



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Anerkjennelse og selvbestemmelse i psykisk helsevern**

**Recognition and self-determination in mental health care**

Mona-Kristin Lungård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 26.mai 2021



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	<b>Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	<b>Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

**Har oppgaven vært vurdert av NSD?**

ja

nei

- Hvis ja:

**Referansenummer:**

- Hvis nei:

**Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:**

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

**Har oppgaven vært til behandling hos REK?**

ja

nei

- Hvis ja:

**Referansenummer:**

# Publiseringsavtale

**Studiepoeng: 15**

**Veileder: Ole David Brask**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja     nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja     nei

**Dato: 26.05.2021**

**Antall ord:** 11344

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven handler om anerkjennelse og selvbestemmelse i psykisk helsevern. Oppgaven søker å belyse hvordan tjenesteytere innen psykisk helsevern kan bidra til reell opplevd selvbestemmelse for menneskene som mottar hjelp. Hovedfokuset ligger på individnivå og det relasjonelle perspektivet. Anerkjennelse trekkes frem som et kjernepunkt i samhandling mellom miljøpersonale og pasienter for å fremme respekt, autonomi og opplevd selvbestemmelse.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Avgrensning .....	2
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
2.1	Definisjon av begreper .....	3
2.1.1	Brukermedvirkning .....	3
2.1.2	Pasient .....	4
2.1.3	Psykisk helsevern .....	4
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>4</b>
3.1	Forforståelse .....	6
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
4.1	Plan for videre framstilling .....	7
4.2	En kort framstilling av nyere historikk .....	9
4.3	Selvbestemmelse .....	10
4.3.1	Selvbestemmelse som rettighet .....	10
4.3.2	Hva er egentlig selvbestemmelse? .....	11
4.3.3	Når selvbestemmelsesretten må settes til side .....	12
4.4	Anerkjennelse og krenkelse .....	13
4.4.1	Anerkjennelse som motsats til ren korrigerings .....	14
4.4.2	Korrigerings og anerkjennelse i kommunikasjon med mennesker i psykose .....	15
4.4.3	Anerkjennelse og intersubjektivitet .....	16
4.4.4	Anerkjennende væremåter .....	17
4.4.5	Holdninger .....	20
4.5	Fokus og kunnskapssyn .....	20
4.6	Opplevd tvang og juridisk tvang .....	21
4.7	Empiriske studier på pasientenes opplevelser .....	23
4.8	Pasienterfaring i Norge .....	24
4.9	Dialogseminarene i Oslo .....	25
4.10	Nyere undersøkelser av pasienterfaringer .....	26
4.11	Sammenheng mellom selvbestemmelse og anerkjennelse .....	27
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>28</b>
<b>6.0</b>	<b>Sammendrag/konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>

## 1.0 Innledning

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning slår fast følgende:

«Kandidaten skal ha særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp» (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, §2, 2019). Videre skrives det at utdanningen skal gi kompetanse til å samarbeide med brukere for blant annet å fremme selvbestemmelse.

Selvbestemmelse, brukermedvirkning og empowerment er begreper som går igjen i vernepleierutdanningen. Dette er begreper som omhandler både perspektiver og verdier i vernepleiefaglig arbeid. Begrepene har også fått økende fokus politisk sett. Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2016) mener at brukermedvirkning er blitt fremhevet som et grunnleggende prinsipp i helse- og sosialtjenesten siden begynnelsen av 1980-tallet. Spesielt gjelder kanskje dette mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. «Innen psykiatrien antas det at medvirkning i egen behandling vil virke positivt på den psykiske helsen til brukeren» (Grut 2003, sitert i Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2016, 216).

En motsetning til selvbestemmelse kan være tvang. Ut fra et menneskerettighetsperspektiv vil det å anvende tvang overfor mennesker basert på spesielle diagnoser anses som uetisk og ulovlig. Likevel er slik forskjellsbehandling hjemlet i norsk lov. «De som for eksempel blir kategorisert som utviklingshemmede eller psykotiske, må finne seg i større maktbruk og mer umyndiggjøring enn andre» (Aarre 2018). Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) mener at det i velferdsstaten kan oppstå «skjult tvang», i noen tilfeller nettopp på grunn av trusselen om tvang dersom en ikke samtykker til behandlingsmetoden. En overhengende trussel om tvang dersom man ikke retter seg etter tjenesteyternes tiltak kan *oppleves* som tvang for den det gjelder. Dette vil være det motsatte av en opplevelse av selvbestemmelse og autonomi.

Karlsson og Borg (2013) peker på tre forhold de anser som grunnleggende i psykisk helsearbeid: likeverd, samarbeid og anerkjennelse. Disse tre forholdene passer godt inn i moderne helsepolitiske målsettinger. Anerkjennelse er et begrep som opptar flere, for eksempel Vatne (2006) og Schibbye (2009). Anerkjennelse som relasjonelt fenomen i



psykisk helsevern kan derfor være et interessant aspekt å se i sammenheng med idealet om selvbestemmelse og autonomi. Jeg vil i denne oppgaven utforske hvordan en anerkjennende tilnærming kan være med å øke pasientens opplevelse av selvbestemmelse og autonomi. Fokuset ligger på individnivå og for mennesker inneliggende på voksenpsykiatriske avdelinger.

## **1.1 Avgrensning**

Gjennom denne litteraturstudier skal jeg forsøke å finne ut av om pasientene selv opplever stor grad av medvirkning og selvbestemmelse i sitt møte med psykiatrien. Og om en anerkjennende tilnærming kan tenkes å bidra til dette. Oppgaven begrenser seg til å omhandle voksne i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Mange aspekter kan tenkes å spille en rolle i hvor vidt møtet med psykisk helsevern preges av respekt og autonomi eller tvang og integritetskrenkelser. Fokuset i denne oppgaven vil være på det relasjonelle i miljøterapien, mer spesifikt hvordan en anerkjennende tilnærming kan bidra til å øke den subjektive opplevelsen av selvbestemmelse.

## **2.0 Problemstilling**

Temaet for oppgaven er selvbestemmelse i psykisk helsevern og hvordan anerkjennelse kan bidra til dette. Oppgaven er todelt, den søker først å belyse to ting; hvilke faktorer som er til stede når pasienter opplever mangel på autonomi og en opplevelse av integritetskrenkelse og hvilke faktorer som kan være med å fremme en opplevelse av autonomi og selvbestemmelse. Det neste som utforskes er hvordan denne kunnskapen sammen med teoretiske perspektiver på anerkjennelse og relasjonsbygging kan være med å fremme selvbestemmelse for pasienter i møte med psykisk helsevern. Problemstillingene er altså som følger:

1. Hva kjennetegner pasientenes opplevelse av selvbestemmelse i psykisk helsevern?
2. Hvordan kan en anerkjennende tilnærming bidra til å øke den subjektive opplevelsen av selvbestemmelse?

Første del av problemstillingen stiller altså spørsmål om hva som kjennetegner pasientenes opplevelse av selvbestemmelse i psykisk helsevern. Det jeg essensielt spør etter her er en subjektiv opplevelse av selvbestemmelse der motsatsen er en subjektiv opplevelse av tvang. Tanken er at dette ikke nødvendigvis henger sammen med formell/juridisk tvangsbehandling. Når føler pasientene seg tvunget til å akseptere noe de helst vil unngå og når opplever pasientene at de er deltagende og får medbestemmelse i eget behandlingsopplegg?

Andre del av problemstillingen handler om hvordan en anerkjennende tilnærming kan bidra til å øke den subjektive opplevelsen av selvbestemmelse. På hvilken måte kan anerkjennelsesteori og anerkjennende tilnærminger settes i sammenheng med psykisk helsevern og der påvirke den subjektive opplevelsen til pasientene?

## 2.1 Definisjon av begreper

### 2.1.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om at pasient/bruker medvirker til å utforme og ta avgjørelser angående tjenestene vedkommende skal motta fra helse- og omsorgsapparatet.

*Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud (Helsedirektoratet 2017,1)*

Retten til medvirkning er spesielt ivaretatt gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl 1999), som gjelder enten personen mottar tjenesten fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Blant annet står det at: «Det skal legges **stor** vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8» (pbrl 1999, min utheving).

### **2.1.2 Pasient**

I slike oppgaver kan det for enkelhets skyld være nyttig å anvende samlebegreper på en gruppe mennesker med noe til felles. I dette tilfellet er *pasienter* en gruppe mennesker med rett til hjelp fra helsevesenet, hovedsakelig psykisk helsevern. Begrepet er utstrakt brukt i forskning på området psykiatri og psykisk helsehjelp men også i norsk lovverk. Dette gjør det naturlig å benytte seg av samme begrep i denne oppgaven. For at omtalen av menneskene det gjelder ikke skal bli så klinisk har jeg forsøkt å begrense bruken av samlebegrep der det kan være naturlig.

### **2.1.3 Psykisk helsevern**

Psykisk helsevernloven (phvl 1999, § 1-2) definerer psykisk helsevern slik: «Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.» Spesialisthelsetjenestens tilbud til mennesker med psykiske lidelser omfatter flere nivåer, blant annet poliklinisk oppfølging ved klinikk eller ved hjemmebesøk, distriktpsikiatriske senter (DPS) og sykehusinnleggelse på frivillig eller tvungen basis. Gjennom søk på aktuell litteratur har jeg stort sett kommet over forskning innenfor rammen innleggelse i psykiatriske avdelinger. Dette kan nok komme av at det er lettere å gjennomføre forskning i de kontrollerte og oversiktlige rammene disse institusjonene tilbyr.

## **3.0 Metode**

I utarbeiding av denne oppgaven har jeg benyttet meg av det som kalles en litteraturstudie, eller ren dokumentstudie. Ifølge Aksel Tjora (2017) anses dette som en kvalitativ forskningsmetode. I en ren dokumentstudie brukes allerede eksisterende dokumenter som empiri. Ikke alle forskningsartiklene er hundre prosent i tråd med problemstillingen og noen funn er eldre enn ønsket, men jeg har forsøkt å trekke ut relevante elementer fra de artiklene som er funnet. Ved å samle artikler som belyser ulike aspekter kan kunnskapen samles til et oversiktsbilde. Som ved andre metoder vil det være fare for at forfatterens egen for forståelse i for stor grad påvirker materialinnsamlingen. Resultatet vil da være at temaet blir for ensidig belyst, dette krever en spesiell bevissthet i utvelgelse av litteratur og forskningsartikler. En viktig grunn til at dokumentstudie benyttes som metode er tilgang på tid og ressurser.

Målet med litteratursøket var i starten å finne dokumenter rundt temaet selvbestemmelse i psykisk helsevern. Etter hvert ble det naturlig å også søke etter litteratur som omhandler tvang, opplevelsen av tvang og fravær av tvang, både på norsk og engelsk. Dette fordi selvbestemmelse til dels kan omtales som fravær av tvang.

