kan oppleves, implikasjoner av disse opplevelsene og betydningen slike opplevelser kan ha for praksisutøvelse. I forbindelse med slike komplekse spørsmål gir en interpretativ innfallsvinkel mulighet for større grad av innsikt. Forskningen blir på denne måten mer enn kun en oppsummering av informantenes utsagn. Resultatene settes inn i en større sosial, kulturell og historisk kontekst, noe som gir resultatene større tyngde, troverdighet og samfunnsaktualitet. Ved å tolke informantenes opplevelser med eksempelvis fokus på opplevelsenes implikasjoner for pasientens selvbilde, sier denne oppgaven noe om *hvorfor* funnene er viktige, og ikke bare *hva* funnene er. For å bidra med ny innsikt og økt forståelse av hvordan pasienten kan oppleve TPH har grundig tolkning av funnene vært ansett som betydningsfullt. Videre har denne studien hatt stort fokus på pragmatisk verdi, noe flere studier i forskningsfeltet virker å være mindre rettet mot. Forskningsfunnene har også blitt knyttet til metateoretiske perspektiver. Metateoretiske forankringer kan si noe om *hvorfor* vi finner nettopp de funnene vi finner. En del av den deskriptive forskningen som gjøres på TPH virker å overse at en del av praksisen kan forklares med nettopp metateoretiske overbevisninger som former kulturen på arbeidsplassen og dermed også praksisutførelsen.

5.4 Kritikkverdige forhold ved studien

5.4.1 Fare for overtolkning og forenkling.

Ved å bevege seg bort fra det deskriptive plan følger det en del styrker, men også noen fallgruver. En fallgruve er at man risikerer å bevege seg bort fra det informantene mener er deres opplevelser. Det kan ikke fullstendig utelukkes at informantenes opplevelser tolkes inn i en kontekst informanten ikke nødvendigvis mener er like relevant som forsker oppfatter at det er. Dette har blitt forsøkt unngått gjennom å stille oppfølgingsspørsmål, noen ganger til det slitsomme, slik at informanten forklarer seg på flere ulike måter om samme synspunkt.

I enhver oppsummering og tolkning av store mengder datamateriale vil forskeren risikere å forenkle visse aspekter av svært komplekse prosesser, fenomener, og funn for å kunne tydeliggjøre et budskap til leseren. Ett eksempel på en slik forenkling i denne studien finnes i diskusjonen om dobbeltkommunikasjonen (punkt 4.6). Her hevdes det at kommunikasjonen om diagnosens betydning i TPH slik det beskrives og tolkes i denne studien, skiller seg vesentlig fra *kommunikasjonen i andre deler av psykisk helsevern*. Å kategorisere kommunikasjonen om diagnosen i store deler av psykiatrien og i psykoterapisettinger under ett, og skille denne fra kommunikasjonen som foregår i TPH, er ikke en helt uproblematisk generalisering. Det finnes hundrevis av måter å drive behandling på og hver behandler med sine mer eller mindre unike fremgangsmåter vil kunne kommunisere en egen forståelse av diagnosen til pasienten. Det eksisterer utvilsomt en rekke

ulike synspunkter på diagnosens betydning i ulike deler av psykiatrien, som det av plasshensyn ikke vies oppmerksomhet til i denne oppgaven. Det er i midlertid verdt å bemerke at det ikke alltid jobbes mot å skille diagnose og identitet i frivillig psykisk helsevern, ei heller jobbes det bestandig med å forsøke å få pasienten til å ta ansvar.

