

Mekaniske tvangsmidler og kjønn

En retrospektiv kvantitativ undersøkelse

Fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling

årene 2004 og 2005

Gunnar Eidhammer



HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Masteroppgave

Master helse modul 4 - 07

16. juni 2008



Høgskolen i Buskerud
Avdeling for helsefag

Navn: Gunnar Eidhammer	Dato: 16. Juni 2008
Tittel og undertittel: Mekaniske tvangsmidler og kjønn - En retrospektiv kvantitativ undersøkelse fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling - årene 2004 og 2005	
<p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: Denne mastergradsoppgaven i kliniske helsearbeid er en studie om tvangsmiddelbruk ved en akuttpsykiatrisk avdeling i Norge. Et av de store fagpolitiske satsningsområdene innen psykisk helsevern, er å få mer kunnskap om og redusere alle sider ved tvang psykiatriske pasienter utsettes for. Det være seg alt fra formelle tvangsinnleggelse, opplevd tvang hos pasientene og tvangsmiddelbruk. Tall fra ulike undersøkelser viser at Norge ligger stabilt høyt sammenlignet med tall fra andre europeiske land.</p> <p>Mål: Kartlegge omfang og rasjonale for å bruke mekaniske tvangsmidler i et kjønnsperspektiv.</p> <p>Teoretiske forankring: Begrepet sosial kontroll er satt i et psykiatrihistorisk og kjønnsperspektiv. Aggresjonsbegrepet er belyst isolert sett og i et kjønnsperspektiv.</p> <p>Design: Undersøkelsen er i retrospektiv kvantitativt design.</p> <p>Datakilde: Tvangsmiddelprotokollen ved undersøkelsesstedet. Data er basert på foreliggende skriftlig materiale fra 2004 og 2005.</p> <p>Resultater: 58 pasienter ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, 24 kvinner og 34 menn. Det tilsvarer 5.8 % av alle pasienter innlagt i 2 års perioden. Kjønnfordeling tilsvarer 4.6 % av de kvinnelige pasientene innlagt i 2 års perioden og 7.1 % av de mannlige pasientene. Det er ikke betydelig forskjell på bruk av mekaniske tvangsmidler mellom kvinner og menn i antall episoder totalt. 79.4 % av mennene som er representert hadde 1 eller 2 episoder med mekaniske tvangsmidler. 20 % av kvinnene hadde 6 – 11 episoder. Mannlige pasienter er iført mekaniske tvangsmidler over lenger tid pr episode. Angrep på andre personer fremstår som den hyppigst brukte begrunnelsen for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler, både i forhold til kvinner og menn. 25 % av kvinnene og 18.5 % mennene er utsatt for mekaniske tvangsmidler hvor selvskading var eneste eller del av begrunnelsen.</p> <p>Konklusjon: I denne studien fremkommer det at menn oftere utsettes for en og to tvangsmiddelepisoder og blir værende i tvangsmidlene over lenger tid. Noen få kvinner har oftere gjentagende episoder og er iført tvangsmidlene i kortere perioder. Voldelig atferd mot andre er den atferden som oftest fører til bruk av mekaniske tvangsmidler.</p>	
Nøkkelord: Akutt psykiatri, kjønn, bruk av mekaniske tvangsmidler, omfang og begrunnelser	
Antall ord: 21 864	