Jeg har valgt å søke etter litteratur i databasene Oria og Medline samt søkemotoren Google Scholar. Alle databasene treffer et bredt spekter av litteratur og forskningsartikler. Jeg har sett at treffene ofte sammenfaller med treff i andre databaser og av den grunn samt pragmatiske hensyn har jeg besluttet å holde meg til disse tre. Inklusjonskriteriene går ut på at litteratur og forskning helst skal handle om bruker/pasientopplevelser i kontakt med psykisk helsevern. Forskningsartikler om tvang og selvbestemmelse innen andre felt ble valgt bort, blant annet var det flere treff innen somatiske temaer og forskning omhandlende kontraseptiv veiledning. Jeg hadde fokus på å velge så ny litteratur som mulig, men dette var noe utfordrende da mange av de «beste» treffene var litt eldre. Jeg valgte å prioritere relevans fremfor å velge nyest mulig forskning.

#### **Søkeord/setninger jeg har benyttet:**

- Opplevd selvbestemmelse
- Opplevd tvang
- Selvbestemmelse
- Autonomi
- Psykiatri
- Tvang
- Anerkjennelse
- Coercion
- Perceived coercion
- Psychiatric
- Self determination
- Autonomy
- Recognition

I gjennomgang av funnene forsøkte jeg å finne frem til både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Etter å ha funnet noen relevante artikler gikk jeg gjennom referansene i disse og så etter relevant litteratur. I tillegg til søk i de nevnte databasene fant jeg frem til veiledere og rapporter gjennom Helsetilsynet og Folkehelseinstituttet (FHI) som

omhandler brukermedvirkning, brukererfaringer og tvungent psykisk helsevern. I tillegg har jeg anvendt lovdata.no for å finne frem til aktuelt lovverk.

Etter hvert ble det klart for meg at temaet skjult tvang eller uformell tvang var interessant å fokusere på siden dette belyste pasientenes opplevelse av tvang også utenfor den formelle eller juridiske tvangen. Den formelle tvangen, spesielt tvangsinnleggelse, beltelegging, skjerming og isolasjon får mest fokus i politiske kretser og media, mens negativt press, korrigerende og paternalistiske holdninger ikke synes å få samme oppmerksomhet. De fleste artiklene jeg fant var skrevet på engelsk.

Solfrid Vatnes bok «Korrigerende og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi» beskriver ren korrigerende og grensesetting holdt opp mot en mer anerkjennende tilnærming og vil kunne sette en ramme rundt mye av den litteraturen jeg fant. Anerkjennelse vil være et teoretisk ankerpunkt i denne oppgaven. For å finne ytterligere teori om anerkjennende tilnærminger har jeg funnet frem til andre bøker om anerkjennelse, om psykisk helsearbeid, kommunikasjon og personlig kompetanse. I tillegg har jeg anvendt bøker om psykisk helsearbeid med litt andre tema, «En mindre medisinsk psykiatri» av Trond Aarre (2018) inneholder kritikk av den medisinske modellen og profesjonenes rolle i systemet, samtidig forsvarer forfatteren bruk av tvang i enkelte tilfeller og er på den måten med på å gi mer dybde til tema som paternalisme i behandling av psykisk syke mennesker.

Funnene som presenteres kommer fra norske og utenlandske forskningsartikler og bøker som anses relevante, deriblant noe pensumlitteratur fra vernepleiestudiet. Ved å presentere litteraturen i utvalgte kategorier er målet å skape et oversiktlig utgangspunkt for videre drøfting.

### **3.1 Forforståelse**

I en periode på fem år arbeidet jeg som helsesekretær på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). De første årene på kontor med hovdesaklig merkantilt arbeid, det siste året jobbet jeg som miljøarbeider i sengeposten. I løpet av tiden jeg jobbet der ble jeg kjent med noen av pasientene som hadde gjentakende innleggelse. Jeg fikk fortalt av enkelte pasienter at de gikk på medikamenter de ikke egentlig hadde lyst til å ta, mye på grunn av opplevd press fra leger eller sykepleiere. De fortalte meg også at de ikke ble tatt på alvor når det

kom til bivirkningene de opplevde. De som opplevde dette var ikke nødvendigvis underlagt noen tvangsvedtak om medisiner, men samtidig virket det som de ikke opplevde å ha et reelt valg. Jeg fikk derfor en tanke om at relasjonen og samhandlingen mellom pasient og tjenesteyter kan være med å påvirke pasientens opplevelse av selvbestemmelse, mestring og egenverd.

Nå skal jeg ikke svartmale min tidligere arbeidsplass helt, disse eksemplene er bare en liten del av helheten, de fleste pasientene uttrykte av de var svært fornøyd med hjelpen de fikk og hadde et godt forhold til personalet. Men min forforståelse er at samhandlingen med personalet er avgjørende for om pasientene opplever reell innflytelse og selvbestemmelse i sin kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet. Jeg tror det er viktig at pasientene føler seg hørt i samhandling med personalet. Det hjelper ikke at de får god behandling hos psykolog eller psykiater dersom miljøet i sengeposten preges av tjenesteytere som ser ned på pasientene fordi de «ikke skjønner sitt eget beste» og lignende. Vi må anerkjenne opplevelsen til dem som må leve med bivirkninger av medikamenter vi mener de må ta. Dette kan ha stor betydning for den det gjelder. Det å bli innlagt i en psykiatrisk avdeling kan være en stigmatiserende opplevelse for mange, da er det viktig at en i hvert fall opplever seg anerkjent av dem som skal hjelpe.

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Plan for videre framstilling**

Først vil jeg kort legge frem et kort historisk perspektiv på endringer i psykisk helsevern de siste tiårene. Helsevesenet som helhet er i stadig omorganisering og gjeldende behandlingsmetoder i kontinuerlig endring i takt med nye forskningsresultater. Et lite tilbakeblikk kan derfor være med å sette dagens praksis i perspektiv.

Det overordnede temaet for oppgaven er anerkjennelse og selvbestemmelse i psykisk helsevern, derfor ses det som hensiktsmessig å utdype hva selvbestemmelse kan være. For å si noe om dette har jeg tatt utgangspunkt i boken «Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier» redigert av Karl E. Ellingsen (2007), samt hva lovverket sier om begrepet. Etter dette vil anerkjennelse presenteres som teori og som tilnæringsmåte i psykisk

helsevern. I den teoretiske fremstillingen av anerkjennelse går jeg også inn på hva det motsatte av dette, nemlig krenkelse, er.

Anerkjennelse kan være en del av den terapeutiske retningen i et miljø (eksempelvis miljøet i en psykiatrisk sengepost). Innen psykiatrifeltet finnes flere metodiske tilnærminger og teorier for behandling av mennesker med psykiske lidelser. Hvilken metode som velges avhenger av ulike faktorer, som diagnose, rammefaktorer, ideologi eller personlige preferanser for pasient eller behandler. Snoek og Engedal (2017) beskriver ulike behandlingsmetoder som er hyppig brukt i behandling av psykiske plager. Ulike typer *psykoterapi* som; dynamisk psykoterapi, støttesamtaler, atferdsterapi og kognitiv terapi er vanlige metoder (ibid). *Miljøterapi* beskrives som «et terapeutisk arbeid som på en koordinert og systematisk måte søker å legge forholdene til rette for nye erfaringer ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet» (Snoek og Engedal 2017, 59). Ulike aktiviteter og dagligdagse situasjoner benyttes for å skape nye erfaringer og anspore til endring. Miljøterapi kan innebære å sette grenser, legge til rette for mestingsopplevelser, konfrontasjoner, struktur, døgnrytme eller å lære å uttrykke seg mer direkte (ibid). Innen miljøterapi finnes også ulike retninger og ideologier i det Snoek og Engedal (2017) kaller spennet fra innsiktsorientert miljøterapi til læringspsykologi. Forfatterne påpeker at uansett retning og ideologi er samhandlingen med terapeutisk skolert personale essensielt. Arbeidsformen stiller store krav til samarbeidsevne og personlig egnethet hos miljøterapeuten. En anerkjennende tilnærming kan anses som del av denne personlige egnetheten, eller personlige kompetansen som det beskrives av Skau (2017). Anerkjennelse kan altså være en del av helheten i et behandlingsopplegg eller det miljøterapeutiske og står slik ikke frem som en selvstendig tilnærming eller behandlingsform av psykiske lidelser.

Etter en gjennomgang av anerkjennelse som teori og tilnæringsmåte kommer jeg til å si noe om holdninger, som kan være interessant i et anerkjennelsesperspektiv. Holdningene våre overfor andre mennesker er med å påvirke hvordan vi forholder oss til dem, som også spiller en rolle med tanke på om vi anerkjenner den andre eller ikke. Jeg kommer deretter til å vise hvordan kunnskapssyn og fokus påvirker holdninger og samhandling med pasientene. Siden et viktig poeng i denne oppgaven er at opplevd tvang og juridisk tvang ikke er det samme har jeg tilegnet et kapittel til å si noe om dette. Etter fremlegget av disse

teoretiske perspektivene vil jeg gjengi empirisk forskningslitteratur som sier noe om pasientenes opplevelser før jeg drøfter de ulike aspektene opp mot hverandre.

## 4.2 En kort framstilling av nyere historikk

Deinstitusjonalisering har preget psykiatrien i europeiske og vestlige land siden midten av 1900-tallet. I de nordiske landene startet dette for alvor rundt 1970. Kritikken av at institusjonene hadde negative og nedbrytende effekt på identiteten til pasientene var en av drivkreftene bak denne utviklingen. Omstruktureringen skulle medvirke til økt integritet, og normalisering via integrering var en av hovedideene bak endringene. Fokuset fra institusjonstankegangen skulle skifte til et syn på den enkelte som et individ og samfunnsborger med behov og rettigheter på lik linje med andre (Bergem 2007).

Borg og Karlsson (2013) hevder at historisk sett har mennesker med psykiske lidelser vært belastet med stort stigma. De psykiatriske pasientene har også vært underlagt det vi i dag anser som umenneskelige behandlingsmetoder. I tillegg har nedsettende begrepsbruk bidratt til en dehumaniserende holdning fra både behandlere og samfunnet for øvrig. Men det å håne dem som før oss har gjort slike «feil» i betydningen å utøve dehumaniserende omsorg overfor pasienter er enkelt skriver de. Det problematiske ved det er at vi selv framstår som dehumaniserende i vår beskrivelse av våre forgjengere og implisitt sier at vi selv vet bedre og er feilfrie. Vi må huske at fagfolk til enhver tid har ment det beste med de behandlingsmetodene som er anvendt. Siden det oftest er fagfolk som bestemmer hva som hjelper og hvordan hjelpen skal gis kan dette dessverre føre til at hjelpen oppleves inhuman av dem som skal motta den, selv om alt er gjort i beste mening. For å virkelig endre en slik praksis og ikke bare gjøre det samme i ny innpakning må vi være bevisst både ny og gammel historie på feltet (ibid.).