5.4.2 Fokus på det ekstreme.

Ulike kontekstuelle forutsetninger kan ha hatt en betydning for tolkningen av datamaterialet. Gjennom kritisk refleksjon har det underveis i arbeidet vært viktig å drøfte konteksters påvirkning på resultatene. En relevant kontekstuell faktor å trekke inn i denne sammenheng er fremstillingen av TPH i mediebildet. Trolig kan medias portrettering av tvungent psykisk helsevern ta noe av æren for at teamet er satt på dagsorden, men også for de uheldige assosiasjonene tilknyttet tvangsbruk som kan skape fordommer rettet mot denne praksisen. Ulike nyhetskanaler (med VGs journalister i spissen) har blant annet hatt oppslag om pasienter som beltelegges lengre enn hva som er lovlig, at Norge bryter internasjonale menneskerettigheter for bruk av tvang, og at tvangstiltak gjennomføres uten vedtak (Moe, 2016; Mogård, 2016; Åsebø & Norman, 2016). Muligens gir dette et skjevt bilde av praksisen i tvungent psykisk helsevern der de ekstreme tilfellene blir løftet frem og presentert som hvordan tvungent psykisk helsevern utøves generelt. Tendenser til at de ekstreme tilfellene får mest oppmerksomhet, og at bias legger føringer for forskning er vanskelig å fullstendig utelukke, også i denne studien. Muligens vil personer som har subjektive opplevelser med urettferdig behandling i helsevesenet, kanskje ha større behov for å ytre seg gjennom studier som denne. Tross denne muligheten, anses deres opplevelser som like betydningsfulle for å avdekke ny innsikt angående opplevelser med tvangsbruk. Å fokusere på de ekstreme tilfellene er ikke utelukkende negativt da disse tilfellene kan være spesielt viktige å vie oppmerksomhet til.

5.4.3 Pasientperspektivet er kun ett perspektiv.

I denne studien ble det innledningsvis argumentert for viktigheten av implementeringen av pasientperspektivet. Samtidig representerer et pasientperspektiv kun én brikke i puslespillet som bør legge føringer for praksisutøvelse i psykisk helsevern. Selv om denne studien baserer seg på at pasienter, så fremt de ikke opplever betydelig symptomtrykk, kan være i stand til å vite deres eget beste, bør det anerkjennes at vi mennesker ikke alltid vet hva som er til det beste for oss selv. Pasientenes ”innenfra” perspektiver må vurderes og tas hensyn til, samtidig som fagfolk og eksperters ”utenfra” perspektiver er vel så viktige. I denne studien er pasientperspektivet i stor grad hentet fra tidligere pasienter som er aktive i ulike brukerorganisasjoner. Kanskje ville resultatene sett annerledes ut dersom flere pasienter

utenfor brukerorganisasjonene hadde blitt inkludert. En kombinasjon av ulike perspektiver, både utenfra og innenfra, fra pasienter og ansatte, er å foretrekke. Denne studien har bidratt til å sette lys på pasientperspektivet, ettersom dette perspektivet anses som underrepresentert i debatten om tvungent psykisk helsevern. Videre trengs en empirisk vurdering av pasientenes samtykkekompetanse i TPH. Virkningene av den nye lovendringen som trådte i kraft 1. September 2017 bør studeres for å se om økt selvbestemmelse fremmer pasientens helse i TPH.

5.4.4 Diagnosens undertrykkende effekt - et mantra?

Denne oppgavens resultater har blitt sett i lys av sosiologiske avviksteorier som benyttes til å stille kritiske spørsmål relatert til diagnosens funksjon, nytteverdi og konsekvenser for pasienten. På den andre siden kan diagnosens undertrykkende effekt fort bli et mantra som ikke stilles spørsmål ved blant enkelte tenkere innen avviksteori (Vehmas & Mäkelä, 2008). Ettersom personer med psykososiale funksjonsnedsettelser ofte opplever svekket dagliglivsfungering som følge av denne, vil diagnosens praktiske funksjon være av stor betydning for at pasienten skal kunne få riktig hjelp til å fungere så godt som mulig. For personer som for eksempel opplever psykisk smerte hjelper det fint lite å bli møtt med hundre ulike perspektiver, og relativistiske innfallsvinkler til behandlingsmetoder hvor ingen er mer riktige enn andre. Dermed kan diagnosen og dennes retningslinjer angående aktuelle behandlingsmetoder i flere tilfeller fungere som et nyttig hjelpemiddel. Viktige spørsmål i denne sammenheng er for øvrig hvordan man som kliniker skal forstå diagnoser og deres innhold, og hvordan kommunisere diagnosens betydning til pasientene. I et større perspektiv vil et viktig spørsmål være om diagnosens positive praktiske implikasjoner veier opp for de negative. Den gyldne middelvei for dagens kliniker blir dermed å anerkjenne diagnosene som verktøy for å kommunisere med andre fagfolk og bruke dem som en pekepinn på hvilke behandlinger som kan være gode alternativer, samtidig som diagnosene betraktes som forenklede merkelapper som ved fordel kan holdes atskilt fra pasientens identitet. Her kan den nevnte relasjonelle forståelsesmodellen bidra med et nyttig syn på psykiske lidelser som integrerer en sosial forståelse i diagnosens medisinske verden.

