



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 352

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Lovendring i lov om psykisk helsevern og følgene av de sett fra tre perspektiver: bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv.

Antall ord *: 11082

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Lovendring i lov om psykisk helsevern og følgene av de sett fra tre perspektiver: bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv

Law change to the mental health act and its consequences from three perspectives: user, health personnel and society perspective

Kandidatnummer: 352 og 362

Bachelor i Vernepleie

Bergen/Institutt for Helse og Sosialfag/Vernepleie

Innleveringsdato: 22.05.20

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Lovendring i lov om psykisk helsevern og følgene av de sett fra tre perspektiver: bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv.

Problemstilling: Hvilke følger har endringene i loven om psykisk helsevern fra 2017 på bruken av tvang i et bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv?

Bakgrunn: Vi ønsker å sette fokus på et tema som vi anser som særs viktig både for samfunnet, pasientgruppen og ikke minst vernepleierprofesjonen. Følgene av lovendringen er noe ene gruppe medlemmet selv har observert. Sammen har vi erfaring fra hvert vårt ståsted og har reflektert rundt både positive og negative sider rundt problemstillingen. Vi tar leserne med gjennom en rekke refleksjoner og benytter oss av relevante historier fra praksisfeltet. Bakgrunnen for å se på problemstillingen ut fra tre perspektiver er for å få et mer helhetlig bilde. Vi benytter oss særlig av to overordnede elementer; Fenomenologisk- og humanistisk perspektiv og Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell. Dette hjelper oss å ha et medmenneskelig fokus gjennom oppgaven og se tematikken innenfor ulike sammenhenger.

Abstract

Title: Law change to the Mental Health Act and its consequences from three perspectives: user, health personnel and society perspective.

Issue: What are the consequences of the changes in the Mental Health Act of 2017 on the use of coercion in a user-, health personnel- and society perspective?

Background: We want to focus on a topic that we consider to be especially important for the society, the patient group and, not least, the professional nursing profession. The consequence of the changes in the law is something that one of the group members has observed. Together we have experience from each of our positions and have reflected on both positive and negative aspects of the problem. We take our readers through a series of reflections and use relevant experiences from our work. The background for looking at the problem from three perspectives is to get a more comprehensive picture. We used two main elements; Phenomenological and humanistic perspective and Bronfenbrenner's ecological model. This helped us to have a compassionate focus throughout the assignment and to see the topic within different contexts.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	0
Abstract	1
Innholdsfortegnelse	2
Lovendringen som førte til tragisk drap	3
Hva har vi med i bagasjen?	6
Ulike former for tvang	7
Å komme frem til ny kunnskap	9
Utforskende sjanger	9
Kunnskapsbasert	10
Å se hele mennesket i arbeidet med tvang	13
Tvang i en økologisk modell	15
Den som kjenner tvangen på kroppen	17
Følger av lovendringen	17
Gapet mellom individ og omgivelsene	20
Effekten av ulike former for tvang	22
Den hjelpende hånd og utøvende makt	25
Følger av lovendringen	25
Sosiale roller påvirker oss	27
Den tredje utvei	29
Det store bildet	30
Konsekvensene som rammer omgivelsene	31
Følger av lovendringen	32
Reisen vi har vært igjennom	34
Referanseliste	36

Lovendringen som førte til tragisk drap

Høsten 2019 skjedde det et drap i Bergen. En mann ble pågrepet for å ha drept sine egne foreldre. Bare dager tidligere hadde mannen blitt utskrevet fra psykiatrisk sykehus. Mannen ønsket å bli utskrevet, men legene mente vilkårene for tvang fortsatt var tilstede. Kontrollkommisjonen for psykiatrisk sykehus opphevet vedtaket om tvang. Tre dager etter utskrivelsen begikk mannen ugjerningen, hvor han ble funnet utilregnelig. Han var psykotisk i gjerningsøyeblikket.

Tenk om utfallet i denne tragiske historien kunne vært annerledes. Dersom vilkårene for tvang i psykisk helsevern hadde vært mer konkrete, kunne det kanskje vært tilfellet. I denne oppgaven har vi valgt å se spesifikt på bruken av tvang innenfor akuttpsykiatrien etter lovendringene i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 2019) kom i 2017.

Jamfør lov om psykisk helsevern utgjør tvang en betydelig del av behandlingen rundt psykiske lidelser i Norge i dag. Dette er ikke ønskelig, verken fra et medmenneskelig eller fra et faglig synspunkt (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 164). Det har vært mye fokus på bruken av tvang innenfor helsevesenet de siste ti årene. På 1990 tallet ble det tatt flere viktige politiske beslutninger som hadde til hensikt å bedre behandlings- og levevilkårene for mennesker med psykiske lidelser. De viktigste dokumentene i den anledning er Stortingsmelding nr. 25 "Åpenhet og helhet" (1996-97), og Odelstingsproposisjon nr. 63, "Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006" (Ingeberg et. al 2006, s. 25).

I kjølvannet av Opptappingsplanen kom det en ny lov om psykisk helsevern, hvor mest mulig frivillighet i behandlingen var et uttalt mål (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Loven ble innført som et tiltak for å redusere bruken av tvang. De viktigste endringene var at psykisk syke mennesker ikke lenger kan bli innlagt eller behandlet

mot sin vilje dersom man har samtykkekompetanse. Dette gjelder dog ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

I september 2017 ble vilkårene for tvang innskjerpet. Til tross for dette har ikke bruken av tvang gått ned slik som ønsket (Helsedirektoratet, 2019). Statistikken fra 2018 viser at det er en økning i både tvangsinnleggelse, tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming. Ved å se på statistikken ser man at det er noen geografiske forskjeller. Eksempelvis skriver Helsedirektoratet (2019, s. 32) at på nasjonalt nivå økte pasientraten for tvangsmidler og skjerming, mens det i nord var noe nedgang.

I Norge er verdiene om individualisme, frihet og menneskerettigheter grunnleggende for hvordan samfunnet styres. I lys av det strider reglene om tvangsbruk mot disse verdiene. Dette vises blant annet i grunnloven §93 fjerde punktum: "Statens myndigheter skal beskytte retten til liv og bekjempe (...) andre former for umenneskelig eller nedverdiggende behandling" (grunnloven - grl. - bokmål, 2020, §93).

Slik vi ser det, kan endringene i lov om psykisk helsevern føre til at pasienter rekker å bli alvorlig syk før hjelpeapparatet har rett til å gripe inn. Dette fordi pasienten ikke betegnes som syk nok til å bli fratatt samtykkekompetansen. Likevel er de så syk at det er nødvendig med behandling for å bli frisk, eller for å unngå forverring av tilstanden i vesentlig grad. Ulike sinnslidelser kan medvirke til at pasienter selv ikke evner å forstå alvorlighetsgraden av sitt eget sykdomsbilde, og dermed motsetter seg behandling. Lauveng forklarer det slik:

Et annet viktig begrep innenfor psykisk helsevern er innsikt i egen sykdom. Dette betyr at pasienten har forståelse av at han eller hun er syk, og at det er nødvendig med hjelp. En person som ikke selv opplever seg som syk er det naturlig nok vanskelig å hjelpe. En forutsetning for å gjennomføre frivillig

behandling er nesten alltid at personen selv har en eller annen grad av innsikt i egen tilstand (Lauveng, 2008, s. 96).

Avventing av nødvendig behandling kan føre til en økning av bruk av tvang ved at pasienten blir sykere. Dette kan føre til at pasienten selvskader eller er utagerende mot andre pasienter eller helsepersonell. I slike tilfeller der det er fare for liv og helse, må personalet gripe inn, og bruk av tvang iverksettes. På denne måten kan bruk av tvang brukes kontinuerlig for å gripe inn i akutte situasjoner over lengre perioder. Med den nye lovendringen er det vanskeligere å få tvangsvedtak for behandling tidlig i sykdomsforløpet fordi pasienter innehar samtykkekompetanse. Det er da fare for at det blir benyttet mer akutt tvang som ikke har behandlende effekt.

En motpol til tvang er samtykkekompetanse. Da lovendringen vi skal drøfte i denne oppgaven kom, var det mye diskusjoner om fagfolk vurderer samtykkekompetanse ulikt (Sjølie & Haugland, 2017, s. 288). De beskriver at det ikke ser ut til å være en felles forståelse av hvordan man skal forholde seg til begrepet, og at dette kan bli en utfordring når lovverket skal tolkes (Sjølie & Haugland, 2017, s. 288). I NOU 2019: 14 (2019, s. 132) blir begrepet samtykkekompetanse foreslått erstattet med beslutningskompetanse på bakgrunn av blant annet utfordringer med ulike tolkninger.

I denne oppgaven spør vi om bruk av tvang er nødvendig? Hva kan følgene av lovendringene være? Hva skjer når det går lang tid før man kan starte med behandling? Blir samtykkekompetanse vurdert ulikt?

Formålet med oppgaven er å belyse temaet tvang, da det er et såpass stort inngripen i et menneskets liv at en ønsker å redusere bruken til det absolutt minimum. Dersom tilfellet er at loven som ble laget for å redusere bruken av tvang faktisk har ført til økende bruk av tvang må dette sees nærmere på. Vi ønsker å se på hvilke følger lovendringene kan ha i tre ulike perspektiver, for å få frem et mer

helhetlig bilde rundt problemstillingen. Slik vi ser det er etisk refleksjon rundt bruken av tvang alltid essensielt. For å belyse temaet har vi formulert følgende problemstilling:

“Hvilke følger har endringene i loven om psykisk helsevern fra 2017 på bruken av tvang i et bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv?”

Hva har vi med i bagasjen?

Vi er to avgangsstudenter på vernepleierstudiet som både engasjerer oss i og er nysgjerrige på psykisk helsevern. En av oss har jobbet i akuttpsykiatrien i tre år, og har erfaring både fra før og etter den nye loven om psykisk helsevern kom. Over tid har hun blitt oppmerksom på at det kan virke som at det blir brukt mer tvang i akuttpsykiatrien etter lovendringen. Dette skapte en nysgjerrighet på å finne ut hva som skjer i kjølvannet av lovendringen i psykisk helsevern.