St.meld nr 25 (1996-97) kalt «Åpenhet og helhet» var et politisk dokument som slo fast at pasientene ikke fikk alt de trengte og at myndighetene ikke ga befolkningen et fullverdig tilbud (Snoek og Engedal 2017). Målsettingen var økt kapasitet, lettere tilgang på tjenester, raskere behandling og bedre kvalitetssikring. Det var også lagt stor vekt på brukerperspektivet. I etterkant av «Åpenhet og helhet» ble «Opptappingsplanen for psykisk helse» iverksatt, en reform som pågikk i 10 år (St.prp nr. 63, 1997-98). Det ble blant annet satset på å styrke tilbudet om psykisk helsehjelp i kommunene samt utbygging av distriktpsikiatriske senter (DPS). Etter oppdrag fra Helsedirektoratet utførte Norges



forskningsråd fra 2001 til 2009 en evaluering av reformen. Rapporten «Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)» ble utgitt i 2009 (Forskningsrådet 2009). Deres funn var at de kvantitative målene som var satt i stor grad var nådd. Spesielt i kommunene, som hadde fått økt antall årsverk med 4376 ved utgangen av 2007. Døgnkapasiteten på DPS hadde også økt. I tillegg hadde utdanningskapasiteten til høyskolene økt slik at rekrutteringsgrunnlaget til stillinger i de psykiske helsetjenestene var styrket. Imidlertid pekte rapporten også på en del mangler, for eksempel at kvaliteten på data om tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler var for dårlig. Når det kom til brukermedvirkning var konklusjonen at det fortsatt var et godt stykke igjen for å nå Opptappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling (Forskningsrådet 2009). Mye kan sies om utviklingen i psykisk helsevern etter dette, Aarre (2018) beskriver det han kaller en helsepolitisk spagat. Både styresmaktene og Helsedirektoratet framhever verdier som myndiggjøring og brukermedvirkning samt mindre bruk av tvang. Samtidig styres, særlig helseforetakene, etter økonomiske prinsipper, diagnosekriterier og økende bruk av såkalte pakkeforløp. Faste regler og rutiner for hvordan en pasient skal behandles, ut fra diagnosekriterier, beskrives av Aarre (2018) som uforenelig med prinsipper om individuelt tilpassede tjenester basert på en mer kontekstuell modell. Den kontekstuelle modellen baserer seg på at det er en samlet belastningsmengde som forårsaker psykiske plager. «Dersom problemet er mangelfull tilpasning mellom personen og omgivelsene, er det ikke sikkert at en individorientert forståelse og behandling gir de beste resultatene» (Aarre 2018, 39).

## **4.3 Selvbestemmelse**

### **4.3.1 Selvbestemmelse som rettighet**

Selvbestemmelse er både en menneskerett og en juridisk rettighet. Juridisk er selvbestemmelse for pasienter og brukere sikret gjennom helselovgivningen, ofte under betegnelser som rett til medvirkning. Pasient og brukers rett til å medvirkning er blant annet nedfelt i pasient og brukerrettighetslovens (pbrl) § 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg, som gir pasient eller bruker rett til å velge hvor de skal motta behandling (pbrl § 2-4 1999). Kapittel 3 i samme lov omhandler rettigheter til medvirkning og informasjon, blant annet innebærer dette rett til å medvirke i valg av tilgjengelige og forsvarlige tjeneste-, undersøkelses- og behandlingsmetoder (pbrl § 3-1). Her er altså begrepet medvirke og ikke

bestemme anvendt i lovverket, dette henger sammen med at det er opp til helsepersonell å vurdere hva som er forsvarlig eller best egnet. Dette er konkretisert i Helsedirektoratets kommentarer til loven, som også statuerer at retten til å medvirke ikke under noen omstendighet fritar helsepersonell fra ansvaret for å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten (Helsedirektoratet 2015). Flere eksempler på en vektlegging av brukeren eller pasientens mening er kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven som omhandler samtykke til helsehjelp. Hovedregelen er at all, både somatisk og psykisk, helsehjelp som pasienten får eller medvirker til skal involvere pasientens samtykke (pbrl § 4-1 1999). I psykisk helsevern vil unntakene fra dette finnes i psykisk helsevernloven (phvl 1999). Grunnprinsippet i psykisk helsevernloven er likevel at; «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og *selvbestemmelsesrett* og respekten for menneskeverdet» (phvl §1-1 1999, min utheving).

#### **4.3.2 Hva er egentlig selvbestemmelse?**

Karl Elling Ellingsen (2007) mener begrepet ikke er så enkelt å forklare, men at det i alle fall handler om valg og beslutninger. «Et mye brukt synonym for selvbestemmelse er autonomi» (Ellingsen 2007, 27). Noen motsetninger til selvbestemmelse kan være paternalisme, avmakt og tvang. Frost (2007) knytter autonomi og respekt for brukerens integritet til begrepet selvbestemmelse. Ved å bryte ned den latinske opprinnelsen til ordet integritet mener han det tilsvarer å «ikke være krenket». Selvbestemmelse og autonomi er noe vi har rett til som mennesker, samtidig er ikke denne rettigheten absolutt, vi må forholde oss til lover og regler som er skapt for at samfunnet skal fungere. Lorentzen (2007) skriver at de færreste vil oppleve autonomien sin krenket i møte med en regel som fratrar en retten til å stjele. Selvbestemmelse handler mer om selverkjennelse og det å vedkjenne seg sin individualitet og personlige perspektiv i samhandling med andre. I møte med andre kan vi uttrykke egne meninger og motta andres meninger og perspektiver på noe. Lorentzen mener slik at selvbestemmelse er et gjennomgripende relasjonelt begrep. Dette kan knyttes videre til anerkjennelse og det intersubjektive møtet mellom mennesker. «Anerkjennelse handler både om å bli sett som det menneske man er, og om å se andre mennesker som de menneskene de er» (Pettersen og Simonsen 2010, 22).

Selvbestemmelse er altså et komplekst og noe abstrakt begrep som det kan legges litt ulike betydninger i. Hva kan begrepet innebære i møte med psykisk helsevern? Å bestemme selv, å kunne uttrykke egne meninger, sette egne grenser, å motta opplysninger en har behov for og mulighet til å takke ja eller nei til ulike tilbud er ulike aspekter som kan knyttes til selvbestemmelse i den sammenheng. *Ikke-selvbestemmelse* kan knyttes til ting som krenkelse av rettigheter, å ikke få fremholde egne meninger, tvang og det å ikke få opplysninger en trenger for å ta informerte valg.

Dersom vi knytter selvbestemmelse til autonomi og anerkjennelse utvides perspektivet til å omhandle mer enn å bestemme og styre. For eksempel er det ikke alltid sånn at pasienten ønsker å styre sitt eget behandlingsopplegg og ta så mange valg i den forbindelse. Noen ganger kan en person med psykiske plager ha behov for å slippe nettopp dette. Czynski og Lauritzsen (2011) skisserer tre hovedkategorier av samspill innen rolleteori: paternalistisk, forbrukerbasert og samarbeidende. Den *paternalistiske* relasjonen kjennetegnes av at behandleren er autoriteten, han er eksperten, og stiller lukkede spørsmål, gir informasjon og tar avgjørelser. I den *forbrukerbaserte* relasjonen er pasienten den mest aktive part mens behandleres forholder seg mer passiv. *Samarbeidsmodellen* bærer preg av et likestilt samarbeid for å oppnå et felles mål og hvor beslutninger tas i fellesskap (ibid.). Videre skriver Czynski og Lauritzsen at ulike pasienter kan foretrekke ulike typer samspill. Dette vil si at en anerkjennende tilnærming noen ganger kan innebære å lytte til pasientens behov for å slippe å bestemme så mye selv. Det kan altså ligge selvbestemmelse i å slippe å bestemme, eller anerkjennelse av den andre i å ta styring.

### **4.3.3 Når selvbestemmelsesretten må settes til side**

Som nevnt tidligere krever helsepersonelloven av oss som helsepersonell at vi sørger for forsvarlige tjenester (hpl §4 1999). I noen tilfeller vil dette innebære å gå imot det pasienten uttrykker ønske om. Aarre (2018) skriver at FNs spesialrapportør for tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff ønsker seg et totalforbud mot tvang og medisinske intervensjoner uten samtykke overfor personer med funksjonshemminger. Disse intervensjonene inkluderer mekaniske tvangsmidler og psykofarmaka, som anvendes i psykisk helsevern.

*Dette tror jeg er å gå for langt. I landet vårt er det ingen tradisjon for å la folk gå til grunne fordi de har alvorlige psykiske vansker og ikke selv greier å skaffe seg den hjelpen de trenger – eller ikke greier å benytte seg av tjenestene de har behov for (Aarre 2018, 151)*

Noen ganger kan tvang være det minste ondet mener Aarre. Etisk og moralsk er det bedre å hjelpe noen mot sin vilje enn å unnlate å handle. Dette handler om at de psykiske plagene kan lede til at personens autonomi undergraves. Vi må da hjelpe dem å ivareta deres interesser midlertidig for å hindre skade. Da blir det imidlertid svært viktig at vi ivaretar personens *faktiske* interesse og ikke hva som *burde* være i dennes interesse ifølge oss selv (ibid). Dette vil naturligvis kreve at vi kjenner personen og har vist interesse for hva som er viktig for vedkommende. Aarre (2018) mener også at mye tvangsbruk kan reduseres ved hjelp av holdningsendringer og tilrettelegging av rammebetingelser. Han mener det er mye fokus på alarmer og sikkerhetsinstrukser i noen psykiatriske avdelinger. Videre fremholder han at det ikke er kontroll og sikkerhetsprosedyrer som skaper trygghet, men respektfulle omgangsformer, likeverd og anerkjennelse. Det er først i de tilfellene dette ikke er nok at vi må gripe inn og ta ansvar. For eksempel for å hindre en dypt deprimert person i å skade seg selv. Vi kan da tolke forsøket på å skade seg selv eller ta sitt eget liv, ikke som et genuint ønske om å dø, men snarere et ønske om å slippe lidelse. Da er vi tilbake til det Aarre snakker om når det kommer til personens *faktiske* interesser. Ifølge Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) er dette også noe av grunnen til at tvangshjemler finnes i lovverket. Dette kommer frem i vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven, der det kreves av pasienten på grunn av sin alvorlige sinnslidelse får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (pHv1 §3-3 tredje ledd, bokstav a og b 1999).

#### **4.4 Anerkjennelse og krenkelse**

Teorier om anerkjennelse har lenge eksistert i sosialfilosofiske kretser. Spesielt innen den sosialfilosofiske tradisjonen som kalles kritisk teori eller Frankfurterskolen (Pettersen og Simonsen 2010). En av dem som tilhører Frankfurterskolen er Axel Honneth, ifølge Hasle (2012) tok Honneth utgangspunkt i Hegel og hans idé om en overgripende kamp om

anerkjennelse og videreutviklet denne ved hjelp av G.H. Mead sin teori om symbolsk interaksjonisme. Ifølge Honneth er anerkjennelse å bekrefte mennesker og grupper positive egenskaper. Dette medfører et skille mellom erkjennelse og anerkjennelse, der anerkjennelse innebærer *aktiv støtte*. En slik aktiv støtte krever anerkjennende handlinger som medfølger ordene for å skape troverdighet som har betydning for det anerkjente subjektet (Honneth 2003, Hasle 2012). De anerkjennende handlingene skal ha som hovedmål å bekrefte den andre. Honneth snakker om tre typer anerkjennelse, *kjærlighet, rettslig aktelse og sosial verdsetting* som foregår i de tre sfærene *familie- og venner, rettsvesenet og det større sosiale fellesskapet*. Motsatsen til anerkjennelse er krenkelse og krenkende erfaringer. I den rettslige sfæren vil dette bety rettighetsberøvelse og ekskludering mens motsatsen til sosial verdsetting er nedverdiggelse (ibid.) Begge disse sfærene finnes i psykisk helsevern siden en som pasient har visse rettigheter samt at i en miljøterapeutisk sammenheng vil det sosiale fellesskapet ha betydning for den som befinner seg i det.