5.5 Diskusjon knyttet til metoden

5.5.1 Overførbarhet.

Selv om hovedmålet ikke har vært å generalisere funnene, har forskningen utvilsomt hatt sikte på å ha en overføringsverdi jmf. Malteruds definisjon av begrepet overførbarhet (2013). Overførbarhet kan betegnes som en form for generaliserbarhet som er vesentlig for forskningens nytteverdi. Informantenes perspektiver har overføringsverdi ettersom disse anses

som viktige for å si noe om hvordan TPH kan oppleves. Forskningens design har lagt til rette for at funnene kan ha en viss gyldighet og relevans utenfor rammene av denne studien.

5.5.2 Gyldighet.

Et gyldig resultat er et resultat som presenterer informantenes synspunkter. Ved å starte bredt med temaet ”Pasienterfaringer med TPH” og utvikle problemstillingen underveis i arbeidet med datamaterialet, har informantene i stor grad bidratt til å utvikle problemstillingen. Slik har risikoen for å utvikle problemstillingen basert på min forforståelse blitt forsøkt redusert.

Enhver sosial interaksjonsprosess innebærer i midlertid en mulighet for misforståelser. For å tilstrebe en så nøytral holdning som mulig, og for å fremheve informantenes opplevelser stilte jeg samme spørsmål i forskjellige formuleringer og forsøkte å gjøre meg naiv overfor feltet. Dette innebærer oppklaringsspørsmål og spørsmål om utdypninger. Til tider kunne det være utfordrende å balansere en naiv uvitenhet med en empatisk og bekreftende lytting. Fikk jeg for eksempel spørsmålet ”Er du ikke enig?” kunne jeg både ha behov for å stille meg nøytral og uvitende, samtidig som jeg ville etterkomme informantens behov for bekreftelse. I slike tilfeller kunne jeg svare ”Det er veldig interessant det du sier”, og slik unngå å trekke inn personlige synspunkter, samtidig som jeg til en viss grad bekreftet informanten.

5.5.3 Anvendelighet.

Et viktig fokus i denne studien, i tråd med Gergens (2009) sosialkonstruksjonisme, har vært på forskningens pragmatiske validitet også kalt anvendelighet (Kvale, 1996). Resultatene har en praktisk betydning for klinikerens arbeid i forbindelse med hvordan disse kan forholde seg til diagnosen, og hvordan de kan kommunisere med pasienten for å unngå at diagnosen former pasientens identitet. Forskningens praktiske betydning relateres også til viktigheten av å, som kliniker, ta høyde for hvordan kommunikasjon om diagnosen kan forme pasienten atferd og syn på seg selv.

5.5.4 Pålitelighet.

For å øke reliabiliteten kunne studien inkludert et oppfølgingsintervju med de samme informantene en gitt tid etter første intervju, og en stund etter at en grundig bearbeiding av datamaterialet fant sted. I denne hovedoppgaven ble tiden og oppgaveomfanget vurdert som for begrenset til å utvide studien på nevnte måte.

For å redusere risikoen for at bias hos forsker styrer forskningen, har det gjennomgående i forskningen blitt vektlagt transparens. Mulige variabler som kunne påvirke resultatene har eksplisitt blitt nevnt, og det har blitt etterstrebet å innta en så fordomsfri, nysgjerrig og utforskende holdning som mulig.