BUSKERUD UNIVERSITY COLLEGE
Department of health sciences

Name: Gunnar Eidhammer	Date: June 16th 2008
Title and subtitle: Mechanical restraint and gender.	
A retrospective quantitative study in an closed acute psychiatric unit the years 2004 and 2005	
Abstract:	
<p><u>The aim</u> for this master degree study is to identify duration and rationales of mechanical restraint use in an acute psychiatric unite.</p> <p><u>The design</u> is retrospective quantitative.</p> <p>Data for this study is based on the restraint protocol; a Norwegian standard for restraint use. Data collected was all patients exposed for mechanical restraint in 2004 and 2005 (2 years).</p> <p><u>The theoretical perspectives</u> are the terms social control and aggression in relation to the patient's gender.</p> <p><u>The results:</u> 58 patients were mechanical restrained out of an inpatient population of 998. That is 5.8 % (N=58) of all patients admitted, 4.6 % (N=24) of the female inpatient population and 7.1 % (N=34) of the male population, during the project period.</p> <p>Male patients are exposed more often to mechanical restraints, 1 and 2 episodes pr patient and the duration of the episodes for male patients were longer than that of females.</p> <p>When it comes to repeatedly episodes 2 female patients were restraint more than 9 times during the two years: 1 female patient 9 times and 1 patient 11 times.</p> <p>1 male patient was exposed to mechanical restraint 8 times during the period.</p> <p>In 87 % of the episodes the rationales for mechanical restraint use, are violence towards others. 25 % of the female patients and 18.5 % of the male patients were restrained when self harm was the only or part of the rationales for use of mechanical restraint.</p> <p><u>Conclusion:</u> In this study male patients are more frequent exposed to mechanical restraint 1 and 2 times and have longer duration pr episode. A small number of female patients had most of the episodes, and shorter duration pr episode. Rationales for using mechanical restraint are most often violent behavior towards others.</p>	
Key words: Acute psychiatry, patient gender, use of mechanical restraint, duration, rationale and number of episodes.	
Amount of words: 21 864	

FORORD

Å sette søkelys på tvang og tvangsmiddelbruk er en refleksjonsprosess som gradvis har modnet hos meg. Jeg har jobbet 19 år ved ulike sikkerhetspsykiatriske avdelinger og selv vært med på et betydelig antall hendelser, hvor det ble benyttet tvangsmidler.

Denne studien har data fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Selv har jeg aldri jobbet innen akuttpsykiatrien, så det er spennende for meg å få innblikk i denne delen av det psykiske helsevern.

Jeg vil takke mine veiledere ved Høgskolen i Buskerud, Anners Lerdal og Marit Borg for god støtte under prosjektperioden. Det har periodevis vært en solid utfordring å holde prosessen i gang.

Ved min egen arbeidsplass har avdelingssykepleier Kjetil Grinde lagt forholdene til rette på en måte som gjorde det mulig for meg å gjennomføre skrivearbeidet, noe jeg er meget takknemlig for. Jeg ønsker også å takke alle kollegaer som har vært nysgjerrige på prosjektet og arbeidsgruppa i multisenterstudien, spesielt Audun.

Ved Forsknings- og Utviklingsenheten, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Buskerud HF, har lederen Nina Helen Mjøsund vært en god støtte, særlig i forhold til fremdrift i skrivearbeidet og rådgivning knyttet til skriving av oppgaver. Leder for multisenterstudien Maria Knutzen, ved Ullevål Universitetssykehus har vært til god hjelp, særlig i forhold til faglige drøftninger.

Til slutt vil jeg nevne Bjørn Heimdal som fikk meg inn i et miljø, hvor jeg kunne "snuse" på forskning og utviklings arbeid og har tilrettelagt for at jeg kunne komme i gang og gjennomføre denne masterstudien.

Røyken, juni 2008 Gunnar Eidhammer

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
2. BAKGRUNN	3
2.1 EGNE ERFARINGER MED BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER	5
2.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSPØRSMÅL	6
2.3 BEGREPSAVKLARINGER VED TVANGSMIDDELBRUK	6
2.4 TVANGSMIDLER OG LOVEN	7
2.5 LITTERATURSØK	9
3. TVANGSMIDDEFORSKNING	10
3.1 MEKANISKE TVANGSMIDLER FOREKOMST OG OMFANG	10
3.2 KJØNN OG MEKANISKE TVANGSMIDLER	14
3.3 BEGRUNNELSE FOR Å BRUKE MEKANISKE TVANGSMIDLER	14
4. TEORI	17
4.1 HVA ER SOSIAL KONTROLL?.....	17
4.2 SOSIAL KONTROLL OG MAKT.	18
4.3 SOSIAL KONTROLL OG STIGMA.....	19
4.4 SOSIAL KONTROLL I ET HISTORISK LYS	20
4.4.1 Forholdene i Norge	23
4.5 AGGRESJON	26
4.6 AGGRESJON I ET KJØNNSPERSPEKTIV	29
4.7 MØTE MED AGGRESJON.....	32
5. UNDERSØKELSESDSIGN	35
5.2 UTVALG, INKLUSJONS OG EKSKLUSJONS KRITERIER	35
5.3 DATAKILDER	36
5.4 DATAINNSAMLING	36
5.5 DATABEHANDLING OG ANALYSE	37
5.4.1 Variabler.....	39
5.6 ADGANG TIL FORSKNINGSFELTET OG ETISKE OVERVEIELSER	40
6. RESULTATER	41
6.1 FOREKOMST AV MEKANISK TVANGSMIDDELBRUK	41
6.2 KJØNN OG TVANGSMIDDELEPISODER	42