#### **4.4.1 Anerkjennelse som motsats til ren korrigering**

Via Solfrid Vatne (2006) skal jeg nå trekke anerkjennelse som teori inn i konteksten psykisk helsevern og legge dette frem som et alternativ til ren korrigering og integritetskrenkelse. Som tidligere nevnt mener den kjente anerkjennelsesteoretikeren Honneth at krenkelse er det motsatte av anerkjennelse.

Vatne (2006) har gjennom sitt doktorgradsarbeid og utforming av en lærebok sett nærmere på relasjonens betydning i miljøterapi. Hun viser leseren ulike tilnærminger man som miljøterapeut kan ha i ulike situasjoner som kan oppstå sammen med pasientene. Hun kritiserer rent korrigerende tilnærminger og mener disse kan motvirke pasientenes opplevelse av egenverd samt føre til utagering og konfrontasjoner. For pasienter vil ren korrigering kunne være en krenkende erfaring, og ifølge Honneth vil det da være naturlig å kjempe imot dette (Hasle 2012). Å møte pasientene på en mer anerkjennende måte handler om hvordan man forholder seg til pasientenes utsagn og væremåte på en dialogisk måte. Dette kan knyttes til det Brask, Østby og Ødegård kaller *partnerperspektiv*. «Generelt vil et partnerperspektiv ha mer vekt på anerkjennelse enn korrigering, og mer vekt på dialog enn monolog» (Brask, Østby og Ødegård 2016, 69).

Den rent korrigerende tilnærmingen som Vatne (2006) kritiserer handler om at vi som hjelpere er mer opptatt av å få gjennomslag for egne ønsker. Dette kan være å få pasienten til å opptre på en bestemt måte uten å ta hensyn til hans egen opplevelse. Dette betyr ikke at korrigerende alltid er feil, vi kan ikke anerkjenne alle typer handlinger og atferd. Pasienter kan ikke åpenlyst planlegge å skade seg selv, slå andre eller vandre naken omkring i gangene uten at vi gjør noe med det. Men korrigeringen kan ha et anerkjennende perspektiv. Vi kan anerkjenne følelsene og opplevelsene som ligger bak handlingen (ibid.), selv om vi ikke aksepterer handlingen i seg selv.

#### **4.4.2 Korrigerende og anerkjennelse i kommunikasjon med mennesker i psykose**

Dette kapitlet er skrevet fordi anerkjennelse i samspill med mennesker som har en alternativ virkelighetsoppfatning kan være utfordrende. Jeg ønsker derfor å utforske hva dette kan innebære siden psykosetilstander er vanlige utfordringer i en psykiatrisk sengepost. Svindseth (2021) beskriver det hun mener er viktige prinsipper i kommunikasjon med pasienter med psykose. Hun skriver at det er lite hensiktsmessig å si at vrangforestillinger ikke stemmer, at det er dumt eller at det bare er psykotiske tanker. Dette er en monologisk korrigerende tilnærming. Grunnen til at dette bør unngås er at pasienten selv tror at disse tankene baserer seg på virkeligheten. Pasientens opplevelse blir altså ikke anerkjent, men ugyldiggjort. Som helsepersonell må vi heller prøve å utfordre pasienten til å tenke nytt om vrangforestillingen, blant annet ved å appellere til hans kognitive tenking og evne til å tenke alternativt. Dette må gjøres på en måte som gjør budskapet mottakelig, for eksempel ved å si at en selv ville oppfattet tingene annerledes. En kan også utforske sammen med pasienten hvilke handlinger vrangforestillingene kan føre til (ibid.), noe som er en mer dialogisk tilnærming. Denne måten å kommunisere på viser respekt for den andres tanker ved å ikke korrigere dennes oppfatning samtidig som det vises til et skille mellom disse tankene og ens egne tanker. I et anerkjennelsesperspektiv vil ikke disse prinsippene gjelde kun for mennesker med psykose, men i all kommunikasjon med andre mennesker. Sjeldent vil to mennesker se en sak på akkurat samme måte. Spesielt vil dette være viktig i tilfeller der maktrelasjonen er asymmetrisk, som i møter mellom helsepersonell og pasienter. Den ene parten mottar hjelp og den andre gir hjelp. I en terapeutisk sammenheng beskriver Vatne (2006) tilnærmingen

«å gå med symptomene» som en motsetning til korrigerende. Ved å reflektere sammen med personalet kan pasienten få økt innsikt i lidelsen, oppnå økt selvrefleksjon og anspores til endring. «Å bli møtt med forståelse innebærer også opplevd anerkjennelse» (Vatne 2006, 128).

#### **4.4.3 Anerkjennelse og intersubjektivitet**

Schibbye (2009) skriver at anerkjennelse i dagligspråket kan forstås som at vi blir belønnet, beundret eller sett på som en som skiller seg fordelaktig ut. Ros er et eksempel på en slik ytre anerkjennelse. Men ifølge Schibbye er dette en flyktig glede. Hun mener at anerkjennelse som begrep er blitt reifisert (tinglinggjort) og instrumentalisert. Dette vil si at anerkjennelse benyttes som en metode, som videre medfører en objektifisering av den som mottar anerkjennelsen. Vatne (2006) hevder at bekreftelse er et sentralt mål for miljøarbeidere i arbeid med sårbare pasienter. Bekreftelsen det da er snakk om kan være positive tilbakemeldinger, ros og å trekke frem positive egenskaper ved personen. Problemet med dette er at det er uttrykk for en ensidig relasjon (ibid.). Pasienten blir et objekt som det blir gjort noe med, en som passivt mottar anerkjennelsen som subjektet (tjenesteyteren) gir. Det Schibbye (2009) kaller en subjekt – objekt-holdning. En slik oppfattelse er uforenlig med hennes egen forståelse av begrepet. «Anerkjennelse, slik jeg bruker begrepet, innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske» (Schibbye 2009, 258). Holdningen skal være subjekt-subjekt i et intersubjektiv fellesskap. Dette sammenfaller med Honneth og hans tilnærming til anerkjennelse, det intersubjektive legger vilkårene for gjensidig forståelse (Pettersen og Simonsen 2010). Røkenes og Hanssen (2012) beskriver det intersubjektive møtet. De mener begrepet legger til grunn en klar holdning: «Et møte mellom en fagperson og en klient er et møte mellom to eller flere likeverdige mennesker» (ibid., 47). De påpeker at dette er noe fagpersonen må anstrenge seg for å få til.

Anerkjennelse kjennetegnes altså av en gjensidig forståelse, likeverdighet og verdsettelse. En ensidig bekreftelse er altså ikke målet. I tillegg mener Schibbye (2009) at vi ved en slik tilnærming står i fare for å godta pasientens opplevelse i den betydning at vi er enig i den. Dette er ikke alltid tilfelle, og det er også noe vi må stå ved. Vi må ikke tro at for å anerkjenne pasienten så må vi være enig med vedkommende. Da utfordrer vi heller ikke pasienten til å reflektere og oppnå selvinnsett (Vatne 2006). Vi kan respektere den andres

opplevelse men samtidig være en selvstendig person. Hvordan bekreftelse *kan* være en del av en anerkjennende væremåte kommer jeg tilbake til litt senere.

#### 4.4.4 Anerkjennende væremåter

For å fokusere på den andres opplevelsesverden må man lytte. Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at selv om lytting kan forstås som en form for praksis, er selve kvaliteten på lyttingen avhengig av helperens innstilling og tilstand. Videre poengterer de at ingredienser som dialog og turtaking krever åpenhet og reell interesse i den andre. Dette kan knyttes til det Skau (2017) skriver om kongruens. God kommunikasjon er kongruent skriver hun. Dette betyr at vi kommuniserer ekte og tydelig. En stor del av det vi kommuniserer er ikke verbalt, og for sårbare mennesker vil kroppsspråket vi viser ha stor betydning. For å være kongruent må det vi sier og det vi viser via ansiktsuttrykk og kroppsspråk samsvare. Vi må være i riktig modus og mene det vi sier, og vi må lytte aktivt med ekte interesse. Uten dette blir det ikke en virkelig anerkjennende praksis og det er stor sannsynlighet for at vi blir avslørte på dette.

Selv om mange fagfolk liker å framheve sin forståelse av den andre som et subjekt, behandler de den andre ofte som et objekt. Dette kan skyldes en ensidig tro på at egne teorier, begreper og yrkeserfaring kan anvendes for å definere den andres opplevelse. De profesjonelle helperne har stor definisjonsmakt og kan dermed komme til skade for å undergrave den andres definisjon av egne opplevelser ved å ikke opptre lydhøre og anerkjennende (ibid.). Dette kan knyttes til ekspertrollen, en rolle som gjør våre synspunkter viktigere enn andres, fordi det er vi som vet mest (Aarre 2018). Videre poengterer Aarre at dette er noe som *kan* være tilfelle når det kommer til effekter og bivirkninger av medikamenter, men dette medfører ikke en udiskutabel ekspertise angående hva som er best for den enkelte. «Hva som er best for den enkelte, avhenger mer av den enkeltes verdier og preferanser enn av vitenskapelig kunnskap» (ibid., 124). Det kan hende at pasienten ikke synes symptomlindringen medikamentene gir er verdt bivirkningene. Forfatteren fremholder at helsetjenesten ofte blir utformet av fagfolks preferanser for visse behandlingsformer snarere enn hva pasientene ønsker seg. En slik ekspertholdning fortrenger anerkjennelse av pasientenes opplevelser og ønsker og kan derfor oppleves som en krenkelse av deres integritet. Det kan også oppleves som en krenkelse av det Honneth kaller den rettslige sfæren (Pettersen og Simonsen 2010), siden retten til medvirkning i eget behandlingsopplegg ikke anerkjennes. Vatne (2006) påpeker



at personer med psykiske lidelser kan oppleve krenkelses som fører til økt sårbarhet og dermed utløse motreaksjoner som av andre oppleves som aggresjon og utagering. Disse opplevelsene kan være mangel på påvirkningsmuligheter, avmakt og mangel på forutsigbarhet. Motreaksjonen er et forsøk på å beskytte sin egen sårbarhet i slike situasjoner. Dersom helsepersonell ser dette i et relasjonelt perspektiv er pasientens atferd en naturlig reaksjon, men ofte vil det kanskje heller ses som et sykdomsuttrykk.