5.5.5 Å kombinere ulike metodologier og tilnærminger

Denne oppgaven har ikke sverget til én bestemt analysemetode som tufter på ett bestemt vitenskapsfilosofisk fundament. Oppgaven har isteden basert seg på forskerens vitenskapsfilosofiske grunnlag, som er inspirert av Gergens (2009) sosialkonstruksjonisme, som igjen er inspirert av tenkere som Mead, James og Vygotsky. I tillegg innebærer oppgaven elementer hentet fra et foucauldiansk perspektiv. Å basere seg på ulike tilnærminger og metodologier byr på flere utfordringer. Det å hevde at oppgaven er inspirert av én retning på noen områder og en annen retning på andre områder kan potensielt forvirre leseren ettersom det fort kan bli mange retninger å holde styr på, som ikke nødvendigvis lar seg kombinere på samtlige punkter. På den andre siden anses det som kunstig å kun sverge til én retning, dersom arbeidet i realiteten har latt seg inspirere og påvirke av flere retninger, som jo ofte er tilfelle i kvalitativ forskning. Transparens har blitt vektlagt for å spesifisere hvilke elementer av hver retning som benyttes i oppgaven. Dette for å unngå at det benyttes retninger som motstrider hverandre på viktige områder. En utfordring med hensyn til å benytte ulike retninger oppstår når forskeren henter inspirasjon fra et stort antall ulike tenkere, metoder og retninger i en liten oppgave som denne hvor det ikke gis plass til grundige utdypninger. Man risikerer dermed en overfladisk fremstilling av metodologien. Det har i prosessen derfor blitt valgt ut retninger, og lest primærkilder av tenkere som anses mest relevante. En del vitenskapsteoretikere og filosofer som kan knyttes til oppgavens vitenskapsteoretiske forankring har blitt ekskludert for å unngå at for mange teoretikere og retninger inkluderes. De som har blitt ekskludert ble ansett som mindre relevante for denne oppgaven enn de inkluderte.

5.6 Oppsummering

Formålet med denne studien var i utgangspunktet å utforske temaet pasientopplevelser med TPH. Etter å ha samlet og analysert dataene, ble problemstillingen videre formulert til å omhandle hvordan diagnosen former pasientrollen, sett fra pasientenes perspektiv. Gjennom informantenes beretninger ble det funnet at diagnosen bidrar til utviklingen av disse forestillingene hos ansatte om pasienten:

- Den irrasjonelle pasient
- Den behandlingsresistente pasient
- Den evige pasient

Spesielt én implikasjon av disse forestillingene ble vektlagt; at det oppstår en usikkerhet hos ansatte om hvordan de skal forholde seg til og behandle pasienten.

Videre ble det belyst hvordan diagnosen medfører endringer i hvordan pasienten forstår seg selv. Diagnosen kan bidra til utviklingen av følgende forestillinger hos pasienten:

- Diagnosen er en del av min identitet
- Jeg er et offer og/eller jeg er en fighter

Diagnosen smelter sammen med pasientens identitet, og dette medbringer en rekke følger som har blitt grundig drøftet. Disse forestillingene legger dessuten føringer for pasientens atferd (spesielt gjennom posisjonering). Én implikasjon av pasientens forestillinger om seg selv er polarisering mellom ansatte og pasienter. Ansatte sees som syndebukker, og det oppstår et sinne i pasienten. Ulike grunner til hvorfor nevnte implikasjoner kan oppstå har blitt drøftet, blant annet har oppgaven belyst hvordan man fra et relasjonelt perspektiv kan se sinnet som et aspekt ved den psykiske lidelsen i seg selv.

Det har blitt konkludert med at det foreligger en dobbeltkommunikasjon om diagnosens betydning som baserer seg på divergerende og motstridende forståelsesrammer hos fagfolk, der den medisinske forståelsesmodellen oftest står sterkere i tvungent psykisk helsevern enn i mange av de øvrige delene av psykiatrien. Implikasjoner av dobbeltkommunikasjonen har også blitt grundig redegjort for. En helhetlig og nyansert forståelse av diagnosen vil kunne redusere de negative implikasjonene diagnosen, og forestillingene den underbygger, kan medføre i dag. Klinikeren i TPH sin viktige oppgave blir dermed å kommunisere diagnosens innhold til pasientene, både fra et medisinsk, men også fra et sosialt og kanskje også relasjonelt perspektiv. Kommunikasjon mellom kliniker og pasient angående endringspotensiale, diagnosens dynamiske struktur, diagnosens begrensninger og styrker anses som prekært med tanke på helsefremming hos pasienten. Videre er det vesentlig at miljøpersonalet på akuttpostene bidrar til å fremme en forståelse av diagnosen som vil gagne pasienten og virke helsefremmende, og at de stiller seg bak en slik kommunikasjon om diagnosen som nevnes i denne konklusjonen.

6 Referanser

Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*(12), 1175-1181.

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskaps-filosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist, 37*(2), 122.

Becker, H. S. (1991). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance.* New York: The Free Press.