6.3 KJØNN OG TID IFØRT MEKANISKE TVANGSMIDLER.....	43
6.3.1 <i>Kjønn, episoder og tid iført mekaniske tvangsmidler</i>	43
6.4 BEGRUNNELSE FOR Å BRUKE MEKANISKE TVANGSMIDLER	44
7. METODOLOGISKE OVERVEIELSER.....	46
7.1 VALIDITET OG RELIABILITET.....	46
7.2 GENERALISERBARHET OG REPRESENTATIVITET	47
7.3 STYRKER VED UNDERSØKELSEN	47
7.4 SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN	47
8. DISKUSJON AV RESULTATENE.....	49
8.1 FOREKOMST/ OMFANG AV MEKANISK TVANGSMIDDELBRUK	49
8.2 KJØNN OG FOREKOMST/OMFANG AV MEKANISKE TVANGSMIDLER.....	51
8.3 KJØNN OG TID PR EPISODE	53
8.4 KJØNN OG BEGRUNNELSER	55
8.4.1 <i>Organisering, forståelse og tiltak</i>	58
9. KONKLUSJON	63
9.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	64
9.2 BEHOV FOR VIDERE FORSKNING.....	64
10. LITTERATURLISTE.....	66

Vedleggsliste

Vedlegg nr 1: Søknad til REK.....	
Vedlegg nr 2: Svar fra REK	
Vedlegg nr 3: Svar til REK på merknader.....	
Vedlegg nr 4: Svar fra REK på merknadene og tilråding fra komiteen	
Vedlegg nr 5: Meldeskjema til NSD	
Vedlegg nr 6: Svar fra NSD	
Vedlegg nr 7: Søknad til Sykehuset Buskerud	
Vedlegg nr 8: Svar fra Sykehuset Buskerud.....	

Figur og tabell liste

Tabell 1: Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatriske sykehus 1980–1994.....	11
Figur 1: Stuart & Sundeens aggresjonskontinuum	28
Tabell 2: Mekaniske tvangsmiddelepisoder fordelt på kjønn og antall episoder	42
Tabell 3: Personer og timer pr tvangsmiddel episode	43
Tabell 4: Begrunnelser for bruk av mekaniske tvangsmidler fordelt på kjønn	44
Tabell 5: Kjønnforskjeller i forhold til skade på andre og skade på seg selv	45

1. INNLEDNING

Den gale gutten i det andre huset var tjoret fast. Om natten hørte vi han ulte. Og da hvisket jeg mot puten: Takk kjære Gud! Jeg er i alle fall fri! Den gale gutten skriker ikke lenger. Men likevel kan skriket vekke meg når nettene er stjerneløse svarte. Da er de ikke gutten. Det er jeg

(Hagerup I, 1998).

Denne mastergradsoppgaven i kliniske helsearbeid er en studie om bruk av mekaniske tvangsmidler, ved en akuttpsykiatrisk avdeling i Norge. Undersøkelsen er i kvantitativ retrospektiv design. Data er innhentet fra foreliggende skriftlig materiale fra sykehusets elektroniske journal og tvangsmiddelprotokollene ved undersøkelsesstedet. Studiens mål er å kartlegge omfang og rasjonale for å bruke mekaniske tvangsmidler fra årene 2004 og 2005.

Gjennom studien er det ønskelig å få frem data om sider ved dagens kliniske praksis. Bruk av mekaniske tvangsmidler er et aktuelt faglig og politisk tema, som berører pasienter, pårørende og ansatte innen psykisk helsevern. Tema er også berørt i media, ofte med henvisning til en praksis som tilhører fortiden.