Det andre gruppemedlemmet har lite erfaring fra arbeid i psykiatrien, men ønsker å tilegne seg mer kunnskap innenfor dette fagfeltet. Hun har derimot erfaring med bruk av tvang og hvordan tvang har innvirkning på brukere i bofellesskap og i avlastning. Videre har hun erfaring med tvangstiltak fra praksisperioder ved sykehjem. Hun har både deltatt i tvangstiltak som føres som enkeltmelding og tvang som er godkjent som vedtak. Her har hun tatt del i blant annet tvang som holding, føring, nedleggelse og tvangsmedisinering. Hun har også deltatt i prosessen rundt å skrive enkeltmelding som blant annet inneholder observasjoner av bruker/pasient før og etter tvangen iverksettes. Bevissthet rundt våre erfaringer og observasjoner mener vi kan bidra til å styrke refleksjoner rundt bruk av tvang og dens innflytelse på tjenestemottaker videre i oppgaven.

I vårt samarbeid har vi stilt som to parter hvor en har en nærhet til historiene, mens den andre har mulighet til å se innholdet med en viss avstand. Vi har begge ulike erfaringer som bagasje, noe som vil være med å farge våre vurderinger forskjellig.

Denne fordelingen bidrar til at vi får nok avstand til å kunne foreta faglige vurderinger og se flere sider av samme sak.

Gjennom hele vårt studieløp har vi lært om pasientens rett til autonomi. I FOs yrkesetiske retningslinjer står det at profesjonsutøvelsen til blant annet vernepleiere er basert på humanistiske og demokratiske verdier og at man skal ta utgangspunkt i pasientens egne verdier, kunnskap og ressurser (Fagorganisasjonen, u.å.). Likevel er det til tross for dette til tider nødvendig å bruke tvang. Den etiske begrunnelsen for dette er at det er nødvendig for å begrense eller forhindre vesentlig skade på pasienten selv, andre eller omgivelsene (Fagorganisasjonen, u.å.).

Ulike former for tvang

Tvang og makt er definert som tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (Fylkesmannen, 2020). Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruken av tvang (psykisk helsevernloven - phvl, 2019, § 1-1).

I litteraturen skiller man mellom uformell og formell tvang (Norvoll, 2013, s. 252). Formell tvang er den tvangen som er regulert gjennom lov om psykisk helsevern, og er den tvangen vi vil ta for oss i denne oppgaven. Uformell tvang er ikke regulert gjennom lov, og kan være husregler, grensesetting og kommunikasjonsformer.

Reglene om formell tvang i lov om psykisk helsevern omfatter både tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av forskjellige typer tvangsmidler. I tillegg kommer skjerming og begrensninger i retten til å motta besøk, benytte telefon, sende og motta brev og pakker, kroppsvisitasjon m.m. (NOU 2019: 14, 2019, s. 85) Vi vil videre forklare de begrepene som er relevant for oppgaven.

Tvangsinnleggelse kan være to ulike ting. Det kan være vedtak om tvungen observasjon eller vedtak om tvungent psykisk helsevern. Før en kan få noen av disse vedtakene skal det ha vært forsøkt med frivillig psykisk helsevern, hvis ikke det er åpenbart at det er formålsløst å forsøke dette (Helsedirektoratet, 2017, D).

Behandling med legemidler uten samtykke kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet (Helsedirektoratet, 2017, D). Dette gjelder ikke dersom pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopplegg er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen (Helsedirektoratet, 2017, D). Institusjonen skal gjennom hele undersøkelsesperioden forsøke å få pasientens tillit slik at behandlingen kan gjennomføres frivillig (Helsedirektoratet, 2017, D).

Skjerming vil si at pasienten holdes borte fra medpasienter, gjerne i en egen avdeling (Norvoll, 2013, s. 246). Skjerming kan benyttes dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør det nødvendig av hensyn til pasienten selv eller av hensyn til andre pasienter (Helsedirektoratet, 2017, D, s. 10).

Tvangsmidler skal ikke være en del av den planlagte behandlingen, men kan benyttes i akutte situasjoner dersom det er uomgjengelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre eller for å avverge betydelige materielle skader (Helsedirektoratet, 2017, D, s. 10). Det er fire typer tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler (herunder belteseng), korttidsvirkende legemidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon) og kortvarig fastholding (Helsedirektoratet, 2017, D, s. 10).

Kontrollkommisjonen er et kontrollorgan vi har i Norge for å sikre rettssikkerheten til pasientene. Kontrollkommisjonene er en klageinstans for vedtak om tvungent psykisk helsevern og andre vedtak om bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2017, C). De skal også på andre måter kontrollere at det ikke blir brukt ulovlig tvang.

Kommisjonen er uavhengig av institusjonen den kontrollerer. Hvis en pasient klager på et vedtak, som f.eks. tvangsinnleggelse, skjerming, osv. sendes klagen til kontrollkommisjonen. Pasienten har i disse sakene også rett på advokat bistand. I 2017 ble det satt frem 2172 klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern, og 291 klager på vedtak om tvungen observasjon. Klagene blir i hovedsak ikke tatt til følge, kommisjonen ga medhold i 13% av klagene i 2017 (NOU 2019: 14, 2019, s. 233).

Å komme frem til ny kunnskap

I dette kapittelet vil vi beskrive hvilke metoder vi har brukt i denne oppgaven. Vi vil vise hvilke kunnskapskilder vi har benyttet og hvorfor vi mener dette har vært riktig.

Utforskende sjanger

Denne oppgaven tar utgangspunkt i essaysjangeren. Dette er fordi den baserer seg på refleksjon og erfaring, noe vi mener er best egnet for å besvare vår problemstilling. Vi startet med en ide om at lovendringen som kom kan ha ført til mer bruk av tvang på noen områder, og på bakgrunn av dette bestemte vi oss for problemstillingen vi presenterte innledningsvis. Essayet er en sammensatt og personlig prosaform, der refleksjon over erfaring bærer teksten og er de viktigste bestanddelene i et essay (Bech-Karlsen, 2006, s. 12-19).

Erfaring er et nyttig redskap for å belyse bruken av tvang fordi det ofte er enklere å forstå og relatere seg til temaer når man bruker eksempler. I tillegg kan en lære mye av erfaringer. Refleksjon er et nyttig redskap fordi det bidrar til yrkesutøvelse som baserer seg på innsikt, bevisstgjøring, kunnskapsfornyelse, bedret praksis og perspektivendring (Dahl & Alvsvåg, 2013, s. 33-34). "Dewey beskriver refleksjon som en aktiv og grundig overveielse over antakelser og hvilke begrunnelser som støtter antakelsen (...)" (Dahl & Alvsvåg, 2013, s. 34). Disse to bestanddelene utgjør dermed sentrale redskaper i vår vurdering av lovendringene og hvilke følger den kan ha hatt når vi knytter dette til foreliggende litteratur og forskning. Vi ønsket nettopp

dette, å belyse litteraturen og forskningen ved å bruke egne tanker, erfaringer og opplevelser, og reflektere rundt dette gjennomgående i oppgaven.

Med essaysjangeren ønsker vi å invitere leserne til en undrende samtale ved å selv sette ord på egne opplevelser om hvilke følger lovendringen kan ha fått, sett i lys av bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv. Funn fra forskningen og elementene vi trekker frem vurderer vi som relevante for å reflektere rundt lovendringene. Det vi presenterer mener vi er gjeldende, men vi utdyper ingen mening på om det er riktig eller gal praksis. I følge Jo Bech-Karlsen er essayet blant annet åpent og søkende (2006, s. 17). I dette legger vi at vi søker å åpent utforske problemstillingen gjennom å stille spørsmål ved det som tas opp i litteraturen og kritisk reflektere rundt ulike aspekter som trekkes frem. Vi ønsket å benytte oss av anekdoter hvor refleksjoner kan synliggjøres. Vi er begge glade i å skrive, og det frie med essaysjangeren virket appellerende for oss (Riksmålsforbundet, u.å.).

Vi har benyttet oss av refleksivitet gjennomgående i oppgaven. Refleksivitet er en form for selvkonfrontasjon hvor man setter et revidert blikk på egne tanker, verdier og handlinger (Lund, Postholm, & Skeie, 2010, s. 97). Det er viktig å presisere at dette er våre egne erfaringer og refleksjoner. Refleksivitet er noe vi har hatt fokus på under hele oppgaveskrivingen. Vi føler at det er en fordel på dette punktet at vi er to som skriver oppgaven. Når en av oss har kommet med en praksisfortelling har vi alltid hatt en nøytral part, som ikke har et personlig forhold til fortellingen.

Personlige meninger vil alltid farge forskerens analyser. Forskerens eget ståsted avgjør hva som betraktes som gyldig kunnskap, og det vil farge resultatet av egne tolkninger og analyser (Lund et al., 2010, s. 98). Vi synes Lauveng (2014, s. 14) omfavner dette budskapet på en god måte: "Livet er stort og komplisert og sammensatt, og det finnes ingen fasit. Fasiter passer i mattestykker, ikke i virkeligheten. Derfor er ingen av disse fortellingene den ene, store, allmenngyldige sannheten. Men alle historiene er sanne".

Kunnskapsbasert

Et overordnet mål for oss i arbeidet med denne oppgaven har vært å jobbe “kunnskapsbasert” (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinar. 2012, s. 15-23) ved å basere oss på ulike typer kilder 1) forskningsbasert kunnskap, 2) erfaringsbasert kunnskap og 3) brukerkunnskap. De ulike typene av kilder utdypes i de neste avsnittene.

Forskningsbasert kunnskap har vi søkt etter i flere databaser og vi har benyttet oss av ulike forskningsbaserte artikler. Vi startet med å lete etter informasjon fra nasjonalt hold. Dette gjorde vi fordi de ofte baserer seg på systematiske oversikter. En systematisk oversikt er en artikkel som baserer seg på flere artikler om samme emne, og blir da oppsummerende for det temaet (Helsebiblioteket, 2016). Vi fant NOU 2019: 14 (2019) som vi har jobbet mye med. Vi har også jobbet mye med andre dokumenter fra Helsedirektoratet. Vi kan nevne tvang i psykisk helsevern - status etter lovendringene i 2017 (2019), rundskrivet til psykisk helsevernloven (2017, D) og endringer i psykisk helsevernloven (2017, A) .