Bergem, A. K. (2016). Hvorfor varierer tvangsbruken, og hva kan vi gjøre med det? *Tidsskriftet. Den norske legeforening, 136*(12), 1066-1067. doi: 10.4045/tidsskr.16.0491

Brun, M. K., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2017). Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 54*(2), 186-195.

Cavarero, A. (2000). *Relating narratives: Storytelling and selfhood*. New York: Routledge.

Collins, R. (1994). *Four sociological traditions*. Oxford: Oxford University Press.

Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Cooley, C. H. (1998). *On self and social organization*. H. J. Schubert (Red.). Chicago: The University of Chicago Press.

Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S., & Bennett, S. (2003). Trauma within the psychiatric setting: A preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 30*(5), 453-460.

Davies, B., & Harré, R. (1999). Positioning and personhood. I R. Harré & L. Van Langenhove (Red.), *Positioning theory*. Oxford: Blackwell.

Deegan, M. J. (Red.). (2017). *Essays in Social Psychology*. New York: Routledge.

Diseth, R. R., Bøgwald, K.-P., & Høglend, P. A. (2011). Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(1), 1-6.

Ekern, L. (2009). Kvalitativ forskning – Riktig verktøy til riktig oppgave. *Fagbladet Forskningsetikk*. Hentet fra http://www.etikkom.no/Aktuelt/Fagbladet-

Forskningsetikk/arkiv/2008/2008-1/Kvalitativ-forskning--Riktig-verktoy-til-riktig-oppgave/

Festinger, L. (1957). An Introduction to the Theory of Dissonance. I *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press.

Fjelnseth, A. G. (2017). Brukerinvolvering gir bedre tilsyn. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.* Hentet fra http://www.napha.no/content/21360/Brukerinvolvering-gir-bedre-tilsyn

Fosse, R., & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktspsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten.* Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.

Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.

Foucault, M. (2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gjøvik: Gyldendal norsk forlag.

Freedheim, D. K., Norcross, J. C., VandenBos, G. R. (Red.). (2011). *History of Psychotherapy: Continuity and Change.* New York: American Psychological Association.

Garratt, A., Danielsen, K., Bjertnaes, Ø. A., & Ruud, T. (2006). PIPEQ - A method for measurement of user satisfaction in mental health services. *Tidsskriftet. Den norske legeforening, 126*(11), 1478-1480.

Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford: Oxford University Press.

Gilbert, D. T., & Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological bulletin, 117*(1), 21.

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research.* Duquesne: Duquesne University Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Penguin Books.

Grubaugh, A. L., Frueh, B. C., Zinzow, H. M., Cusack, K. J., & Wells, C. (2007). Patients' perceptions of care and safety within psychiatric settings. *Psychological Services, 4*(3), 193.

Gundersen, T. (2016). Skammen i helsevesenet. *Dagens Medisin*. Hentet fra http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/12/03/skammen-i-helsevesenet/

Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory.* New Jersey: Princeton University Press.

Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Massachusetts: Harvard University Press.

Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 10*(1), 65-72.

Hammervold, U. E., & Barbosa da Silva, A. (2016). Bruk av tvangsmidler i traumebevisst miljøterapi - et faglig og etisk perspektiv. I M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva & M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 165-183). Oslo: Universitetsforlaget.

Heidegger, M. (1996). *Being and time: A translation of Sein und Zeit*. New York: State University of New York press.

Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning

Hem, M. H. (2008). *Mature care?: An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.

Hem, M. H, & Pettersen, T. (2011). Mature care and nursing in psychiatry: notions regarding reciprocity in asymmetric professional relationships. *Health Care Analysis, 19*(1), 65-76.

Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskriftet. Den norske legeforening, 133*(8), 821. doi: 10.4045/tidsskr.13.0527

Høie, B. (2017). Styrket rettssikkerhet til pasienter ved skjerming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54*(8), 765.

Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry, 25*(2), 93-108. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00108-X

Iversen, K. I., Høyer, G., & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*(6), 504-511. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.09.001

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

Kjellin, L., Høyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., & Sigurjónsdóttir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(3), 241-247. doi: 10.1007/s00127-005-0024-0

Kogstad, R. E. (2009). Protecting mental health clients' dignity — The importance of legal control. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*(6), 383-391. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.008

Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing.* California: Sage.