Tidligere beskrev jeg anerkjennelse som en subjekt-subjekt relasjon. Ensidig bekreftelse ble der ikke beskrevet som anerkjennelse fordi det førte til en subjekt – objekt relasjon. Men Vatne (2006) framhever at bekreftelse *kan* være del av en anerkjennende væremåte, i samspill med andre faktorer. Dette handler om å gi gyldighet til pasientens opplevelse og prøve å forstå symptomene eller vanskene.

*Bekreftelse er derfor ikke en selvstendig tilnæringsform. Den er en del av et sammenhengende sett av væremåter innenfor gjensidig anerkjennelse, som i tillegg innebærer lytting, forståelse, aksept og toleranse. De inkluderer væremåter som affektiv inntoning, empati, speiling, emosjonell deling og bekreftelse (Vatne 2006, 138).*

De nevnte tilnærmingene lytting, forståelse, aksept og toleranse kan være med å skape gjensidig anerkjennelse. Jeg vil derfor utdype hva dette kan innebære. Å *lytte aktivt* er ikke det samme som å høre ordene og få med seg beskrivelsene den andre kommer med. Aktiv lytting innebærer åpenhet og skjerping av sansene for å finne ut hva som ligger bak ordene, hva er det egentlig personen prøver å uttrykke? Vatne (2006, 140) viser til et eksempel i sin bok: Å lytte bak pasientutsagnet «ingen forstår meg» kan være å si: «Så du føler deg ikke forstått av noen her?» Videre oppsummerer hun tre punkter i aktiv lytting:

1. *Tilgjengelighet og mottakelighet for pasientens opplevelse*
2. *Fokusering på opplevelsen*
3. *Villighet til å la seg bevege av opplevelsen*

Forståelse i en anerkjennende sammenheng skal være en indre og ikke en ytre forståelse. Hjelperen må ta innover seg og kjenne på pasientens følelser. Når hjelperen skal gi tilbakemelding om hva denne oppfatter bør dette uttrykkes på en undrende måte og ikke som en sannhet om den andre (ibid.).

Undrende spørsmål er noe som også opptar Schibbye. Undrende spørsmål kan ifølge Schibbye (2009, 377) bidra til en utforskende stemning. Hun skiller mellom undrende spørsmål og «skjemaspørsmål» ved at sistnevnte stilles på en slik måte at det indikerer at det finnes et svar på spørsmålet som spørsmålsstilleren har krav på. Hun viser til eksempler på disse forskjellene:

*Skjemaspørsmål*

«Ble du sint?»

*Undrende spørsmål*

«Jeg undrer på om du kanskje ble sint nå...?»

Empati innebærer ifølge Vatne (2006) å uttrykke den forståelsen en har av pasienten. Dette er viktig for å anerkjenne den andre. Dette forutsetter å tone ned ekspertmakten, som for eksempel kan dreie seg om å definere (diagnostisere), gi tilbud om tjenester og realitetsorientere pasienten, noe som framstår som en utstrakt virksomhet i miljøarbeid (ibid). «En forutsetning for empati er at en forsøker å sette seg inn i pasientens opplevelser og erfaringer, og har medfølelse» (Vatne 2006, 180). Medfølelse beskrives som en deltagende følelse som ledsages av sympati. Sympati defineres som velvilje, forståelse og samfølelse. Siden empati ofte er forbundet med at vi finner lignende følelser i oss selv kan dette bli vanskelig i møte med mennesker som er svært forskjellige fra oss selv. Spesielt vanskelig kan det være dersom den andre vekker følelser som avsky og antipati eller vi opplever situasjonen som truende. Unormal oppførsel som ukritisk, kaotisk og pervers atferd skaper ubehag hos hjelperne skriver Vatne (2006). Videre hevder hun at antipati kan føre til ulike negative sanksjoner overfor pasientene, som å trekke seg bort, ikke være imøtekommende eller å ikke greie å engasjere seg i pasientene. Vatne knytter antipati til skam og fremholder at dersom hjelperen opplever atferden til pasienten som skammelig oppstår et sterkt behov for å korrigere atferden i stedet for å være orientert mot å forstå pasienten.

#### **4.4.5 Holdninger**

Hvilke holdninger personalet i psykisk helsevern har kan ha stor innflytelse på utformingen og opplevelsen av tjenestetilbudet. Dette gjelder personalets holdninger til pasientene, til tvangsbruk, og forståelsesmodeller på psykiske problemer. Aarre (2018) skriver at det på vaktrommet kan snakkes om pasientene som om de var personalets motstandere. Disse holdningene kan skapes gjennom utdannelsesforløpet til profesjonsutøverne samt sosialiseringprosesser på arbeidsplassen, men kan også være et resultat av tidlige erfaringer i livet. Skau (2017) fremholder at respekt for andre og likeverd mellom mennesker er eksempler på verdier som spesielt mennesker i omsorgsykker bekjenner seg til. Men at det ikke er alle mennesker det er lett for oss å innta en empatisk holdning overfor, respektere eller betrakte som likeverdige. Gjennom oppveksten kan vi ha lært å se ned på enkelte mennesker av sosiale, utseendemessige eller andre grunner. Denne typen læring kan være ubevisst og komme av at vi har tatt til oss holdninger og verdier som betydningsfulle voksne har hatt rundt oss.

Aarre (2018) skriver at han mener holdninger og personlige egenskaper er viktigere enn formell kompetanse. De grunnleggende verdiene er viktigere enn de tekniske knepene. Han viser også til hvordan Lovisenberg Diakonale Sykehus fikk redusert bruken av mekaniske tvangsmidler med 85 prosent etter å ha jobbet med holdninger, kultur og struktur (Veland og Jacob 2016, Aarre 2018). Den store forskjellen i tvangsbruk innen de ulike sykehusene mener han har mindre med pasientene å gjøre og mer med arbeidsformer og kultur.

#### **4.5 Fokus og kunnskapssyn**

Hva som får fokus i miljøterapeutisk sammenheng og i samhandling med pasientene kan også være med å forme holdningene til personalet. Kjellaug Klock Myklebust (2020) har gjennom sitt doktorgradsarbeid undersøkt rapporteringer av miljøterapeutiske interaksjoner i sykepleiedokumentasjon. Det hun fant var at det var relativt få beskrivelser av pasientens opplevelse og personalets tilnærminger. I en fokusgruppestudie kom det frem at deltakerne anså rapportering av nøytrale og objektive observasjoner som mest essensielt.

Sykepleierne hadde gjennom sin utdanning lært at dette var viktig og at egne tolkninger måtte unngås. I den elektroniske pasientjournalen (EPJ) var en rapporteringsmodell

oppbygd etter sykepleieprosessen også medvirkende til et fokus omkring pasientens problemer.

*Sykepleieprosessen, som er modellen for sykepleiedokumentasjon i EPJ, bygger på en problemløsningsprosess. Kort oppsummert handler den om å kartlegge pasientens problem, finne tiltak for å løse disse og skrive en evaluering om hvorvidt tiltakene virker (Myklebust 2020, 9).*

Videre knytter Myklebust sykepleieprosessen til en biomedisinsk tenkning. Dette kan få konsekvenser for utviklingen i miljøarbeidet. En ensidig skildring av et biomedisinsk perspektiv vil kunne påvirke videre praksis i retning av fokus på problemer og symptomer, i stedet for mestring og opplevelse. Cusack referert i Myklebust (2020) fant at sykepleiere anså at rapportering innenfor en medisinsk modell var til hinder for å praktisere innenfor en recovery-orientert modell. Skorpen og Øye (2008) mener at i samhandlinger mellom personalet og pasienter blir pasientenes respons satt inn i en fortolkningsramme knyttet til tegn på sykdom og symptomer. Til tross for personalets uttalte ønske om å legge pasientenes historier, synspunkter og perspektiv til grunn blir disse ofte tilsidesatt. Forklaringen på dette knyttes til det overordnede samfunnsansvaret for å resosialisere pasientene inn i «normale samhandlinger og livsformer». Pasientenes stemmer ble derfor satt til siden i de tilfeller de ikke passet inn i personalets normalitetsnormer (ibid.)

## **4.6 Opplevd tvang og juridisk tvang**

Hva som er tvang og makt etter loven, såkalt juridisk tvang trenger ikke være det samme som *opplevelsen* av tvang. Hva som anses som tvang etter loven (innen psykisk helsevern) er spesifisert i psykisk helsevernloven. Opprettelse av tvungent psykisk helsevern er underlagt en rekke kriterier, blant annet at pasienten skal ha en alvorlig sinnslidelse, være undersøkt av to forskjellige leger og det skal foreligge nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse. Et annet kriterium er at frivillig psykisk helsevern er forsøkt. Dette kan i noen tilfeller føre til det Kjønsstad, Syse og Kjelland (2017) kaller skjult tvang, som nevnt innledningsvis. Dersom pasienten tror at manglende samtykke til behandling vil føre til tvangsvedtak kan det tenkes av vedkommende samtykker på tross av eget ønske. Ifølge psykisk helsevernloven (phvl, kap 4, 1999) kan tvungent psykisk helsevern innebære tilbakeholding i institusjon, tvangsmedisinering, tvungen undersøkelse,

skjerming, innskrenkelse av kommunikasjonsmuligheter (eksempelvis fratagelse av telefon), fastholding med belter eller remmer og rusmiddeltesting med mer. Beskrivelsene i loven er konkrete og tilknyttet spesifikke krav. Det vil være naturlig at personer som gjennomgår slik behandling oppfatter dette som tvang. Men det kan også oppstå en opplevelse av tvang eller ufrivillighet i andre situasjoner. Ikke bare på grunn av en overhengende trussel om tvangsmidler men også på grunn av en skjev maktfordeling i relasjonen mellom pasient og tjenesteyter. Solfrid Vatne (2006) oppsummerer grensesetting som metode i praktisk miljøterapi slik det er beskrevet i eldre sykepleielitteratur. Hun mener at dette er en prosess hvor sykepleieren definerer både situasjonen, pasienten, normene og tiltakene. Videre sammenligner hun dette med forskning på det som kalles subtil tvang. For å overbevise pasientene brukte sykepleierne retoriske knep som å ta avgjørelser på pasientens vegne, byttehandel, manipulering, motivering eller overtalelse (Lützen 1998, Vatne 2006).

Bjørgen et al. (2014) skriver også om skjult tvang; «Skjult tvang handler om opplevelsen av å bli tvunget eller ikke kunne si nei, uten å være under et formelt tvangsvedtak». Videre beskriver de at skult tvang kan innebære trusler om konsekvenser dersom man ikke gjør det man blir bedt om, for eksempel fare for tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering eller det å kunne miste førerkortet dersom man ikke tar medisinen sin.