Videre søkte vi i ulike databaser for å finne annen oppdatert forskning. Vi søkte i Idunn, SveMed+, PubMed og Google Scholar. Vi brukte søkeord som “tvang” og “psykisk helsevern”. Når vi søkte i PubMed og Google Scholar brukte vi mesh ordene “coercion”, “mental health care” og “norway”. Vi ønsket å bruke norske studier, da vår problemstilling fokuserer på lovendringen som skjedde i Norge og andre land praktiserer tvang på andre måter. Vi ekskluderte studier fra andre land og studier som omhandlet barn.

Vi har inkludert to av studiene vi fant i oppgaven. Lorem, Hem & Molewijk (2014) sin artikkel som omhandler pasienters moralske evaluering av tvang i psykisk helsevern og Aasland, Lossius, Førde & Pedersen (2018) sin artikkel som omhandler holdninger og meninger om tvang blant fagpersoner innen psykisk helsevern i

Norge. I arbeidet med studiene brukte vi sjekklister fra helsebiblioteket (2016, A). Ved hjelp av disse fant vi ut at vi kan stole på resultatene de fremviser. Vi mener at begge studiene er overførbare til vår kontekst, på to ulike måter. Artikkelen til Lorem et al. (2014) viser til pasienters evaluering av tvang, noe som er essensielt å ha med når en diskuterer bruken av tvang. I studien til Aasland et al. ønsket de å undersøke hvorfor det er geografiske forskjeller på bruken av tvang i Norge, noe vi og setter spørsmålsteget ved i oppgaven.

Vi ønsket hovedsakelig å bruke pensumlitteratur som har vært viktig for oss gjennom studietiden vår, og som vi mener viser til en læringsrik utdanningstid. Av de kan vi nevne Owren & Linde (2011), Imsen (2014), Bjerke & Svebak (2013), Håkonsen (2014) og Nordlund, Thronsen & Linde (2015). I løpet av tiden vi har arbeidet med oppgaven har vi også funnet annen relevant litteratur som vi har valgt å benytte oss av. Biografiene til Arnhild Lauveng om deler av hennes liv ønsket vi å inkludere fordi vi mener de er med på å løfte og krydre oppgaven og gir oss en unik innsikt i både bruker- og helsepersonellperspektivet. Arnhild Lauveng var innlagt i tilsammen 10 år med diagnosen schizofreni. Som tidligere pasient og nå psykolog kan det tenkes at hennes faglige vurderinger er farget av den brukerkunnskapen hun innehar. På grunnlag av dette forholder vi oss til den verdifulle kunnskapen hun har fordi hennes vurderinger kan og er sannsynligvis påvirket av hennes tid som pasient. Vi har i tillegg brukt annen litteratur om metodeskriving, spesielt i forhold til essaysjangeren.

Erfaringsbasert kunnskap har vi delt gjennom fortellinger og egne refleksjoner rundt dem. Praksisfortellinger gir informasjon om fortellingens bakteppe og har et innhold som sikter seg til både tanker og følelser. Den er ikke problemrettet, men åpner for mange likeverdige vurderinger og handlingsalternativer (Fennefoss & Jansen, 2004, s. 7). Vi ønsket å belyse litteraturen med egne erfaringer og dele praksisfortellinger for å illustrere den erfaringsbaserte kunnskapen vi har.

“Fortellinger, anekdoter og eksempler er narrativer som kan fungere som metodiske hjelpemidler i humanvitenskapen. Narrativer brukes for å gripe innholdet eller betydningen i et fenomen” (Seljelid, 2002, s. 90). Praksisfortellingene tror vi kan gi mer innsikt og være et redskap for videre refleksjon rundt tematikken og problemstillingen. Bech-Karlsen (2006, s. 22) gjengir Terje Tvedt som sier at “Erfaring uten refleksjon er kun hendelser uten mening”. Gjennom disse refleksjonene fikk vi en ny forståelse av situasjonen og ny kunnskap kom frem.

På brukerperspektivet har forsøkt å se vi se på situasjoner fra brukers side og hva forskningen vi har funnet sier. I artikkelen til Lorem, Hem, & Molewijk (2014) ønsker de å diskutere pasienters moralske evaluering av tvang, fordi helsepersonell og pasienter ofte vurderer tvang ulikt.

De ulike kildene til kunnskap hjelper oss å belyse forskjellige deler av problemstillingen. Ved å se på ulike perspektiver sikrer vi god fagutøvelse og en profesjonell vurdering. Samtidig er vi bevisst at det kunne blitt gjort på en annen måte og at de funn vi har valgt å presentere og reflektere rundt ikke viser den fulle sannhet. Vi har basert mye av oppgaven vår på ulike dokumenter fra Helsedirektoratet, men om vi hadde fokusert mer på for eksempel oppdatert forskning, kunne oppgaven sett annerledes ut. Likevel indikerer ikke problemstillingen at det skal forekomme en konklusjon, men heller at vi viser til eksempler som er relevant og vise ulike sider ved problematikken. Denne oppgaven mener vi viser til én måte å forstå det på.

Å se hele mennesket i arbeidet med tvang

Når man jobber med mennesker, er det viktig å vite at alle mennesker er unike og har ulik bakgrunn. Mennesket er et fritt vesen som tar valg selvstendig for handlinger og atferd. Holdninger og verdier legger grunnlag for hva vi gjør, og formes av tidligere erfaringer. “Helt sentralt i vernepleiefaglig kompetanse er et helhetssyn på

mennesket som vektlegger kunnskap om ulike sosiale og samfunnsmessige utfordringer, og hvor sosiale funksjonsvansker har samme fokus som fysiske og psykiske funksjonsvansker” (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015, s 18).

Fenomenologi og humanistisk psykologi blir derfor et overordnet perspektiv i oppgaven. Vi ser viktigheten av å vurdere mangfoldet av delene som utgjør mennesket og det særegne som gjør at vi skiller oss fra hverandre, nemlig deres indre verden; tanker, følelser, meninger, verdier osv.

Fenomenologi handler om hvordan vi forstår, tolker og gir mening til situasjoner, også i relasjon til andre mennesker. I tillegg ser den på hvordan de mentale prosessene påvirker vår atferd. Vi som mennesker opplever situasjoner ulikt ut i fra erfaringer og tanker som baserer seg på våre handlinger og verdier (Håkonsen, 2014, s 72).

Humanistisk psykologi bygger på tanken om at alle mennesker er unike. Den tar utgangspunkt i det som er særegent med mennesket, nemlig de mentale prosessene. Disse utgjør blant annet våre tanker, følelser og å gjøre valg (Håkonsen, 2014, s 32).

Denne oppgaven tar høyde for at menneskers tanker, meninger, følelser og evne til å ta egne valg vil påvirke vedkommendes atferd (Owren & Linde, 2011, s 49-51), noe vi mener er grunnleggende kriterier i helsefremmende arbeid. Disse står i kontrast til et instrumentalistisk perspektiv, som ekskluderer subjektivitet. Dette perspektivet inkluderer ikke den subjektive delen av mennesket og mener at man kan forutsi hvordan mennesker tenker og kommer til å handle ut i fra kontekst (Owren & Linde, 2011, s. 49-52).

Fenomenologi og humanistisk psykologi mener vi er grunnleggende perspektiver å ha i bakhodet i samhandling med andre mennesker, og spesielt i arbeid hvor man skal hjelpe pasienter eller brukere. Dette gjør seg særlig gjeldende i situasjoner der

pasienten ikke alene klarer å gi uttrykk for tanker og følelser, og hvordan de viser seg i deres handlinger. I slike situasjoner er det viktig som helsepersonell å evne å sette seg inn i personens subjektive verden og legge til rette for at de etter sitt ståsted kan gi uttrykk for sin oppfatning av situasjonen og seg selv. Vi kan ikke bare ta for oss det som kommer til syne objektivt, men vi må se hele mennesket og gjøre vurderinger deretter.

Tvang i en økologisk modell

Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell er et individoverskridende perspektiv (Gulbrandsen, 2006, s. 51). I vår oppgave vil vi fokusere på bruker-, helsepersonell og samfunnsperspektiv, og hvordan disse perspektivene er større enn et individfokus. Vi tenker at vi ser pasienten i kjernen, nærmiljøene til pasienten og tilslutt lovverket som påvirker de andre miljøene rundt pasienten. Modellen kan sees på som et analyseverktøy og en utviklingsteori for å forstå hvordan mennesker og miljø gjensidig påvirker hverandre (Gulbrandsen, 2006, s. 51). Endring og utvikling i individer og systemer er resultater av de gjensidige påvirkningsmulighetene. Utviklingsmodellen har 5 systemer: mikro-, meso-, ekso-, makro- og tidssystemet. I vår oppgave vil vi avgrense til mikro-, meso-, og makrosystemet. Disse systemene er laget for å vise at de omgivelsene som betraktes som relevante for menneskelig utvikling ikke er begrenset til fokuspersonens umiddelbare miljøer, men omfatter også forbindelser mellom disse miljøene samt gjensidig innflytelse i mer omfattende omgivelser (Gulbrandsen, 2006, s. 53). Modellen forklarer hvordan faktorer på mange ulike nivåer, som nasjonale samfunnsfaktorer som helsepolitikk, eller sykehusstrukturer har betydning for den enkelte pasient.

Samspill mellom mennesker foregår i sosiale og kulturelle sammenhenger som legger føringer på handlingsrom og opplevelseskvalitet. For å forstå samspill mellom mennesker og hvordan de får betydning i personlige og sosiale utviklingsprosesser er det relevant å utforske den sosiale og kulturelle konteksten samspillet inngår i. (Gulbrandsen, 2006, s. 51).