Kvam, M. (2013). Tvangsbruk i psykiatrien kan innebære brudd på menneskerettighetene. Hentet fra https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/tvang-i-psykiatrien-og-brudd-pa-rettigheter/

Lamb, S. (1999). Constructing the victim: Popular images and lasting labels. I S. Lamb (Red.), *New visions of victims: Feminists struggle with the concept* (s. 108-138). New York: New York University Press.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., . . . Roth, Loren H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry, 155*(9), 1254-1260.

Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering* (2 utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lorem, G. F., Frafjord, J. S., Steffensen, M., & Wang, C. E. A. (2014). Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing ethics, 21*(3), 347-358.

Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 115-124.

Løkke, P. A. (2014). Jenters stumme raseri – i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 51*(9), 767-772.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2 utg.). New York: The Guilford Press.

Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review, 8*(2), 193-210.

Moe, T. H. (2016). Jurist om psykiatrien: - Norge bryter menneskerettighetene hele tida. Hentet fra https://uit.no/om/enhet/aktuelt/nyhet?p_document_id=487283&p_dimension_id=88177

Mogård, L. E. (2016). Kommentar: Skammelig på UNN, *NRK*. Hentet fra https://http://www.nrk.no/troms/kommentar_--skammelig-pa-unn-1.13095576

NESH. (2000-2006, s. 22). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra https://http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/

Norvoll, R. (2006). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter.* (Doktorgradsavhandling), Universitetet i Oslo, Oslo.

Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. G. (2008). Det er nå det begynner. *Hovedrapport fra prosjektet" Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT). Trondheim: SINTEF Helse*.

Norvoll, R., & Husum, T. L. (2011). Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. *Som natt og dag-rapporten*. Hentet fra http://www.napha.no/multimedia/2245/Som-natt-og-dag-3.pdf

Norvoll, R., Ruud, T., & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskriftet. Den norske legeforening, 135*(1), 35-39.

NOU 2001:22. *Fra bruker til borger - En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/.

Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing, 33*(1), 89-97.

Parsons, T. (1991). *The Social System*. London: Routledge

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 10 februar 2017 nr. 6. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven

Repstad, P. (2014). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ridley, J., & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment)(Scotland) Act 2003. *Health and Social Care in the community, 21*(5), 509-518.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.

Rogers, C. R. (1961). Significant Learning: in Therapy and in Education. I *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (s. 285). New York: Houghton Mifflin Company.

Ross, L. D. (2001). Getting down to fundamentals: Lay dispositionism and the attributions of psychologists. *Psychological Inquiry, 12*(1), 37-40.

Safran, Jeremy D., & Muran, J. Christopher. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* Guilford: Guilford Press.

Sartre, J.-P., & Mairet, P. (1960). *Existentialism and humanism.* London: Methuen London.

Searle, J. R. (1995). *The construction of social reality.* New York: Simon and Schuster.

Shakespeare, T. (2010). The Social Model of Disability. I L. J. Davis (Red.), *The Disability Studies Reader* (s. 197-204). New York: Routledge.

Shakespeare, T. (2014). *Disability rights and wrongs revisited*. London: Routledge.

Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Nordic Journal of Nursing Research, 28*(4), 19-23.

Smith, J. A. (2007). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods.* London: Sage.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* [Brosjyre]. Oslo: Direktoratet.

Steffensen, S. E. (2016). Mennesker med psykiske plager utfordres på flere fronter. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.* Hentet fra https://napha.no/content/20555/Mennesker-med-psykiske-plager-utfordres-pa-flere-fronter

Stormbo, D., Hammer, J., Borgejordet, S., & Heggdal, D. (2014). Basal eksponeringsterapi - i møte med "lært hjelpeløshet" og "splitting". *Psykisk helse og rus.* Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/303178932_Basal_eksponeringsterapi_-_i_mote_med_laert_hjelpeloshet_og_splitting

Stortingsforhandlinger. Innst. 169 S (2016-2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.*

Storvik, M. (2017). Ledelsen har ansvaret for at lover følges. *Aftenbladet.* Hentet fra https://http://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/gq8ba/Ledelsen-har-ansvaret-for-at-lover-folges

Straffeloven. (2005). Lov om straff m.v. av 20. mai 2005 nr. 28. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_1-3#§20.

Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*(6), 416-427.

Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual review of psychology, 33*(1), 1-39.