*Stefan Sjöström (2006) beskriver tvang som et kontekstuel fenomen i praksis. Tvang kan prege hele miljøet gjennom bruk av uformell og/eller skjult tvang. Denne type tvang viser seg blant annet i form av lukkede dører for både frivillig og tvangsinnlagte pasienter, tilbakeholdelse av informasjon om rettigheter som følger frivillig innleggelse, unnvikelse når pasienten spør om å komme ut eller hjem, eller trusler og press. Hensikten er å sikre at pasienten er føyelig uten bruk av formell tvang. (Bjørgen et al. 2014, 13)*

Denne opplevelsen kan føre til at pasienten ikke har tillit til støtteapparatet og holder igjen informasjon eller unnlater å be om hjelp til ting i frykt for å bli tvunget til å ta medisiner eller annet (ibid). Studier som har hatt til hensikt å måle pasienters opplevelse av tvang har i flere tilfeller vist at pasientene beskriver integritetskrenkende møter, tilbakeholding av informasjon eller det å ikke har reell innflytelse på behandlingsopplegget som opplevd

tvang. Nytingnes, Ruud og Rugkåsa (2016) trekker inn mangel på anerkjennelse som et perspektiv på slike opplevelser. Iversen et al. (2002) beskriver det som integritetskrenkelse.

## **4.7 Empiriske studier på pasientenes opplevelser**

En studie gjennomført i to psykiatriske sykehus i Oxford, England viste sammenhengen mellom opplevd tvang og den terapeutiske relasjonen mellom pasient og kliniker (Sheehan og Burns 2011). Den metodiske tilnærmingen var strukturerte intervjuer av 164 innlagte pasienter. Resultatene peker mot en klar sammenheng mellom den terapeutiske relasjonen og pasientenes opplevelse av tvang. Sammenhengen mellom den subjektive opplevelsen av tvang og relasjonen til behandler var uavhengig av om pasienten var frivillig eller tvangsinnlagt. En god relasjon til innleggende lege korrelerte med mindre subjektive opplevelse av tvang og vice versa. Likevel var det uklart om pasientene følte mindre tvang grunnet det positive forholdet til behandler eller om det var det positive forholdet som resulterte i mindre opplevelse av tvang (Sheehan og Burns 2011). Det er påfallende at hele 48% av de frivillig innlagte pasientene hadde subjektive opplevelser av tvang (perceived coercion). Begrensningen i denne studien var ifølge Sheehan og Burns at en stor andel av pasientene som ble innlagt i perioden ble ekskludert grunnet overflyttinger, utskrivelse eller at de ikke ønsket å delta. Hva disse pasientene hadde kommet til å svare på undersøkelsen kan man ikke vite. I tillegg kommer det kulturelle aspektet som gjør at det kan knyttes usikkerhet til om forhold gjeldende på de aktuelle sykehusene er overførbare til andre institusjoner. Men Czynski og Lauritzsen (2011) skriver at lignende undersøkelser i Norden har funnet sammenlignbare resultater.

En studie fra Sør-Korea viste også at det ikke nødvendigvis var en sammenheng mellom juridisk status og opplevelse av tvang da 26,7% av pasientene i undersøkelsen hadde en høy score på opplevd tvang selv om innleggelsen var frivillig (Seo, Kim og Rhee 2011). Den prosentvise ulikheten i antall pasienter som var frivillig innlagt men likevel hadde en opplevelse av tvang, sammenholdt med den engelske studien, styrker ideen om lokale og nasjonale kulturforskjeller. Ikke nødvendigvis bare med tanke på institusjonenes holdninger og metoder, men også hvordan pasientene i de ulike landene definerer opplevelsen av tvang.

## 4.8 Pasienterfaring i Norge

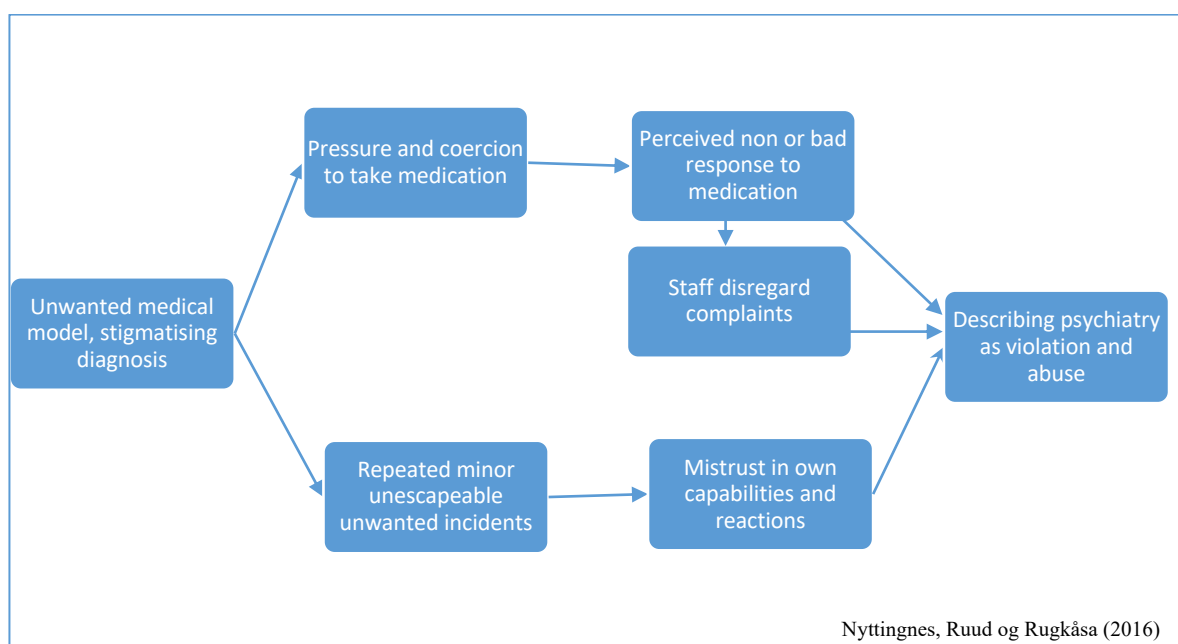
Også i Norge er det gjort forsøk på å måle pasientenes opplevelse av tvang. Iversen et al. (2002) kom frem til at 32% av frivillig innlagte pasienter hadde en høy grad av opplevd tvang. De skiller mellom objektiv tvang som frihetsberøvelse, skjerming og tvangsmedisinering og subjektiv tvang som handler mer om pasientens opplevelse. I et forsøk på å finne faktorer for å forutse opplevelser av tvang kom forskerne frem til at prosesseksklusjon og negativt press stod frem som viktige faktorer. Under drøfting av resultatene påpeker forskerne at den metodiske fremgangsmåten og spørsmålsformuleringen kan ha en svakhet ved å ikke skille mellom opplevd tvang og opplevd krenkelse. Dette siden viktige faktorer handlet om integritetskrenkelse snarere enn formell tvang. «If we, in reality, have been measuring violation of integrity and interpreted this as a valid measure for the use of coercion, we may be doing an injustice to the effect of coercive interventions» (Iversen et al. 2002, 437). Videre skriver de at selv om krenkende behandling rent teoretisk skiller seg fra tvang er dette sterkt relatert til pasientens *opplevelse av tvang*. De fremholder derfor at dette kan motvirkes ved mer fokus på faktorer som fremmer et godt terapeutisk forhold, slik som varme, empati, aksept samt tydelig og realistisk kommunikasjon.

Det kan være interessant å sammenligne denne forskningsrapporten med en rapport fra 2004 skrevet av Knut Sørgaard. Rapporten er basert på en intervensjonsstudie i psykisk helsevern for å se effekten av tiltak beregnet på å senke pasientenes opplevelse av tvang. De tre tiltakene som ble valgt var 1) engasjere pasientene i behandlingsplan, 2) både pasient og behandler i samarbeid gjennomførte jevnlig evaluering av fremgang, 3) reforhandling av behandlingsplan om nødvendig. I drøftingen skriver Sørgaard (2004) at resultatene ikke var som ventet. Strategiene for å inkludere pasientene i behandlingen og gi tilgang til innflytelse på avgjørelser hadde ingen signifikant effekt på måling av *opplevd tvang*. Som årsak til dette lufter forskerne muligheten for at tiltakene ikke ble tilfredsstillende implementert, i løpet av prosjektet rapporterte nemlig en tredjedel av pasientene at de ikke hadde en behandlingsplan eller at de ikke hadde hatt noen særlig innflytelse på denne.

## 4.9 Dialogseminarene i Oslo

Nytingnes, Ruud og Rugkåsa (2016) gjennomførte 15 heldags dialogseminarer om tvang og frivillighet i Oslo i årene 2006-2009. Deltakerne bestod av tidligere pasienter, pårørende, helsepersonell, forskere, jurister, journalister og studenter. Det ble anslått at tidligere pasienter i psykisk helsevern var den største gruppen. Bidrag fra denne gruppen ble vektlagt i analysen. Seminarene baserte seg på åpne diskusjoner, og forskerne mente at dette kunne være med å belyse hvordan pasientene opplevde uformell tvang. Formell tvang som beltelegging, tvangsmedisinering med mer ble tatt opp, men jeg kommer her til å fokusere på funnene relatert til uformell tvang og krenkelser. Deltakerne i studien uttrykte på ulike måter at den medisinske behandlingsmodellen de hadde vært underlagt ikke anerkjente deres egen forståelse av problemene og behovene sine. For å illustrere dette utarbeidet forskerne en modell som viste hvordan både små og store hendelser kunne føre til at pasientene omtalte psykiatri som krenkelse og misbruk. Utgangspunktet var den medisinske modellen og stigmatiserende diagnosesetting. Det som ble omtalt som små/mindre hendelser/situasjoner var ting som husregler, manglende mulighet til å forlate avdelingen, å ikke bli forstått og trusselen om tap av omsorg dersom en ikke overga seg til personalets vilje. «(...) There are so many subtle mechanisms contributing... If you want help, you have to take medication. You have to become the person that the health professionals want» (Nytingnes, Ruud og Rugkåsa 2016, 151).

En gjengivelse av modellen:





Det som kunne virke som ubetydelige hendelser ble i ettertid sett på som betydningsfullt, særlig var dette grunnet i at det ble mange små hendelser som akkumulerte over tid. Det at personalet avfeide klager fra pasientene fikk også en del oppmerksomhet under seminarene. Særlig var dette knyttet til medisiner, pasientene opplevde å ikke bli tatt på alvor når de uttrykte negative erfaringer med medikamentene og ønsker om å trappe ned eller seponere disse.

I drøftingen av funnene uttrykker forskerne at det var noe overraskende at pasientene framhevet krenkelser som ydmykelse og frarøvelse av verdighet i *større grad* enn fysiske restriksjoner av deres frihet. Dette knytter de til Axel Honneth sin anerkjennelsesteori, som framhever at mangel på anerkjennelse av rettigheter og identitet kan føre til følelser som ydmykelse og påfølgende mentalt sjokk (Honneth 1997, Nytingnes, Ruud og Rugkåsa 2016, 152).

Forskerne mente at den unike metoden for innhenting av data var en styrke. Styrken lå i åpenheten og muligheten folk hadde til å uttrykke seg. De mente også at det var sannsynlig at andre pasienter kunne ha lignende opplevelser, men at dette ikke nødvendigvis ville være tilfelle for de som i større grad var fornøyd med behandlingen de hadde fått. Som avsluttende konklusjon påpekte forskerne at forskning på uformell tvang burde inkludere et fokus på effektene av utilsiktede handlinger.