Mikroperspektivet består av miljøene som personen er direkte involvert i, slik som familie, helsepersonell og venner (Imsen, G., 2014, s. 402). I mikroperspektivet vektlegges pasientens opplevelse av situasjonen, og det er dermed særlig relevant i problemstillingen om tvang i psykisk helsevern. Å studere et nærmiljø, for eksempel den psykiatriske avdelingen pasienten er innlagt på, er å analysere på mikronivå. Aktiviteter, roller og mellommenneskelige relasjoner er grunnleggende begreper i dette systemet (Gulbrandsen, 2006, s. 53). Det legges stor vekt på deltakerens egne opplevelser av situasjonen. I vår kontekst vil det være naturlig å tenke at dette perspektivet ser på pasienten og samhandlingen med helsepersonell, at miljøet er institusjonen, og hvordan pasienten opplever situasjonen.

Mesonivået studerer flere nærmiljøer samtidig for å få frem samspillet i mellom de (Imsen, 2014, s. 402). Pasienter bærer med seg erfaringer hjemmefra til sykehuset og erfaringene fra sykehuset hjem. Å analysere på mesonivå er å studere hvordan det som hender i en situasjon, virker inn på det som skjer i en annen situasjonen, og hvordan endringer i et miljø også fører til endringer i et annet miljø. Spesielt i arbeidet med psykiske lidelser tenker vi at det er viktig å reflektere på denne måten. Når vi som helsepersonell snakker med en pasient, hva vet vi egentlig om hva pasienten bringer med seg? Hva vet vi om hva som foregår i deres situasjon? Hva vet vi om deres realitet opplevelse? I dette systemet kan en se på interaksjon mellom helsepersonell og pårørende, eller eventuelle andre samarbeidspartnere.

Det siste systemet vi tar for oss, makrosystemet, omfatter de overensstemmelser som ligger til grunn i det kulturelle miljøet vedkommende befinner seg i (Gulbrandsen, 2006, s. 62). Her kan eksempler være lovverk, verdier og normer. Lovendringen vi ser nærmere på i denne oppgaven er et eksempel på en bestemmelse som påvirker hvordan det blir for pasientene. I tillegg vil normer legge mye av grunnlaget for hvordan vi arbeider. Disse normene kan variere fra sykehus til sykehus og fra avdeling til avdeling. Dermed kan man få ulike tolkninger av samme lov.

Bronfenbrenners bioøkologiske modell ble utviklet for å forstå barns utvikling ved å studere barna i de naturlige kontekstene hvor de hører hjemme (Imsen, 2014, s. 400). Likevel mener vi at det er overførbart til vår oppgave. Et barn hører aldri til i bare ett miljø, det hører til i mange ulike miljøer samtidig: i hjemmet og familien, skolen og blant skolekameratene (Imsen, 2014, s. 400). En pasient er ikke kun en pasient på en institusjon. I tillegg påvirker de ulike miljøene pasienten er en del av hverandre.

Den som kjenner tvangen på kroppen

Det viktigste perspektivet når man snakker om bruk av tvang mener vi er brukerperspektivet. Det er tross alt de som blir direkte utsatt for tvangen og som bokstavelig talt kan kjenne det på kroppen. Et viktig begrep gjennom hele vår utdanning har vært brukermedvirkning. Brukermedvirkning er lovpålagt i Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl (2019, § 3-1). I fagmiljøet har det vært mange diskusjoner rundt dette begrepet. Skal vi tilfredsstillе ønsker pasienter har som helsepersonell ser seg uenig i? Vi synes Arnhild Lauveng oppsummerer fint vårt ståsted i denne diskusjonen.

Hele poenget med brukermedvirkning er at det ikke må bli en kamp om hvilken kunnskap som skal regnes med. Det viktigste er ikke om det er fagkunnskapen eller erfaringskunnskapen som er "riktigst", "viktigst", eller mest gyldig. Begge innfallsvinkler er viktige, og de skal eller bør ikke konkurrere, men tvert imot utfylle hverandre (Lauveng, 2008, s. 123).

Følger av lovendringen

Man kan trekke frem en rekke negative og positive følger ved lovendringen i lys av brukerperspektivet. Blant de viktigste positive følgene er fokuset på frivillighet, menneskerettigheter og autonomi. Dette gir pasientene mulighet til mest mulig selvstendighet, underbygget av deltakelse, uavhengighet og mestringsfølelse. Dette er svært viktige og sentrale holdepunkter å understreke og jobbe ut fra. Dette fordi man jobber mot et mål om at pasientene skal bli frisk, eller hvertfall frisk nok til å

mestre egen hverdag selvstendig i ettertid av behandling. I artikkelen til Lorem et al., (2014, s. 235) viser de til at en av kritikkene pasientene hadde mot tvangen de var utsatt for, var at de ikke hadde fått nok mulighet til å påvirke i situasjonen. Det kan derfor utgjøre en viktig forskjell og gi stor mestringsfølelse dersom pasienten, med hjelp fra personell, er med i prosessen om utforming av behandling også i en svært sårbar situasjon.

I følge NOU 2019: 14 (2019, s. 132) har trolig lovendringen ført til et økt fokus på brukermedvirkning. Dette kan for eksempel være i form av at pasientene nå har rett på å evaluere bruken av tvang i etterkant sammen med behandlere. Hans eller hennes syn skal alltid journalføres. Ved å gjøre dette kan man begrense fremtidig bruk av tvang ved at pasienten forteller hvordan situasjonen kunne blitt løst på en bedre måte. Dette blir også trukket frem i artikkelen til Lorem et al., (2014, s. 236) hvor pasientene forteller at de savner informasjon rundt hvorfor tvang ble brukt. Ved at pasienten får mulighet til å gi innspill kan han eller hun forklare med egne ord hva som egentlig skjedde, hva som var forløpet og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes for å unngå det. I mikroperspektiv ville Bronfenbrenner sagt at det legges stor vekt på hvordan deltakeren, i denne sammenheng pasienten, opplever situasjonen. Ved at pasienten og helsepersonell analyserer og evaluerer tvangen i etterkant, kan de sammen finne andre løsninger for tilsvarende situasjoner ved senere anledninger. På denne måten vil menneskene og miljøet gjensidig påvirke hverandre.

Pasienten får i tillegg mulighet til å få forståelse for hvorfor tvang ble vurdert som en nødvendighet av helsepersonell. Formålet er å belyse om det mest hensiktsmessige av aktuelle tiltak ble valgt, om det ble iverksatt på riktig tidspunkt, om det kunne vært gjennomført på en måte som pasienten ville ha opplevd som mer skånsom og om pasienten fikk tilpasset informasjon før iverksettelse (Helsedirektoratet, 2017, A, s. 4). Selv om det oppstår tilfeller der pasienten selv ikke kan stilles tilregnelig for egne handlinger, kan det å forklare situasjonen føre til en forståelse fra pasienten som

videre kan bidra til å gjøre det lettere å bearbeide situasjonen og konsekvensene som medfulgte.

En av de negative sidene ved lovendringen kan være lengre sykehusopphold. Dette kan ha sammenheng med at pasientene er sykere når de først blir innlagt, og ofte da motsetter seg behandling. Dersom en pasient motsetter seg behandling blir det en lengre prosess ved å måtte gi behandling på tvang.

En positiv effekt av lovendringen er at til tross for lengre sykehusopphold, viser statistikken at tiden under tvang er blitt kortere for de lengste oppholdene (Helsedirektoratet, 2019, s. 21). Det vil si at underveis i oppholdet gjenvinner pasienten samtykkekompetansen, og er enig i frivillig innleggelse.

Pasienten vi fortalte om innledningsvis i oppgaven har på mange måter blitt sviktet av det nye lovverket, og av helsevesenet. Et mål om å gjøre behandlingen basert på mer frivillighet, kan ha ført til at mannen drepte begge sine foreldre. Når man leser slike historier går ofte tankene umiddelbart til den stakkars familien eller helsevesenet som har sviktet, men handlingen må ha gitt brutale følger også for pasienten selv. Her er det snakk om en mann som har blitt sviktet så brutalt at det får fatale konsekvenser for vedkommendes videre liv. Ikke bare er han nå en pasient med en vanskelig diagnose, men han har i tillegg drept sine foreldre og må bære med seg skyldfølelsen det trolig vil gi han.

Lovendringen kan også potensielt medføre en økt terskel for bruk av tvang, noe som kan medføre at personell avventer å benytte seg av det der det til vanlig ville blitt vurdert som nødvendig. For pasienten kan dette bety at de blir utsatt for mindre bruk av tvang, men det kan også bety at de må stå i mer uro enn hva som er nødvendig. Det kan føre til økt selvskading, eller skading av andre uten å bli hindret eller få hjelp. Personalet vegrer seg gjerne for å bruke tvang da lovendringen er ment for å redusere bruken. Likevel kan økt terskel for bruk av tvang være positivt. Personalet

ser gjerne mer kreativt på mindre inngripende tiltak før de tyr til tvang. Dette kan igjen føre til at man blir kjent med sider ved pasienten som kan benyttes for å skape et felles forståelsesgrunnlag og gjøre det lettere å få pasienten ut av situasjoner som kan være skadelig før det går for langt.

Ved lovendringen øker også fokuset på bruken av tvang blant helsepersonell, noe som potensielt har ført til at det er et økt fokus på å tilegne seg kunnskap rundt temaet. For pasientgruppen kan dette føles som en trygghet og at de føler de får tilfredsstillende hjelpen de har rett på og behov for. Økt kompetanse blant personalgruppen er utelukkende positivt da det er viktig å ha kunnskap i situasjoner der en må benytte seg av skjønn. Dette vil igjen kunne føre til økt tiltro og mulighet for å tilegne seg forståelse mellom personell og pasient. Dette fordi tiltro og forståelse er lettere å oppnå når en fremstår som en som legger kunnskap til grunn for avgjørelser og vurderinger.