Tajfel, H. (2010). *Social identity and intergroup relations*. New York: Cambridge University Press.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. I W. G. Austin & S. Worchel (Red.), *The social psychology of intergroup relations* (s. 33-47). California: Brooks/Cole.

Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry research, 200*(2), 939-944.

Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). *The child in America; behavior problems and programs [by] William I. Thomas and Dorothy Swaine Thomas.* New York: Knopf.

Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. I H. Tajfel (Red.), *Social identity and intergroup relations*. New York: Cambridge University Press.

Vehmas, S., & Mäkelä, P. (2008). A realist account of the ontology of impairment. *Journal of Medical Ethics, 34*(2), 93-95.

Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in society: The development of higher psychological processes.* M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (Red.). Cambridge: Harvard university press.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Åsebø, S., & Norman, M. G. (2016). Tvangsloggene, samleside, *Verdens Gang*. Hentet fra http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/

7 Figurliste

Figur 1. GAP-modellen for funksjonshemning. 26
Figur 2. Resultater: forestillingene om pasienten som skapes av diagnosen 52
Figur 3. Implikasjoner av ansattes og pasientens forestillinger som fremkommer i resultatene. 56
Figur 4. Dobbeltkommunikasjonen i lys av Parsons' beskrivelse av "sykerollen". 58

Vedlegg 1: Intervjuguide

Generell introduksjon av studien.

Formelt

- Når opplevde du å være innlagt i tvungent psykisk helsevern? Hvilken form for tvang ble benyttet? (tvangsinnleggelse, medisinering, beltelegging, skjerming)
- Hva mener du var bakgrunnen for bruken av tvang? Stikkord: psykose, mani, vold/aggresjon, frykt, suicidalitet/depresjon

Forståelse av tvangsbruk

- Hvilken forståelse har du i dag, av situasjonen der du ble utsatt for tvangsbruk?
  - Hva er dine tanker om hvorfor det ble brukt tvang? (eks. for å beskytte deg fra deg selv, eller beskytte personene rundt deg?)
- Er denne forståelsen ulik hvordan du forstod bruken av tvang på tidspunktet da denne fant sted?
  - Hvis ja, hva var din forståelse på det aktuelle tidspunkt?
  - Hvorfor tror du forståelsen din har endret seg?
- Mener du at tvangsbruken var berettiget og nødvendig?
- Mener du at tvang kan være berettiget i noen tilfeller?
  - I hvilke tilfeller? Hvordan?
- Kunne situasjonen ha blitt løst på andre måter?
  - Hvis ja, hvordan?
- Har du lært noe av denne opplevelsen? I så fall hva?
- Gjorde du deg noen refleksjoner umiddelbart i etterkant av hendelsen?
- Er denne hendelsen og disse refleksjonene representative for flere erfaringer du har med tvang?

Stikkord: hjelpesløshet vs. agens, stress, tillit til andre, traumatisering, æreskrenkelse, verdighet, selvtillit, selvfølelse, mulighet for å lære noe om seg selv, omsorg, ivaretakelse, beskyttelse, behov for skjerming, andre tilfredsstilte eller utilfredsstilte behov.

- Kan du beskrive med ett ord den følelsen du får når du tenker på denne hendelsen? Har du ett eller to ord som kan beskrive majoriteten av dine erfaringer med tvang?
- Påvirket bruken av tvang ditt syn på deg selv?
  - Hvis ja, hvordan?
- Påvirket bruken av tvang ditt forhold til helsevesenet?
  - Hvis ja, hvordan?
  - Påvirket bruken av tvang ditt forhold til personalet på institusjonen? Hvis ja, hvordan?
- Påvirket bruken av tvang hvilken nytte du hadde av behandlingen som helhet? Påvirket tvangsbruken hvilken effekt du hadde av behandlingen på dette stedet?

Tilleggsspørsmål hvis vi har tid, og hvis det vurderes som aktuelt å spørre i henhold til informasjonen informanten har gitt:

Utdyp: Hva kunne bedret tvangen?
Eks. at personalet hele tiden forteller hva de gjør?

Hva mener du om brukermedvirkning?
Vet pasienten hva som er best for henne/ham selv?

Takk for deltakelsen. Informer om hva som skjer videre.