#### **4.10 Nyere undersøkelser av pasienterfaringer**

FHI gjennomførte i 2016 en spørreundersøkelse angående pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern. Alle døgninstitusjonene skulle delta og totalt ble et utvalg på 2286 pasienter bedt om å delta. Svarprosenten ble beregnet til 73.

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen bestod av 44 spørsmål innenfor en rekke tema, blant annet medvirkning ved institusjonen, informasjon og negative hendelser. Dette er interessant i et anerkjennelsesperspektiv fordi at å inkludere pasienten i valg av behandlingstilbud er en form for anerkjennende praksis. På spørsmål om institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som fantes svarte 71 prosent av pasientene «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» (Kjøllestad et

al. 2017). Rapporten viser også at 30 prosent har opplevd å bli behandlet nedlatende eller krenkende. På spørsmål om pasienten har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg svarte 27 prosent «ikke i det hele tatt» 36 prosent «i noen grad» og 37 prosent «i svært stor grad». Disse tallene kan sammenlignes med tall fra tredje kvartal i 2020. Fra 1. januar 2020 startet nemlig FHI, på oppdrag fra Helse- og sosialdepartementet og Helsedirektoratet, opp med løpende elektroniske målinger av brukererfaringer innen psykisk helsevern. I det nye spørreskjemaet har deltageren flere mulige svaralternativer enn i 2016, som bestod av en trepunktsskala, fra 2020 bestod svaralternativene av en fempunktsskala. På spørsmål om de hadde hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg svarte 48 prosent «i stor grad» eller «svært stor grad», 20 prosent svarte «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt». Dette kan tyde på en forbedring på dette området. Fortsatt svarte hele 27 prosent at de hadde opplevd å bli behandlet krenkende eller nedlatende av personalet minst en gang under oppholdet. Informasjon om ulike behandlingstilbud og anledning til å medvirke i hva slags behandlingsopplegg en skal gjennomgå vil øke reell brukermedvirkning og selvbestemmelse. Å bli anerkjent som et menneske som kan foreta egne vurderinger og ha noe fornuftig å si om hva som skal skje er viktig. Dette fordi at å ikke få denne muligheten representerer en krenkelse av rettigheter og egne verdier.

#### **4.11 Sammenheng mellom selvbestemmelse og anerkjennelse**

Petersen et al. (2012) ville utforske brukermedvirkning, som erfart av voksne med psykiske lidelser i samhandling med tjenesteytere. Målpersonene var altså voksne med psykiske lidelser, som deltok i et rehabiliteringsopplegg gjennom «supported housing». Metoden bestod av observasjoner, uformelle samtaler samt individuelle og gruppevise intervjuer. Det de fant var at brukermedvirkning opplevdes av brukerne som en kamp om selvbestemmelse og anerkjennelse. Anledning til å ta avgjørelser og jobbe mot målsettinger var noe som ble sett på som positivt, men dette var noe de ikke alltid fikk muligheten til. Opplevelsene varierte, noen fortalte om erfaringer med tvang som beltelegging gjort på en omsorgsfull måte, andre kunne fortelle at de ikke følte de fikk tillit fra personalet når de ble spurt om sin psykiske helse. Noen brukere fortalte at det kunne være positivt at andre tok mer styring når de var inne i en dårlig periode, men at det noen ganger kunne ta for lang tid før de igjen fikk mulighet til å ta mer styring selv. Totalt sett opplevde brukerne at de måtte kjempe for å få innflytelse og at graden av brukermedvirkning ofte var for lav. Forskerne mente at resultatene var spesielt interessante siden brukermedvirkning i denne personalgruppen hadde vært et fokusområde i årevis.

Noen av brukerne rapporterte at de fikk anledning til å velge enkle ting som hva de ville ha til middag, men at de ikke alltid følte seg anerkjent som mennesker som var i stand til å ta avgjørelser. Forskerne fremholdt at uavhengighet og å bli behandlet likeverdig er rettigheter som blant annet er nedfelt i menneskerettighetskonvensjonen, men at å oppnå dette kan være en kamp for brukerne. Videre skriver Petersen et al. (2012) at ifølge Honneth kjemper alle mennesker en kamp om anerkjennelse. Dette gjør anerkjennelse essensielt i en rehabiliteringsprosess. Brukerne i undersøkelsen presiserte at anerkjennelse av deres tanker og ideer var verdifullt for dem, men at dette noen ganger kunne være mangelvare. Studien viser til et gap mellom forfektede prinsipper og hva som viste seg i praksis. «Recognition of the users' capacity to make their own choices is the cornerstone of rehabilitation, but this study headlines the difficulties experienced by users» (Petersen et al. 2012, 64).

## 5.0 Drøfting

Selvbestemmelse i psykisk helsevern er et komplekst tema og det er vanskelig å finne entydig forskning som sier noe om pasientenes opplevelser og hvilke faktorer som er viktigst i denne sammenhengen. I denne oppgaven har jeg presentert ulike forskningsartikler der forskerne har vært interessert i å finne ut noe om pasientenes opplevelser. Gjennomgående viser det seg at formell eller juridisk tvang ikke nødvendigvis har så stor korrelasjon med *opplevd tvang* som ventet. Sheehan og Burns (2011) kom fram til at det var en sterk sammenheng mellom den terapeutiske relasjonen mellom pasient og behandler og graden av opplevd tvang for pasientene. Denne sammenhengen var uavhengig av pasientens juridiske status, altså kunne pasienter som var innlagt på tvang rapportere en *lav grad av opplevd tvang* og på sin side kunne frivillig innlagte pasienter oppgi en *høy grad av opplevd tvang*.

Opplevd tvang knyttes til faktorer som negativt press, integritetskrenkende møter, å ikke motta informasjon en har interesse av og mangel på innflytelse i behandlingsopplegget. Mange pasienter rapporterte stor grad av *opplevd tvang* selv om de var innlagt på frivillig basis og ingen formell tvang var utført mot dem. Iversen et al. (2002) reflekterte over om ikke resultatene kunne tolkes som at det pasientene *egentlig* rapporterte var opplevelser av integritetskrenkelser. Sammenholdt med funnene til Nytingnes, Ruud og Rugkåsa (2016)

kan det tenkes å være noe i dette. I deres studie framholdt pasientene negative opplevelser i samhandling med personalet i større grad enn formelle tvangsopplevelser som beltelegging, tvangsinnleggelse med mer. Ved å knytte dette til anerkjennelsesteori vil det være en viss sannsynlighet for at en anerkjennende tilnærming i miljøterapeutisk arbeid kan motvirke slike mekanismer og opplevelser. Dersom atferden til helsepersonell oppleves krenkende for pasientene vil det være naturlig å se til anerkjennende tilnærminger for å motvirke dette. Dette kan støttes av Petersen et al. (2012) som mener at brukermedvirkning, selvbestemmelse og anerkjennelse henger tett sammen. I deres studie kom det fram at å bli lyttet til som et menneske i stand til å ta egne avgjørelser var meningsfylt og opplevdes anerkjennende av deltagerne. Men som motsetning til dette viste en intervensjonsstudie fra 2004 at strategier for å inkludere pasientene i behandlingsplanene og gi tilgang på innflytelse ikke ga noen signifikant effekt på måling av opplevd tvang (Sørgaard 2004). Som forklaring på dette undres forskeren på om ikke strategiene var for dårlig implementert. I alle fall rapporterte pasientene selv at de enten ikke hadde noen behandlingsplan eller at de ikke hadde medvirket i særlig grad i utformingen av en slik.

Samlet sett ser det ut til at forskning på pasientenes opplevelse peker i retning av at samspillet mellom dem og personalet spiller en viktig rolle i deres oppfatning av selvbestemmelse eller tvang (Iversen et al. 2002, Sheehan og Burns 2011, Czynski og Lauritzen 2011). Det at krenkelse av integritet kan forstås som tvang av pasientene er interessant i et anerkjennelsesperspektiv da dette kan anspore til en tanke om at manglende anerkjennelse fører til en dårligere relasjon til tjenesteyterne samt *opplevd tvang*. Brukermedvirkning har fremstått som en viktig verdi og rettighet i helsevesenet i lang tid, men noen forskningsresultater viser at dette ikke alltid sammenfaller med pasientenes opplevelse. Dette kan henge sammen med helseprofesjonenes kompetanse, holdninger og teoretisk grunnlag og forståelse. Dersom miljøpersonalet som samhandler med pasientene har en anerkjennende tilnærming vil dette øke muligheten for en opplevelse av å bli forstått, respektert og at deres meninger og opplevelser blir tatt på alvor. En slik opplevelse kan tenkes å føre til en større opplevelse av autonomi og selvbestemmelse.

Samspillet mellom pasient og personal framstår altså som et viktig element når det kommer til opplevd selvbestemmelse. Iversen et al. (2002) fremhever faktorer som varme, empati, aksept og tydelig, realistisk kommunikasjon. Dette er faktorer som direkte kan

knyttet til en anerkjennende væremåte. Empati og aksept spesielt virker å være kjerneelementer i anerkjennelse slik som både Schibbye og Honneth beskriver det. Men som Schibbye (2009) skriver må vi passe på å ikke instrumentalisere slike tilnærminger. Empatien må være ektefølt, kongruent. Dette krever altså en subjekt-subjekt holdning i et intersubjektiv fellesskap. Det kan tenkes at dette er noe som må være på plass for at pasientene virkelig skal føle seg anerkjent og verdsatt som mennesker med verdifulle tanker og erfaringer. Dette kan sammenholdes med de funnene som Petersen et al. (2012) gjorde i sin studie. Brukergruppen ønsket seg selvbestemmelse og anerkjennelse, og personalgruppen anga også dette som viktige verdier for dem. Brukermedvirkning var i fokus, angivelig. Men brukerne rapporterte at de kun fikk være med å bestemme rent praktiske og ikke fullt så betydningsfulle ting, som hva de skulle spise til middag. Gapet mellom forfektede verdier og praksis kan bety at verdiene, holdningene og den anerkjennende tilnærmingen ikke var internalisert hos personalgruppen. Brukermedvirkning var kanskje en mer overfladisk verdi og ble operasjonalisert i form av «valg» uten særlig betydning for de involverte. Dette medfører at brukermedvirkningen ikke var helt reell, i alle fall ikke på de premissene som brukerne selv ønsket seg.

Studien viste likevel at noen ganger kunne mer styring fra personalet godtas eller til og med være ønskelig. Dette sammenfaller med det Czynski og Lauritzsen (2011) la frem om at ulike pasienter kan foretrekke ulike typer samspill. Det kan også bety at samme pasient foretrekker ulike typer samspill avhengig av egen fungering. Lav egenfungering og stort symptomtrykk kan lede til et behov for at andre tar styring, men når pasienten kommer seg kan et ønske om økt deltagelse oppstå. Da vil det være viktig at terapeuten og øvrig personale er lydhøre og anerkjenner pasientens behov. Dette trenger ikke nødvendigvis bety at pasienten får alt han eller hun vil, men at behovene og tankene de har anerkjennes og aksepteres. Samtidig som vi respekterer den enkeltes rett til å ta egne avgjørelser må vi som også sørge for at personen foretar informerte valg. Som utdannet helsepersonell vet vi litt mer enn pasientene gjør om behandlingsmetoder, tilbud og muligheter som finnes. Ved å informere grundig og tydelig anerkjenner vi også den andre som en person som er i stand til å ta innover seg og vurdere informasjonen. Vernepleiere skal være spesielt dyktige på å kommunisere med mennesker som har ulike utfordringer, denne kompetansen kan benyttes til å tilpasse informasjonen til den enkelte.