I en av studiene vi fant pekte mange pasienter på at tvang var nødvendig for deres egen sikkerhet eller integritet (Lorem, Hem, & Molewijk, 2014). Dette skriver og Lauveng noe om i sine tekster. "Tvang kan være nødvendig. Jeg hadde ikke vært i live i dag hvis det ikke hadde vært lov å benytte tvang i psykisk helsevern" (Lauveng, 2014, s. 126). Vi håper at alle som bruker tvang evaluerer dette med pasienten i ettertid. Vi tror det kan gjøre at lignende situasjoner i fremtiden blir bedre, både for pasienten og helsepersonellet. Det å utøve tvang til pasientens beste og med respekt er ufattelig viktig. Lauveng sier noe viktig om dette:

Jeg vet at tvang uten respekt og omtanke kan gjøre stor og varig skade, for jeg har opplevd det. Og jeg vet at det er mulig å gjennomføre tvang med respekt. For jeg husker fem pleiere, to politifolk og en lege som tok seg tid til å høre på diktet om Fløytenisten Trompentast. Det var ikke all verden, men der og da var det mer enn nok (Lauveng, 2014, s. 126)

Gapet mellom individ og omgivelsene

Gap- eller misforholdsmodellen ser i utgangspunktet på mennesker med funksjonsnedsettelse og hvordan det blir en funksjonshemmende barriere mellom den funksjonsnedsatte i møte med sine omgivelser. Likevel kan denne modellen benyttes i arbeid med alle menneskelige relasjoner. Dette er fordi menneskets funksjon og mestring ikke bare avhenger av hvordan vi er og hva vi kan, men omhandler også hvordan omgivelsene er og hva de gjør og kan. I tillegg er normene som tilegnes situasjonen vesentlig for spillerommet som eksisterer og hvordan man må ta hensyn til og tilpasse seg dem (Owren & Linde, 2011, s. 38).

Når vi skriver om hvordan den nye loven har ført til endringer i form av å gi pasientene mulighet til selv å evaluere bruken av tvang, er det snakk om å tilrettelegge for en funksjonsfremmende hverdag. Omgivelsene møter den enkelte ved å gi de anledning til å gi innblikk i hvordan tvangstiltaket oppleves for å videre gi innspill i tilpasning av fremtidige situasjoner. Ved å jobbe ut ifra en slik modell kan man potensielt bidra til at forhold ved ulike situasjoner ikke har en overbelastende effekt på pasient ut fra vedkommendes ståsted og hva han eller hun tåler, orker eller er villig til (Owren & Linde, 2011, s. 38). Vi ønsker å komme med et eksempel for å belyse dette.

En psykotisk pasient er veldig ustelt. Pasienten har ikke dusjet eller vasket seg på flere uker, og det er blitt en enighet blant helsepersonellet om at de nå skal motivere pasienten til å dusje. Personalet går inn til pasienten med håndklær og såpe, og sier at nå er det på tide å ta seg en dusj. Pasienten har lagt våken hele natten pga. mye uro og stemmehøring, og er derfor veldig sliten. I tillegg har en av stemmene sagt at hun ikke kan dusje og at dersom hun gjør det dør moren. Personalet går med en forventning om at ved neste tilsyn er pasienten nydusjet og ren. Pasienten forsøker, men frykten for at moren skal dø er for stor. Når personalet kommer tilbake uttrykker

de en skuffelse over at det ikke er gjort. Pasienten klarer fremdeles ikke å uttrykke hvorfor hun ikke fikk det til.

Det er tenkelig at dette er hverdagen for flere pasienter. Dersom personalet hadde tatt seg tid til å kommunisere med og få forståelse av pasienten i situasjonen kunne det vært til stor hjelp for alle. Her er det viktig å jobbe ut i fra et fenomenologisk og humanistisk perspektiv for å søke og oppdage det som foregår i pasientens indre verden for den har oftest sammenheng med den atferd som fremtrer. Ved at personalet presser pasienten og i tillegg uttrykker en stor skuffelse hver gang pasienten ikke klarer å gjennomføre prosedyren, vil det kunne bidra til å hemme pasienten videre i hverdagen. Situasjonen vil kunne skape mye stress og ekstra tankekjør som vil kunne føre til uro, dårlig nattesøvn, dårlig appetitt og at pasienten til slutt blir for sliten for hverdagen. Personalet er med på å legge flere byrder på skuldrene til pasienten som vil kunne forsterke en funksjonshemmende hverdag.

Effekten av ulike former for tvang

Hvilken effekt har tvangen som benyttes i akutte situasjoner kontra tvangen som brukes i behandling gitt gjennom å frata samtykke? Tvangen som benyttes i akutte situasjoner, benyttes ofte fordi pasienten utfolder atferd som er såpass alvorlig at tvang må iverksettes. Den negative siden ved det er at vedkommende blir utsatt for tvang som gjerne vil føles som mer inngripende ved at den for det meste er fysisk, gjentas ofte og ikke har en fremtidsrettet effekt ved å tiltre som behandlende og rehabiliterende.

Tvang som benyttes gjennom vedtak ved at pasienten fratras samtykkekompetansen kan ses på som negativ ved at man over tid inngriper i et annet menneskets liv mot deres vilje. Gevinsten av det er at pasienten forhåpentligvis blir mer stabil over tid og raskere kan tilegne seg samtykkekompetansen tilbake. Pasienten kan da se effekten av tiltaket som positivt og som noe som bør videreføres. Færre akutte tilfeller av bruk

av tvang uten behandlende vinkling er utelukkende positivt. Vi ønsker å sette lys på og reflektere over dette ved å fortelle en historie fra egen praksis.

Pasienten er diagnostisert med bipolar lidelse, og er nå innlagt med mani med psykotiske symptomer. På sikt tilegner hun seg leversvikt og personell må seponere alt av medisiner. Tilstanden forverres: pasienten verken sover, spiser eller går på do selv på to uker. I dette tidsrommet ser personell seg nødt til å utføre SIK (steril intermitterende kateterisering) på tvang 2-3 ganger dagen. Tvangstiltaket utføres ved at seks personell holder pasienten nede, mens én SIKer. Pasienten får tilslutt ECT (elektrosjokk behandling) på nødrett. Dette har god effekt, faktisk så god effekt at pasienten blir regnet som samtykkekompetent. Pasienten uttrykker fremdeles vrangforestillinger, men tilstanden blir vurdert som forbedret i stor grad. Hun spiser, sover og går på toalettet selv.

I tiden mot den neste ECT behandlingen sier pasienten at hun ønsker å gjenta behandling. Behandleren snakker mye med pasienten om behandlingen, mulige bivirkninger og lignende. Når dagen kommer, har pasientens standpunkt snudd. Hun ønsker ikke lenger dette fordi hun er redd for at ECT behandlingen egentlig er lobotomering. Pasienten er blitt regnet som samtykkekompetent, og behandlingen kan derfor ikke gis på nødrett. Igjen blir pasientens tilstand forverret. Hun går ikke på do, som igjen medfører at det må SIKes på tvang. Pasienten slutter også å spise og sove. Pasienten blir tilslutt så dårlig at det på nytt blir utført ECT på nødrett. Pasienten blir bedre, og igjen regnet som samtykkekompetent.

I følge helsedirektoratets retningslinjer i forhold til ECT behandling skal ECT som hovedregel ikke benyttes som et behandlingstiltak dersom det ikke foreligger et gyldig samtykke fra pasienten selv. For at ECT skal kunne gis uten samtykke, kreves en lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag (Helsedirektoratet, 2017). Det presiseres imidlertid i forarbeidet til psykisk helsevernloven at nødretten kan komme

inn som et eget grunnlag for å gi ECT uten pasientens samtykke, dersom det er fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade.

I denne situasjonen er det helt tydelig for oss at pasienten hadde god effekt av ECT behandling. Å gi ECT behandling på nødrett, er et vanvittig stort inngripen i et menneskes liv. Det er også et vanvittig stort inngripen å SIKe på tvang, og de andre tvangsvedtakene som måtte gjøres i tidsrommet.

I NOU 2019: 14 (2019, s. 437) beskriver de at et kjent problem hos pasienter med psykiske lidelser er akkurat denne ambivalensen. De skriver at pasientene kan bli rådville og veie for og i mot uten evne til å skjære gjennom. Noen kan ofte, gjerne flere ganger hver dag, fatte innbyrdes motstridende beslutninger. Pasienten i vår historie var stabil etter hver behandling, og uttrykte selv ønske om å gjennomgå behandlingen på nytt, men hver gang rakk pasienten å bli syk nok til å bli preget av vrangforestillinger. Kanskje burde samtykke gitt i et friskere øyeblikk veie tyngre enn vurdering gitt i situasjoner preget av vrangforestillinger.

En annen endring ved loven var at undersøkelsestiden før en kan skrive vedtak om behandling uten samtykke er utvidet fra 3 til 5 døgn. Pasienten har så 48 timer å påklage vedtaket på. Hvis pasienten klager, går denne til fylkeslegen. Hvis det skjer, kan ikke medisiner gis før fylkeslegen eventuelt godkjenner vedtaket. Fylkeslegen skal tilstrebe å behandle klagen på to-tre virkedager. Dette vil si at det tar opptil 10 dager før en eventuelt kan begynne å gi behandling uten samtykke. I mellomtiden kan det være fare for at man bruker mange andre tvangsmidler fordi pasientene er så syke. Det kan være skjerming, isolering, fastholding osv. Dermed, satt på spissen, bruker vi potensielt mer tvang for å sikre at pasientene har rettssikkerhet ved en annen form for tvang. I tillegg til kravene tar det erfaringsmessig ofte en god stund før medisinene viser effekt. Det kan i tillegg av og til være at noen medisiner ikke fungerer like godt, og at en dermed må bytte medisiner underveis. Dette kan igjen føre til lang behandlingstid.

Ifølge Helsedirektoratet (2019) er det en økning i antall vedtak om behandling uten samtykke etter lovendringene kom. Vedtakene gjelder nesten utelukkende behandling med legemidler. Dette mener vi kan være fordi pasientene er sykere når de blir innlagt, og det dermed er færre pasienter som ønsker å ta medisinen frivillig. I NOU 2019: 14 (2019, s. 437) beskriver de at et problem med psykiske lidelser er at pasienten har oppfatninger som virker søkte, feilaktige eller bisarre på andre, dette blir ofte kalt vrangforestillinger. Disse vrangforestillingene kan pasientene fastholde med stor styrke. Det kan f.eks være at pasienten mener at medisinen de får tilbudt er gift. En vrangforestilling kan gjøre pasienten ute av stand til å ta imot og benytte seg av informasjonen de trenger for å ta fornuftig stilling til behandlingen.