I denne oppgaven teoridel ønsker jeg også å belyse hvordan mennesker med psykiske lidelser, som i tillegg ble betegnet som voldsomme mot seg selv eller andre, inn i en sosialhistorisk kontekst. I bakgrunnskapitlet redegjør og argumenterer jeg for rasjonale for å gjennomføre studien. Begrepet sosial kontroll belyses i teoridelen. Jeg setter begrepet inn i et psykiatrihistorisk perspektiv. Kjønnsperspektet er i denne sammenheng integrert i kapitlet. Videre omhandler teorikapitlet aggresjon, som teori, i et kjønnsperspektiv og hvordan aggresjon kan møtes av hjelperen.

Bruk av makt, tvang og kontroll ovenfor et annet menneske er et anliggende som berører mange: Pleiere, behandlere, politikere, pårørende og ikke minst pasienten selv. Denne studien har et særlig fokus på de som utsettes for tvang.

Det teoretiske perspektivet er rettet mot sosiologiske og psykologiske begreper. Det vil nok gjennom oppgaveteksten skinne gjennom at jeg er psykiatrisk sykepleier, særlig der hvor det redegjøres for ulike tilnærminger til aggresjon.

Oppgaven er skrevet basert på et humanistisk menneskesyn, hvor respekten for det enkelte menneskes egenverd er nøkkelverdi. Den forankringen mener jeg er særlig viktig i forhold til denne oppgavens tematikk. Mennesker som for eksempel utøver vold mot andre, kan ofte bli betegnet som "farlige mennesker", i stede for at handlingene som utøves blir forstått som situasjons eller relasjonsbetinget. Jeg mener det er særlig viktig å se bak et menneskes handling. Jeg håper oppgaven også kan bidra til refleksjon rundt andre tiltak for å møte vold/selvskading, enn bruk av mekaniske tvangsmidler. Å vise respekt for menneskets egenverd er etter min mening, også evnen til å forstå handlingene, hjelpe pasienten til alternative handlinger og bidra til selvrespekt for de som blir betegnet som farlige for seg selv og/eller andre.

De empiriske data er diskutert opp mot teori og relevant forskning. I diskusjonen har jeg også trukket inn noe ny forskningsbasert teori, i tillegg til det foreliggende, basert på undersøkelsens resultater. Det å kvalitetssikre og redusere bruk av mekaniske tvangsmidler er også et tema som er trukket inn i teorien og senere i drøftningsdelen.

2. BAKGRUNN

Fjodor Dostojevskij (2001) skriver i boken sin "Brødrene Karamasov" at friheten blir utfordret fordi den er til hinder for at mennesker skal få sikkerhet. Jeg mener at disse ordene beskriver et av de store etiske dilemma mennesker har stått ovenfor i hundrevis av år og er særlig relevant for denne studien. Jeg mener sitatet er treffende når det gjelder spenningsfeltet mellom behandling og kontroll av de som betegnes som avvikende fra samfunnets normer og regler, og i tillegg kan utgjøre en fare for seg selv og/eller andre.

Sosial og Helsedirektoratet (2006) skriver at av de store fagpolitiske satsningsområdene innen psykisk helsevern, er å redusere alle sider av den tvang de psykiatriske pasienter utsettes for. Det være seg alt fra formelle tvangsinnleggelses til opplevd tvang hos pasientene. Tall fra ulike undersøkelser viser at Norge ligger stabilt høyt sammenlignet med tall fra andre europeiske land.

"Ingen sektor i det norske samfunn har tilgang på så sterke virkemidler som den psykiatriske spesialisthelsetjenesten når det gjelder inngripen i det enkelte individs autonomi (Hatling og Østbye 2001, s.186). Hatling og Østbye (2001) utdyper at siste instans i forhold til denne type inngripen handler om "å legge pasienter i belter". Jeg mener det er en av grunnene til å få kunnskap om bruken av mekaniske tvangsmidler. Bruk av mekaniske tvangsmidler er av de tiltak som kanskje mest symboliserer tvangsbruken innen det psykiske helsevern. Denne undersøkelsen fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling er ment som et bidrag i denne sammenheng.