Aarre (2018) skriver at i andre felt enn psykiatrien kan pasientene, av mer eller mindre gode grunner, takke nei til anbefalt behandling. «Den store forskjellen er selvsagt at andre pasienters synspunkter stort sett blir respektert, mens personer med psykose stadig opplever at en uønsket behandling tvinges på dem» (ibid., 59). Begrunnelsen er ofte at pasienten mangler sykdomsinnsikt (ibid.). Dette kan det nok noen ganger være noe i. Siden ett av diagnosekriteriene for psykose er mangel på sykdomsinnsikt kan det tenkes at den som lider av en slik tilstand faktisk ikke er i stand til å vurdere hva som er til sitt eget beste. Slike alvorlige tilstander kan selvsagt også ha påvirket resultatene i forskning på pasienters opplevelse av tvang. Psykosier og vrangforestillinger kan også gjøre det vanskelig å samhandle med den som lider av dette. I flere av studiene som er presentert var likevel de sykeste pasientene ekskludert fra deltagelse, noe som til dels motvirker sykdom som grunn til å tvile på resultatene av forskningen. Som jeg tidligere har vært inne på kan vi anerkjenne pasientens opplevelser selv om vi ikke er enige. Vrangforestillinger og mangel på sykdomsinnsikt kan føre til at pasienten opplever virkeligheten annerledes enn oss selv. Men som Schibbye (2009) skriver trenger vi ikke være enige med den andre for å anerkjenne deres subjektive opplevelse. For eksempel kan vi anerkjenne følelsene som oppstår i forbindelse med vrangforestillinger som gjør pasienten redd. Dette er ikke til hinder for å fortelle at vår egen opplevelse ikke sammenfaller med vrangforestillingen. Dette må gjøres på en skånsom måte, og stiller krav til god og kongruent kommunikasjon.

Vi trenger altså ikke alltid være enig med pasienten selv om vi tar et anerkjennende perspektiv. Dette gjelder også handlinger, noen handlinger må korrigeres. Vi må sette grenser når pasienter opptrer på en måte som plager omgivelsene eller skader seg selv. Men som Vatne (2006) skriver kan vi gjøre dette på en anerkjennende måte ved å lytte til bakenforliggende følelser og opplevelser.

Hvordan miljøpersonalet opptrer overfor pasientene i psykiatriske avdelinger fremstår som betydningsfullt for pasientenes opplevelse av selvbestemmelse. Det er bekymringsfullt at så mange pasienter rapporterer opplevelser av nedlatende atferd og krenkelse i psykiatriske avdelinger (Kjøllestad et al. 2017, FHI 2020). Dette trenger ikke være store hendelser, men en akkumulering av mange små, som Nytingnes, Ruud og Rugkåsa (2016) viste til. Hva som forårsaker dette har jeg ikke funnet noe svar på i denne litteraturgjennomgangen, men dette er noe som kunne vært interessant å utforske ved en senere anledning.

## 6.0 Sammendrag/konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hva som kjennetegner pasientenes opplevelse av selvbestemmelse i psykisk helsevern og hvordan en anerkjennende tilnærming bidra til å øke den subjektive opplevelsen av selvbestemmelse. Konklusjonen er at dette finnes det ikke noe enkelt svar på. Hva som kjennetegner pasientenes opplevelse av selvbestemmelse kan innebære mange ulike faktorer ut ifra hvordan selvbestemmelse defineres, den enkeltes preferanser, og grad av egenfungering. I noen tilfeller kan vår plikt som helsepersonell kreve at vi må krenke den enkeltes rett til selvbestemmelse, likevel må vi etterstrebe å ikke krenke den enkeltes integritet i prosessen. Som noen forskningsresultater anga er det mulig å utøve tvang på en skånsom og omsorgsfull måte. Blant annet vil dette innebære anerkjennende tilnærminger som tydelig kommunikasjon, empati og forståelse for den andres opplevelse.

Et anerkjennende perspektiv er ikke noen hokus-pokus løsning på alle utfordringene vi møter i samspill med pasientene. Men ut ifra det jeg har funnet i litteraturgjennomgangen vil anerkjennelse nesten alltid kunne være en del av tilnærmingen. Selv om et menneske sier eller gjør ting vi ikke kan anerkjenne kan *mennesket* og deres opplevelse likevel anerkjennes. Til tross for dette kan vi ikke komme bort fra at uansett hvor mye vi jobber med vår egen personlige kompetanse vil det i noen tilfeller være vanskelig å være empatiske. Spesielt overfor mennesker som vekker ubehagelige følelser, som avsky, i oss. En gjennomgående anerkjennende tilnærming er derfor krevende og i noen tilfeller vil vi kanskje ikke klare det. Dette må også anerkjennes, helsepersonell er også bare mennesker og en kan ikke forvente perfeksjon i alle ting.

Min forforståelse var at miljøarbeidere i psykisk helsevern må ha større fokus på anerkjennelse og selvbestemmelse i samhandling med pasientene. Selv om dette fortsatt er noe jeg tror, har jeg fått en bredere forståelse av hva dette kan innebære samt større forståelse for hvorfor dette kan være så vanskelig.

## 7.0 Litteraturliste

- Aarre, Trond F. 2018. *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergem, Randi. 2007. «Medborgarskap og myndiggjering» I *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* redigert av Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen, 102-120. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bjørgen, Dagfinn, Aina Storvold, Reidun Norvoll, og Tonje Lossius Husum. 2014. «Alternativer til tvang I. Sett fra et bruker- og fagperspektiv.» Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.  
<https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/01/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>
- Borg, Marit, og Bengt Karlsson. 2013. *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brask, Ole David, May Østby, Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget
- Czynski, Wanda, og Lage Fosheim Lauritzen. 2011. *Opplevd tvang og terapeutisk relasjon med pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern*. Spesialistoppgave, Akershus universitetssykehus.  
[https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Opplevd\\_tvang\\_og\\_terapeutisk\\_relasjon\\_med\\_pasienter\\_innlagt\\_paa\\_tvungent\\_psykisk\\_helsevern.pdf](https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Opplevd_tvang_og_terapeutisk_relasjon_med_pasienter_innlagt_paa_tvungent_psykisk_helsevern.pdf)
- Ellingsen, Karl Elling. 2007. «Hvem sine valg og verdier?» I *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Redigert av Karl Elling Ellingsen, 25-37. Oslo: Universitetsforlaget
- Folkehelseinstituttet. 2020. Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern. 1. kvartal 2020, Nasjonale resultater. PasOpp-rapport 2020:181. Oslo:



- Folkehelseinstituttet 2020.  
<https://www.fhi.no/contentassets/a7672b6db9294359bcb0cb92bbb9be34/nasjonale-resultater.pdf>
- Forskningsrådet. 2009. «Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter.» Oslo: Forskningsrådet.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. 2019. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. FOR-2019-03-15-411  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411?q=vernepleierutdanning>
- Frost, Tore. 2007. «Hva betyr det å bestemme selv?» I *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Redigert av Karl Elling Ellingsen, 49-56. Oslo: Universitetsforlaget
- Halvorsen, Knut, Steinar Stjernø, og Einar Øverbye. 2016. *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hasle, Bente. 2013. *Kjærlighet og verdighet i tilfriskningsprosesser. Om foreldreskap når barn har en psykisk vanske*. Doktorgradsavhandling, NTNU Trondheim  
[https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/269079/636693\\_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/269079/636693_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Helsedirektoratet. 2015. «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer». Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021, lest 19. mai 2021).  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. 2017. «Brukermedvirkning». Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. oktober 2017, lest 24. mai 2021).  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

- Iversen, Knut Ivar, Georg Høyer, Hal Sexton og Ole Kristian Grønli. 2002. «Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway»  
*Nordic Journal of Psychiatry* 56:6, 433-439  
<https://doi.org/10.1080/08039480260389352>
- Kjønstad, Asbjørn, Aslak Syse, og Morten Kjelland. 2017. *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*. Oslo: Gyldendal.
- Kjøllesdal JK, Iversen HH, Danielsen K, Haugum M, Holmboe O. 2017. «Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016». Rapport nr.2017: 317. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-i-2016---nasjonale-resultater.pdf>
- Lorentzen, Per. 2007. «Selvbestemmelse i et psykologisk perspektiv» I *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Redigert av Karl Elling Ellingsen, 93-114. Oslo: Universitetsforlaget
- Myklebust, Kjellaug Klock. 2020. *Rapporteringer av miljøterapeutiske interaksjoner i sykepleiedokumentasjon. En "mixed methods" studie i psykisk helsevern*. Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk og Høgskulen i Volda.
- Nyttingnes, Olav, Torleif Ruud og Jorun Rugkåsa. 2016. «It's unbelievably humiliating – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care»  
*International Journal of Law and Psychiatry* 49 147-153  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252715300170?via%3Dihub>
- Petersen, Kirsten, Lise Hounsgaard, Tove Borg og Claus Vinther Nielsen. 2012. «User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition», *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19:1, 59-67

[https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2011.556196?casa\\_token=T3BhlBmE3zYAAAAA%3AYHHshQFBcnTKGQK-MqXNWA AKD2zZ5pWTeoOH77edCXDZoSuoT8T-bdj96E9sYw4EF8WBMRw5\\_OegUw](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2011.556196?casa_token=T3BhlBmE3zYAAAAA%3AYHHshQFBcnTKGQK-MqXNWA AKD2zZ5pWTeoOH77edCXDZoSuoT8T-bdj96E9sYw4EF8WBMRw5_OegUw)

- Pettersen, Karen-Sofie og Eva Simonsen. 2010. *Anerkjennelse og profesjon*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2009. *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seo, Mi Kyung, Seung Hyun Kim, og MinKyu Rhee. 2011. «Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion?» *International Journal of Social Psychiatry*, 217-223. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764011431543>
- Sheehan, Kathleen Ann, og Phil Tom Burns. 2011. «Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association?» *Psychiatric Services* 471-476. [https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.5.pss6205\\_0471](https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.5.pss6205_0471)
- Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Sosial- og helsedepartementet. 1997. St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- Sosial- og helsedepartementet. 1998. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St.prp. nr. 63. (1997-98).
- Svindseth, Marit Følsvik. 2021. «Kommunikasjon med mennesker i psykose.» I *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid*, redigert av Frøydis Perny Vasset og Sven Inge Molnes, 198-201. Bergen: Fagbokforlaget.

Sørgaard, Knut W. 2004. «Patients` perception of coercion in acute psychiatric wards»  
*Nordic Journal of psychiatry*, 58:4, 299-304  
<https://doi.org/10.1080/08039480410005819>

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Øye, Christine, og Aina Skorpen. 2008. *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/3655>