Pasientene er sykere når de blir innlagt, og det tar i tillegg lengre tid før en kan starte behandling, som igjen kan føre til at behandlingen tar lengre tid. Gjennom arbeid med pasienter og brukere over flere år, har vi sett og erfart mye. I arbeid med mennesker forsøker man ofte å sette seg inn i deres ståsted, men en blir likevel stående på utsiden. På den måten får man en viss avstand fra situasjonen som gjør at vi ser nødvendigheten av behandlingene som utføres. Vi tenker begge at hvis vi noen gang blir psykisk syk, hadde vi heller ønsket at helsepersonellet gjorde det de kunne, selv om dette i enkelte tilfeller betyr tvangstiltak. Den samme opplevelsen tror vi mange av pasientene har når de ikke er preget av sykdom.

Den hjelpende hånd og utøvende makt

I denne delen av oppgaven vil vi fokusere på lovendringene sett i et helsepersonellperspektiv. Å utøve tvang er noe som oppleves som ubehagelig for de fleste å utføre. Likevel ser vi ut fra erfaring at det til tider er nødvendig. Ideelt sett skulle tvang vært et ikke-tema, men slik er det ikke. Det er da betryggende for helsepersonell å vite at det kan oppleves som trygt for pasientene. I boken "I morgen var jeg alltid en løve" (Lauveng, 2014, s. 116) skriver Lauveng:

Jeg er blitt tvangsinnlagt mange ganger. Jeg har sittet på isolat og skjermingsenheter. Jeg har ligget i beltesenger. Jeg er blitt tvangsmedisinert.

Jeg vet litt om hvordan det føles når noen tar kontrollen fra deg. Det kan være forferdelig skummelt, ydmykende og vondt. Og det kan føles litt trygt. Min erfaring er at skillet mellom fryktelig og greit nok og litt trygt, ikke går ved "hva", men med "hvordan" (Lauveng, 2014, s. 116).

Følger av lovendringen

Når en lov blir presentert kan det tenkes at det er lett å videreføre den i praksis, men det er ikke nødvendigvis så svart på hvitt som det gjerne kan fremstå som. Når man jobber i menneskelige relasjoner må skjønnsmessige vurderinger gjøres gjennomgående, og loven legger kun rammer som helsepersonellet må foreta disse innenfor. Eksempel på dette kan være matrutiner på en avdeling. På noen psykiatriske avdelinger har de husregler som sier at pasienter ikke får mat utenom måltider. Dette vil være en form for uformell tvang. Ulike avdelinger på samme sykehus kan ha ulike rutiner på dette, og det kan tenkes at det vil være forvirrende for pasientene og skape unødvendige tvangssituasjoner. Her kan man igjen trekke inn Bronfenbrenner og hvordan de menneskelige relasjonene og miljøene påvirker hverandre. De ulike avdelingene på sykehuset har akkurat samme lovverket å forholde seg til, men på grunn av påvirkning fra menneskene på avdelingene kan forholdene fremstå som ulike.

I artikkelen til Aasland et al. (2018, s. 112) viser de til at det er forskjell på holdninger til tvang blant fagfolk i psykiatrien. Alle mennesker kommer fra ulik bakgrunn og er formet av de erfaringene de gjør seg underveis i livet. Dette preger vår forståelse og vurdering også i arbeidslivet. Dette er noe som også samsvarer med et fenomenologisk og humanistisk perspektiv. Individets indre verden påvirker atferden. Spesielt i situasjoner hvor en må bruke skjønn tenker vi at bakgrunnen og erfaringene til helsepersonellet kommer til syne. Ulike tolkninger av samtykkebegrepet, kan føre til geografiske forskjeller i bruk av tvang. Statistikk fra 2018 viser at det i noen deler av landet ble en økt bruk av tvang, mens det i andre områder var nedgang (Helsedirektoratet, 2019). Lovverket og samtykkebegrepet legger opp til skjønnsmessige vurderinger.

I saken om pasienten som drepte sine foreldre vurderte legene og kontrollkommisjonen vilkårene for tvang ulikt. Hvis vilkårene for tvang i psykisk helsevern hadde vært mer konkrete, og det ikke hadde vært så stort rom for skjønnsmessige vurderinger kunne det kanskje sett annerledes ut. Utfallet av denne spesifikke saken kan ha ført til frustrasjon blant helsepersonellet som mente at pasienten burde vært videre innlagt. Det at kontrollkommisjonen var uenig i deres avgjørelse kan gjøre at helsepersonellet mister tillit til egen kompetanse og avgjørelser i fremtidige situasjoner. I etterkant av denne saken var det mange nyhetsoppslag, hvor det psykiatriske sykehuset fikk skyld for å ikke ha gitt mannen behandlingen han trengte. I dette tilfellet ønsket sykehuset å behandle mannen videre, men lovverket og kontrollkommisjonen gjorde det ikke mulig.

Når vi foretar vurderinger i forhold til bruk av tvang, gjør vi disse vurderingene ut i fra blant annet pasientens historikk, sinnstilstand, bakgrunn og vår relasjon til dem. Også her er det viktig å ha et fenomenologisk og humanistisk perspektiv. Når man jobber med mennesker kan man ikke observere deres indre verden direkte. Likevel kan man gjøre tolkninger om den andre personen ved å se på deres handlinger ut i fra deres forhistorie og bakgrunn. Det er viktig å ha fokus på at atferd som kan fremstå som truende eller skadelig, ikke nødvendigvis er ment å være det, og at forhold rundt mennesket kan være avdekkende og forklarende (Imsen, 2014, s 38).

Evaluering av tvang sammen med pasient i etterkant kan gi personalet en trygghet. Når personalet blir bedre kjent med pasienten og dens sykdomsbilde, kan det være lettere for de å finne alternative løsninger. Det kan i tillegg gi en trygghet til helsepersonellet ved at de vet at de støtter brukermedvirkningen, og har mulighet til å vurdere fremtidige situasjoner med pasientens synspunkter i bakhodet. Statistikk viser at vernepleiere er mest utsatt for vold på arbeidsplassen (Statistisk sentralbyrå, 2019). Dette kan være en effekt av at pasientene er sykere når de blir innlagt. En økning av vold og trusler kan igjen medføre høyere sykefravær. Ved økt

fokus på bruk av tvang i psykisk helsevern, kan terskelen for å bruke tvang øke blant helsepersonell. Dette er selvfølgelig positivt. En negativ konsekvens av dette kan være at helsepersonell ikke tør å bruke tvang der det gjerne er nødvendig. Dette kan medføre høyere skaderisiko for helsepersonellet. En annen negativ effekt av lovendringen er økt bruk av akutt tvang, som skjerming, fastholding, belter osv. Dette er belastende for personalet å måtte gjennomføre. Selv om helsepersonell vurderer det som en nødvendighet vil det alltid være ubehagelig og ikke ønskelig.

Lovendringen krever i tillegg høyere fokus på bruken av tvang. Dette kan være positivt da det bidrar til å skape bedre holdninger blant helsepersonell. Det økte fokuset kan føre til at det blir avholdt flere kurs og personalmøter rundt tema. Dette kan igjen føre til økt fagkunnskap blant personalet. Helsepersonellet får da en økt trygghet i sitt arbeid i slike situasjoner, og ved å dele erfaringer kan en se sider ved pasienter og situasjoner en ikke tidligere har klart å oppfatte alene.

Sosiale roller påvirker oss

En rolle er et sosialt definert atferdsmønster som forventes av en person som utfører en bestemt funksjon (Bjerke & Svebak, 2013, s. 208). Vi har alle mange ulike roller, men i denne sammenheng vil vi skrive om vår rolle som helsepersonell. Det eksisterer både skrevne og uskrevne regler for hva som er ønsket eller uønsket oppførsel i ulike situasjoner.

Et forsøk som er blitt gjort i forbindelse med sosiale roller, er Philip Zimbardos kjente fengselsforsøk. Forsøket gikk ut på at en gruppe på omtrent 10 ble delt inn i halvparten fengselsbetjenter, og de resterende fikk rollen som innsatte. De skulle ut i fra forsøket observere hvordan ulike roller og maktfordeling påvirket mennesket. Resultatet fra dette forsøket viser at en ikke skal undervurdere makten som ligger i faste, formelle og sosiale situasjoner. Den kan komme til å dominere selv de mest stabile personligheters moral (Bjerke & Svebak, 2013, s. 209).

For å dra dette tilbake til temaet i essayet vil vi komme med et eksempel hentet fra egen arbeidserfaring. På akuttpsykiatriske avdelinger har man ofte husregler. Disse kan være varierende, blant annet at det ikke er lov til å bruke mobiltelefon i fellesarealer, at det skal være stille etter kl. 23, og at det er fastsatte røyketider. På en avdeling har vi blant annet regelen om røyketid fra xx:30-xx:45. En dag var det en pasient som ble oppfattet som irritabel og agitert. Pasienten tok seg en liten hvil på rommet, og våknet kl. 1750, altså, 5 minutter for sent til å ta seg en røyk. Vi vet at vi selv hadde blitt irritabel og agitert hvis noen skulle nekte oss i å gjøre noe fordi vi våknet 5 minutter for sent. Pasienten fikk på bakgrunn av kjennskap til historikk og personellet evne til å sette seg inn i situasjonen tillatelse til å røyke. I det pasienten gikk inn på røykerommet kom det et annet personale inn. Situasjonen ble forklart til det andre personale, og han ga skryt for at det ble vist skjønn og sa at han mente det var en god avgjørelse.