For å kunne videreutvikle det som i psykisk helsevern omtales som "lempeligere midler", (enn tvangsmiddelbruk) i psykiatrisk praksis, vil det være et sentralt poeng å få kunnskap om forekomst og rasjonale ved bruk av tvangsmidler. Pedersen, Hatling og Røhme (2007) skriver at bruk av mekaniske tvangsmidler har vært et kontrolltiltak i flere hundre år, og som paradoksalt nok har en økende forekomst.

I denne studien er kjønnsaspektet et sentralt poeng i forhold til bruk av mekaniske tvangsmidler. Maria Knutzen (2001) skriver i sin hovedfagsoppgave, "Bruk av mekaniske tvangsmidler i en psykiatrisk akuttavdeling årene 1994 – 1999", at denne type problemstilling er lite tematisert innenfor faglitteraturen i Norge. Hun skriver videre at det blant annet er ønskelig med fremtidige studier som ser på bruk av tvangsmidler når det

gjelder omfang og indikasjon for bruk. Hun viser til at det i liten grad har vært satt fokus på kjønnsfaktorer innen forskning i det psykiske helsevern.

Undersøkelsen inngår i en multisenterstudie, som undersøker tvangsmiddelbruk ved 3 akuttavdelinger i Norge. Multisenterstudien er et samarbeid mellom Ullevål Universitetssykehus, Aker Universitetssykehus, Sykehuset Buskerud HF, Universitetet i Oslo og Kompetansesenteret for retts, fengsels og sikkerhetspsykiatri Helse Sør/Øst.

Bruk av mekaniske tvangsmidler kan ha ulike utfordringer for pasienten og for de som skal utøve denne praksisen. Selv om min undersøkelse ikke får data som pasientenes opplevelser, erfaringer og fysiologiske komplikasjoner ved bruk av mekaniske tvangsmidler, mener jeg det er viktig å belyse dette kort. Min erfaring er at pasienter som utsettes for mekaniske tvangsmidler ofte er i en psykologisk stress og kritesituasjon.

Sailas og Fenton (2001) finner i sin oversiktsartikkel over undersøkelser om tvangsmiddelbruk i the Cochrane Library, at det ikke er gjennomført randomisert kontrollert forskning basert på effekt av tvangsmiddelbruk. De sier blant annet i sin artikkel at det er ønskelig å utvikle alternative måter å håndtere uønsket eller farlig atferd på.

Det er gjennomført kvalitative studier som belyser både pasienters og personalets opplevelser og erfaringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler. Testad (2004) fant at både pasienten og sykepleieren kan oppleve avmakt og angst i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler.

Rolf Wynn (2004) gjennomførte en undersøkelse basert på intervju av 12 pasienter som hadde ligget i belteseng. 3 av de kvinnelige pasientene kunne fortelle at de gjenopplevde tidligere traumer (vold og seksuelle overgrep) mens de lå i beltesengen. Wynns funn støttes av Mohr, Petti & Mohr (2003), som i tillegg til psykologiske faktorer, fant at det er fare for alvorlige fysiologiske komplikasjoner ved bruk av mekaniske tvangsmidler på grunn det stresset pasienten utsettes for i en slik situasjon. Mohr trekker blant annet frem hjerte – kar lidelser og komplikasjoner knyttet til forhøyet adrenalin nivå. En norsk studie av Hem, Opjordsmoen & Sandset (1998) viser at pasienter som hadde ligget fastspent i belteseng, kunne utvikle Tromboseemboli. Etter min mening belyser disse forskningsrapportene kompleksiteten og alvorlighetsgraden av tvangsmiddelbruk.

Mary Johnson (2001) skriver at det å møte psykisk syke mennesker som har problemer i forhold til fysisk utagering mot seg selv eller andre, er et særlig aktuelt og utfordrende tema

innen psykisk helsevern. Min erfaring er at møte med denne type problemer, ofte er mer basert på klinisk erfaring og mot, enn systematiserte tiltak basert på teori og forskning. Knutzen skriver at bruk av tvangsmidler er en alvorlig handling hvor personalet forsøker å hindre pasienten å skade seg selv eller andre og at det er store etiske og faglige problemer forbundet med bruken. Det er derfor ønskelig med videre studier på tvangsmiddelbruk innen det psykiske helsevern (Knutzen 2001).