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Bruk av tvang i psykisk helsevern – Pasienters egne opplevelser

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse pasienters egne opplevelser og erfaringer med tvungent psykisk helsevern i form av innleggelser, beltelegging, isolering og tvangsmedisinering. Forskningsprosjektet er del av en hovedoppgave ved psykologisk institutt NTNU.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer utforsking av personers opplevelser med tvungent psykisk helsevern. Det vil utføres intervjuer på ca én time, og det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Opptak vil slettes umiddelbart etter studiens slutt, og alt av opplysninger vil anonymiseres og avidentifiseres. Gjennom aktuelle organisasjoner og institusjoner vil det tas kontakt med personer som har erfaring med tvungent psykisk helsevern

I prosjektet vil det innhentes og registreres opplysninger om din opplevelse med tvungent psykisk helsevern. Det vil gjennom intervjuer og lydopptak av intervjuene samles informasjon om dine refleksjoner rundt egne erfaringer med tvungent psykisk helsevern.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjennom å dele din opplevelse med tvangsbruk i psykisk helsevern kan du representere viktige synspunkter i debatten om tvang i psykiatrien. Pasienters egne perspektiver kan bidra til betydningsfulle endringer og positiv utvikling av praksisen som utføres ved psykiatriske institusjoner. Du kan bidra til økt forståelse av pasienters behov og ønsker, blant helsepersonell i psykisk helsevern. Gjennom å sette ord på en potensielt vanskelig opplevelse, kan du samtidig øke din egen forståelse av hendelsen, og kanskje sortere tankene dine rundt denne opplevelsen.

Samtaler om ubehagelige opplevelser innebærer samtidig en risiko for at du vil kunne oppleve ubehag knyttet til å snakke om denne opplevelsen. Det vil kunne oppstå vanskelige følelser i intervjusituasjonen, som både intervjuer og deltaker bør være forberedt på. Du vil kontaktes ca 2 uker etter intervjuet i tilfelle du har noen spørsmål, kommentarer om det som ble sagt eller refleksjoner i etterkant.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for eventuell videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Emilie Sørås, mailadresse: emiliso@stud.ntnu.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettes ved prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er meldt til REK – Regional etiske komitéer, samt godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

Hroar Klempe
Institutt for psykologi NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 05.05.2017 Vår ref: 53810 / 3 / BGH Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53810	*Bruk av tvang i psykisk helsevern - pasienters egne opplevelser*
Behandlingsansvarlig	*NTNU, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Hroar Klempe*
Student	*Emilie Sørås*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, http://pvo.nsd.no/prosjekt.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74
Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
- Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra REK

REK
REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			22.03.2017	2017/465/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			14.02.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Hroar Klempe
Psykologisk institutt

2017/465 Bruk av tvang i psykisk helsevern - pasienters egne opplevelser

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 09.03.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Prosjektleder: Hroar Klempe

Prosjektomtale prosjektomtale (original):
Hensikten med studien er å utforske ulike opplevelser og reaksjoner på tvangsbruk i psykisk helsevern. Her inkluderes mekaniske tvangstiltak (beltelegging), tvangsmedisinering, isolering og fastholding. Det skal ha gått minst fire måneder og maks ti år etter at hendelsen fant sted. Dybdeintervjuer skal utforske temaer relatert til tvangsbruk som f.ek. autonomi og følelse av kontroll, ivaretakelse, beskyttelse, opplevd stress, tillit til helsevesenet og andre, æreskrenkelse, verdighet, selvtillit, selvfølelse, mulighet for å lære noe om seg selv, andre tilfredsstilte eller utilfredsstilte behov. Studien vil også inkludere hvorvidt informantene mener at tvangsbruken var berettiget og nødvendig. samt opplevd årsak til tvangsbruken. Fenomenologiske tilnærminger kombinert med narrative analyser vil bli benyttet. Implikasjoner for praksis i psykisk helsevern vil også bli vektlagt.

Vurdering

Framleggingsplikt
De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å bidra med nye synspunkter og aspekter knyttet til hvordan det oppleves å bli utsatt for tvang i psykisk helsevern. Selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Besøksadresse: MH-bygget UiT Norges arktiske universitet 9037 Tromsø
Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

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

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

Godkjenning fra andre instanser
Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. hfl § 2.

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

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Kopi til:hroar.klempe@svt.ntnu.no; emiliso@stud.ntnu.no