Neste situasjonen vi vil sette lys på er fra samme sykehus, men en annen avdeling. Situasjonen hadde sammenlignbart utgangspunkt, men utfallet ble svært ulikt. Igjen handlet det om en pasient som var noe for sen til røyketiden, og i likhet med forrige eksempel ble det vurdert at det var for det beste at pasienten fikk ta seg en røyk til tross for at dette egentlig ikke var lov. Også denne gangen kom en annen fra personale akkurat i det pasienten ble låst inn på røykerommet. Det andre personalet ble sint og sa at det var 5 minutter siden røyketiden var over, og at pasienten ikke kunne ta seg en røyk. Han gikk så inn på røykerommet og sa til pasienten at han måtte komme ut igjen. Pasienten ble rasende, og sa at det var helt uaktuelt. Nå var han inne på røykerommet, han skulle ta seg en røyk og komme ut når han var ferdig. Kollegaen utløste alarmen, og 6-8 andre fra personalet kom løpende til. Han sa igjen til pasienten at han måtte komme ut. Det hele endte med at pasienten ble lagt i belteseng.

I den sistnevnte situasjonen kan det diskuteres om pasienten var en "tikkende bombe", og om han i løpet av vekten ville blitt lagt i belteseng uansett. Men i akkurat

denne situasjonen mener vi at det hele var veldig unødvendig. Denne og lignende situasjoner kan man stå overfor hele vår karriere som yrkesutøvere.

Ta f.eks. en nyutdannet vernepleier som ikke har arbeidserfaring forutenom praksisperiodene i løpet av studiet. Hun starter i ny jobb på akuttpsykiatrien. Med seg har hun holdningene sine og livserfaringen hun har bygget opp over tid. Hun har et håp om å kunne unngå å komme i situasjoner der hun må utøve tvang. På den nye arbeidsplassen hennes er det et godt arbeidsmiljø, og en sammensveiset gruppe. Holdningene til bruk av tvang er veldig annerledes enn hennes. Over tid blir også hennes holdninger i forhold til tvang forandret. Dette kan handle om en form for konformitet som handler om endring i et individs vurdering i retning av større enighet blant flertallet i gruppen (Bjerke & Svebak, 2013, s. 237).

Dersom vi til stadighet er uenige med andre i vår gruppe, kan vi bli mislikt og kanskje avvist eller utstøtt av gruppa, noe som har vært alvorlig i det miljø mennesket har utviklet seg i. Vi har derfor en tendens til å følge de normene som andre uttrykker, en normativ påvirkning (Bjerke & Svebak, 2013, s 239). Den normative påvirkningen skjer ved at vi sammenligner våre meninger med andres meninger.

Den tredje utvei

Vi tror så ofte at det bare finnes to løsninger, og slites mellom to umulige valg. Skal vi akseptere at folk spiser så mye at det skader helsa deres, eller skal vi nekte dem mer mat? (...) Den ene løsningen er som regel ille, og det er gjerne den andre også. Da gleder det meg alltid hvis vi kan finne en tredje utvei (Lauveng, 2008, s. 147).

I boken *Unyttig som en rose* har Lauveng (2008, s 146) nevnt et gammelt folkeeventyr som vi synes er passende og som gir et fint budskap. Fortellingen handler om en gammel mann som red over fjellet til nabobygda for å hente en bryggerkjele da han møtte på en fattigkone. Hun gikk fra bygd til bygd for å tigge, og mannen lot henne sitte på. På veien møtte de på en stor ulveflokk. Hestene klarte

ikke løpe fort nok og mannen skjønnte at han stod mellom valget om å måtte ofre seg selv eller fattigkona. Mannen hadde barn og kone å ta vare på, mens hun var en tigger som ingen ville savne. Mannen likte ikke tanken på å berge seg selv på bekostning av en annen. Begge alternativene var ille, heldigvis kom han på en tredje utvei. Han dyttet bryggerkjelen av hesten, hoppet etter og dro fattigkona med. Han gjemte dem begge under denne. Hesten løp avgårde til landsbygda og varslet bygdas menn som skyndte seg i retningen hesten kom fra. Dermed reddet mannen både hesten, seg selv og fattigkona.

Vi tror alle kan kjenne seg igjen i følelsen av at man kun står mellom to valg. I forhold til temaet i denne oppgaven tror vi at mange helsepersonell som befinner seg i en urosituasjon også har kjent på denne følelsen. En tenkt situasjon kan være at en pasient er veldig urolig, og helsepersonellet tenker at de enten må holde pasienten fast ellers blir pasienten eller noen fra personalgruppen skadet. Det vi ønsker å belyse med folkeeventyret er at helsepersonell forhåpentligvis i neste urosituasjon de står i kan tenke "har vi en tredje utvei her?". Kanskje det for eksempel er en sang pasienten blir rolig av å høre på som vil bidra til å roe ned situasjonen? Vi tror at det ofte finnes en tredje utvei, og at det er kjempe essensielt å snakke med pasientene om hva personalet kan gjøre når de opplever uro slik at man slipper å bruke akuttvang i større grad enn absolutt nødvendig.

Det store bildet

Et samfunnsperspektiv tilbyr et makro perspektiv som inkluderer den større samfunnskonteksten. Det har siden 2005 vært en aktiv helsepolitisk satsing på reduksjon av tvang og på alternativer til tvang (Norvoll, 2013, s. 248). Dette har blant annet ført til debatter, medieoppmerksomhet og lovendringen som denne oppgaven handler om. Vi vil i denne delen av oppgaven se på hvilke følger lovendringene kan ha hatt i et samfunnsperspektiv.

Konsekvensene som rammer omgivelsene

Ved å øke rettssikkerheten til pasientene, kan det samtidig føre til at pårørende og samfunnet generelt kanskje må stå i mer enn man måtte ha gjort før. En av forskningsartiklene Norvoll (2013, s. 256) gjengir viser til at pårørende i hovedsak er mer positive til effekten av tvangsinnleggelse enn pasienten selv, noe som er et sterkt argument for å se tvangsbruken i et samfunnsperspektiv. I NOU 2019: 14. (2019) viser de til at både ansatte i helsevesenet og pårørende uttrykte bekymring for at lovendringene skulle føre til kortere innleggelse, som igjen kan føre til økt belastning på de pårørende.

I mange tilfeller har pårørende stått på sidelinjen og prøvd å skaffe hjelp til pasienten, men fått beskjed om at pasienten ikke er syk nok. Det må være ufattelig fælt og vondt å stå og se på at en du er glad i "ødelegger" livet sitt, og det ikke er noe du kan gjøre. Mange maniske pasienter er svært ukritiske både i forhold til seksualitet og pengebruk. Vi har hørt om mange pasienter som har vært utro mot partneren sin, og som angrer så fælt at de ikke lenger ønsker å leve når de ikke er manisk lenger. Vi har også hørt om pasienter som har tatt opp forbrukslån på flere hundretusener, og brukt det opp på noe de anser som tull i frisk tilstand. Noen av disse pasientene lever allerede trangt økonomisk da de er uføretrygdet. Flere pårørende er blitt fryst helt ut av pasientenes liv, og fått skyllebøtte etter skyllebøtte når de forsøker å hjelpe pasienten. Dette har de forklart med at pasientene er paranoide, og tror at familien er ute etter de. Dette er vonde opplevelser for familier som kun ønsker å hjelpe en de er glad i.

Bjørke-Bertheussen, Hustoft & Weibell (2019) har sett på innleggelse i psykisk helsevern ved Stavanger Universitetssjukehus før og etter lovendringen i 2017. Statistikken viser at den første innleggelsen er kortere etter lovendringen. Ofte skrives pasienter ut til fortvilte pårørende frem til de er så dårlige at kriteriene for tvang igjen er oppfylt.

Saken vi startet med innledningsvis er et tragisk eksempel på akkurat dette. Mannen ble skrevet ut til sine fortvilte pårørende. Ikke nok med det, men det endte som kjent med at mannen tok livene deres. Det at pårørende kanskje må stå i mer enn tidligere er utelukkende en negativ konsekvens av lovendringen. Ved at deres familiemedlem ikke får den hjelpen som er nødvendig, blir det opp til familien å hjelpe vedkommende selv. Det at familiemedlemmene må stå i kampen mer eller mindre på egenhånd må være en stor belastning. Å hjelpe noen som er psykisk syk kan virke som en heltidsjobb. I tillegg har de sine egne liv å ta seg av. Dersom man har et fenomenologisk og humanistisk perspektiv kan man forstå og sette seg inn i at det må dukke opp mange følelser i slike tilfeller: ensomhet, tristhet, sinne, frustrasjon, frykt, skyld osv. På lang sikt kan det til og med medføre at de selv vil trenge hjelp til å håndtere de negative følelsene.

Følger av lovendringen

Når ønsket er at en skal bruke minst mulig tvang, er det selvfølgelig positivt at vilkårene for å bruke tvang blir vanskeligere å oppfylle. En negativ konsekvens av dette i et samfunnsperspektiv, er at det er fare for at det blir flere slike saker som den vi nevnte innledningsvis. I artikkelen til Andersen (2017) viser hun til en kartlegging NRK gjorde noen år tidligere. Kartleggingen viser at så mange som 102 mennesker ble drept av alvorlig psykisk syke i perioden fra 2003-2012.

I artikkelen til Andersen (2017) siteres psykiatrispesialist Knut Kjerpeseth: "I verste fall kan mennesker som er psykisk syke velge å slutte med medisiner og dermed stå i fare for å begå kriminelle handlinger". Vi tenker at det ikke kun trenger å gjelde de som velger å slutte med medisiner, men også de som motsetter seg annen form for behandling. Det ble illustrert i fortellingen innledningsvis. Dette må definitivt anses som en stor samfunnsbyrde. Kjerpeseth (Andersen, 2017) sier og at han er redd for at samfunnet ikke kommer til å godta disse endringene, og at det kan føre til økt bruk av tvang. Dette kan og forårsake at befolkningen får mindre tiltro til helsevesenet.

Det har vært flere saker i nyhetene om personer med psykiske lidelser som har gjort ulike ugjerninger, som ikke ble behandlet av helsevesenet.

En annen negativ konsekvens av nyhetsoppslagene, kan være myter som oppstår rundt psykiske lidelser. Mediedekning rundt kriminelle handlinger begått av psykisk syke kan resultere i at befolkningen får en oppfatning av at psykisk syke mennesker er farlige. Det er og viktig å huske på menneskerettighetene og retten vi alle har til å bestemme over eget liv. Det vi som helsepersonell, venn eller pårørende kanskje ser på som et uklokt valg, er faktisk pasientens valg til syvende og sist. Gitte Huus i helsedirektoratet blir sitert i artikkelen til Andersen (2017):

Endringen gjelder ikke dersom pasienten er til fare for seg selv eller andre, så jeg er ikke så redd for det. Selvbestemmelse vil imidlertid kunne føre til ukloke valg sett fra helsepersonells ståsted, men det er viktig å huske på og respektere at det er en samtykkekompetent person som gjør sine valg, sier Gitte Huus i Helsedirektoratet (Andersen, 2017).

I makrosystemet i Bronfenbrenners økologiske modell er normene en del av ordensbestemmelsene på kultur- og subkulturnivå (Gulbrandsen, 2006, s. 62). Når mennesker tar ukloke valg i forhold til de gjeldende normene i samfunnet, kan det være lett for å skli utenfor. Når samfunnet forandrer seg, kan normene også forandre seg. Psykisk syke har i vårt samfunn blitt utsatt for mye stigmatisering. På midten av 1900-tallet het det som i dag heter lov om psykisk helsevern "Sinnssykeloven". Heldigvis har samfunnets holdninger til psykiske lidelser forandret seg gjennom årene, men noe stigmatisering er det enda den dag i dag.

Når saken om mannen som drepte foreldrene sine kom i media, kan det ha medført at andre som kanskje burde oppsøke helsevesenet med sine psykiske problemer ikke gjør dette. Dette kan være en av konsekvens av slike saker fordi tilliten til systemet svekkes. Det kan likevel trekkes frem positive følger av det økte fokuset. Folk blir mer opplyst og gjerne mer nysgjerrig på psykiske lidelser. Dermed kan også psykiske lidelser bli mindre tabubelagt og stigmatisering av enkelte pasientgrupper kan reduseres. Ved at det blir opplyst mer om dette vil gjerne flere også skaffe seg

hjelp da de kan gjenkjenne seg i beskrivelser rundt sykdommen eller diagnosen. Det kan ytterligere føre til at flere får den hjelpen de trenger på et tidligere tidspunkt og er mer orientert rundt hvilken behandling som vil kunne være nødvendig for de.

Reisen vi har vært igjennom

Fokusområdet gjennomgående i dette essayet var å se på ulike følger av lovendringen i forhold til bruk av tvang i psykisk helsevern. Vi har valgt å se på følgene fra et bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv gjennom et overordnet fenomenologisk og humanistisk synsfelt. Vi mener forfatteren Lauveng har gitt oss et unikt innblikk i brukerperspektivet og gjort det mulig for oss å sette lys på opplevelsene knyttet til tvang fra dette perspektivet, samtidig som hun har erfaring som helsepersonell. Som verktøy for å hjelpe oss med refleksjon innenfor disse perspektivene, har vi benyttet oss av Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell. Dette har hjulpet oss til å se på hvordan individ og miljø gjensidig påvirker hverandre.

Vi har gjennomgående i oppgaven vist til positive og negative følger med lovendringen i lov om psykisk helsevern i lys av bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv. Dette har vi gjort med mål om å besvare problemstillingen vår "Hvilke følger har endringene i loven om psykisk helsevern fra 2017 på bruken av tvang i et bruker-, helsepersonell- og samfunnsperspektiv?".

Vi ønsket å ta dere med på en faglig diskusjon hvor målet var å rette søkelyset mot tematikken for å belyse den og se på ulike sider av samme sak. Vi har reflektert rundt negative sider som lengre sykehusopphold, økt bruk av akutt tvang og større belastning for pårørende. Økt fokus på brukermedvirkning, frivillighet og autonomi, økt kompetanse og økt bevissthet rundt psykiske lidelser som igjen kan føre til mindre stigmatisering og mindre tabu, er noen av de positive følgene vi nevner. Historien om mannen som drepte foreldrene sine i et psykotisk øyeblikk har vi tatt med oss og reflektert rundt gjennom de ulike perspektivene. Vi har forsøkt å sette

oss inn i hvilke følger dette kan ha medbrakt for ham selv, helsepersonell og samfunnet han lever i.

Temaet mener vi er viktig for videre praksis i helsesektoren. De positive og negative følgene ved lovendringen vi har valgt å kaste lys over mener vi kan bidra til forbedring av arbeidet helsevesenet utfører. Ved å vise til de positive og negative følgene kan det bidra til økt refleksjon blant helsepersonell. De positive sidene gir også retningslinjer for videre arbeid.

Problemstillingen ser vi på som viktig å belyse og mener at alt arbeid med mennesker bør regelmessig tas opp til diskusjon. Vi mener det er gjennom diskusjoner mellom mennesker at problemer kan komme til overflaten og hvor løsninger synliggjøres. Vi startet denne oppgaven med en tanke om at lovendringen muligens kunne føre til mer bruk av tvang. Våre funn, i tillegg til arbeidet med endring av nåværende lov, styrker vår oppfattelse av at det foreligger enkelte svakheter ved loven. På den andre siden er vi også glad for å ha oppdaget positive følger ved lovendringen gjennom arbeid med temaet, statistikk og litteratur.

Referanseliste

- Aasland, O. G., Lossius, T. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *Pubmed*. DOI: [10.1016/j.ijlp.2018.02.005](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005)
- Andersen, B. (2017, 17. Juli). Frykter ny psykiatrilov vil gi flere tragedier. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/frykter-ny-psykiatrilov-vil-gi-flere-tragedier-1.13551011>
- Bech-Karlsen, J. (2006). *Gode fagtekster - essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bjerke, T. & Svebak, S. (2013). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjørke-Bertheussen, J., Hustoft, K. & Weibell, M. (2019, 16. Desember). Vi frykter dårligere behandling og mer tvang. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/4qKzJG/vi-frykter-daarligere-behandling-og-mer-tvang-bjoerke-bertheussen-hustoft-og-weibell>
- Dahl, H. & Alvsvåg, H. (2013). Uniped. *Å fremme studenters evne til refleksjon - en pedagogisk utfordring*, 36, 32-45. https://www.idunn.no/file/pdf/66753266/aa_fremme_studenters_evne_til_refleksjon_en_pedagogisk_utf.pdf

Fagorganisasjonen (u.å.). Yrkesetisk grunnlagsdokument. Hentet fra

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Fennefoss, A.T. & Jansen, K. E. (2004). *Praksisfortellinger - på vei til innsikt og forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Fylkesmannen (2020, 17. februar). *Tvang*. Hentet fra

<https://www.fylkesmannen.no/nb/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>

Grunnloven - Grl. - Bokmål. (2020). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17).

Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_5#§92

Gulbrandsen, L. M. (2006). Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell. I

Gulbrandsen, L. M (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (s. 50-71). Oslo: Universitetsforlaget

Helsebiblioteket (2016, A, juni) Sjekklistene. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsebiblioteket (2016, B, juni). Systematisk oversikt. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsedirektoratet (2017, A, februar). Endringer i psykisk helsevernloven. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Informasjonsbrev%20om%20endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven%202017.pdf/_/attachment/inline/0966e1ce-31f8-4664-a3e1-07c1e5919443:d427634fcef969d4c7640ff

[69a5e185a8d71b2f5/Informasjonsbrev%20om%20endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/Informasjonsbrev%20om%20endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven%202017.pdf)

Helsedirektoratet (2017, B, juni). Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT. Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/elektrokonvulsiv-behandling-ect/Elektrokonvulsiv%20behandling%20\(ECT\)%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a0817fd2-8503-4ee6-93e3-9e6bd5fb14f7:e3b568bdee57d0a6124f3f34556e2d02aa36cf6c/Elektrokonvulsiv%20behandling%20\(ECT\)%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/elektrokonvulsiv-behandling-ect/Elektrokonvulsiv%20behandling%20(ECT)%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a0817fd2-8503-4ee6-93e3-9e6bd5fb14f7:e3b568bdee57d0a6124f3f34556e2d02aa36cf6c/Elektrokonvulsiv%20behandling%20(ECT)%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

Helsedirektoratet (2017, C, juni). Rettssikkerhet ved tvang - Kontrollkomisjonene i det psykiske helsevern. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rettssikkerhet-ved-tvang-kontrollkomisjonene-i-det-psykiske-helsevern>

Helsedirektoratet (2017, D, november). Psykisk helsevernloven med kommentarer.

Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet (2019). Tvang i psykisk helsevern - status etter lovendringene i 2017. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf

- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Imsen, G. (2014). *Elevens verden*. (5. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribes AS
- Lauveng, A. (2008). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen Damm
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm
- Loem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2014). Good coercion: patients moral evaluation of coercion in mental health care. *PubMed*. DOI: [10.1111/inm.12106](https://doi.org/10.1111/inm.12106)
- Steen-Olsen, T. (2010). Refleksiv forskningsetikk: den kritiske ettertanken. I Lund, T., Postholm, M., B. & Skeie, G (Red.). *Forskeren i møte med praksis - refleksivitet, etikk og kunnskapsutvikling* (s. 97-114). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie - kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L., M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm AS
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesteloven*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/?ch=2>

Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse - samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (2019). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-2019-12-20-104. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Psykisk helsevernloven - phvl. (2019). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Riksmålsforbundet. (u.å.). *Hvordan skrive essay*. Hentet fra <https://www.riksmalsforbundet.no/hvordan-skrive/hvordan-skrive-essay/>

Sjølie, H. & Haugland, K. K. (2017). Endringer i psykisk helsevernloven. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 04, 288-289.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-01>

Sosial- og helsedirektoratet. (2006, juni). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf

Statistisk sentralbyrå. (2019). *Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kvinner-og-menn-i-helseyrker-moter-mest-vold-og-trusler>

Owren, T. (2011). Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming: Gap- eller misforholdsmoell: Vanskene oppstår i samspillet mellom individ og omgivelser,

knyttet til konkrete situasjoner. I Owren, T. & Linde, S. (Red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis: -sosialfaglige perspektiver* (s. 28-42). Oslo: Universitetsforlaget.