2.1 Egne erfaringer med bruk av mekaniske tvangsmidler

Motivet for å gjennomføre denne undersøkelsen er også personlig betinget. Ved å ha jobbet innen sikkerhetspsykiatriske avdelinger i nesten 20 år, har jeg betydelig erfaring med aggressive, voldelige og selvskadende psykiatriske pasienter, samt bruk av mekaniske tvangsmidler. Jeg har bidratt til at pasienter har blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler, grunnet nettopp selvskading, knusing av inventar og angrep på andre mennesker.

En pasient fortalte meg en gang at han kunne se dilemmaet personalet stod ovenfor når det gjaldt det å skulle hjelpe et menneske i stress og krise, og samtidig måtte ty til tvang. Mennesker med alvorlig psykiske lidelser vil trenge hjelp, trygghet og behandling, ofte mot sin egen vilje. Pasienter i krise og stress, kan fra tid til annen komme til å gjøre destruktive og farlige handlinger mot seg selv og andre.

Min erfaring er at det kan være enkelte ulikeheter mellom menn og kvinner, som utøver voldsom atferd. Jeg har nesten aldri i min tid innen det psykiske helsevern opplevd mannlige pasienter som skader seg selv. Jeg har opplevd noen meget deprimerte menn som ville ta sitt liv, men sjelden opplevd det vi i den kliniske hverdagen kaller for selvskading. Min erfaring med menn og bruk av mekaniske tvangsmidler, er nærmest utelukkende i forbindelse med voldelige handlinger. Tvangsmidler blir da brukt enten for å hindre at andre kommer til skade eller for å hindre ytterligere skade på andre. Når det gjelder kvinner derimot, har jeg opplevd et utall ganger at begrunnelsen for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler, har vært selvskadende handlinger. Pasienter jeg har jobbet med beskriver ulike forklaringer på selvskadingen: En form for aggresjon rettet mot seg selv. Et forsøk på å ta kontroll over egen kropp. Fysisk smerte er for enkelte lettere å bære enn den psykiske smerte. Jeg har også opplevd at selvskading kan være et rop om hjelp, altså en kommunikasjon ut mot hjelperen.

Å bruke mekaniske tvangsmidler på pasienter jeg i utgangspunktet skulle yte psykiatrisk sykepleie til, er et av de vanskeligste fagetiske dilemmaer jeg har stått ovenfor og som jeg opplever er et av de store dilemmaer innen det psykiske helsevern. Det å få mer kunnskap på dette feltet håper jeg å bidra til å gi meg mer fagetisk refleksjon rundt denne praksisen. Ved å gjennomføre dette prosjektet, samt være med i en vitenskapelig multisenterstudie, har jeg mulighet til å drøfte tvangsmiddelbruk med forskere som er opptatt av tema. Det gjør at jeg selv i større grad reflekterer rundt dette og ser de ulike sider ved denne praksisen. Erfaringer fra egen klinisk praksis blir også beskrevet og problematisert i senere kapitler.

2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

- Hva er forekomsten av mekaniske tvangsmiddelbruk ved en lukket voksenpsykiatrisk akuttavdeling i årene 2004 og 2005?
- Er det kjønnsforskjeller ved antall mekaniske tvangsmiddelepisoder og tid iført mekaniske tvangsmidler?
- Hvilke begrunnelser benyttes for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler?
- Er det kjønnsforskjeller i begrunnelsene for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler?

2.3 Begrepsavklaringer ved tvangsmiddelbruk

Selv om denne undersøkelsen eksplisitt omhandler mekaniske tvangsmidler, mener jeg det er relevant å begrepsavklare de typer tvangsmidler loven åpner for å benytte innen norsk psykisk helsevern.

Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.

Isolasjon er kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personalet til stede

Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

Det er verd å merke seg at denne studien er gjennomført før innskjerping av loven trådte i kraft. Fra og med 01.01.07 ble også kortvarig fastholding av pasient, for å hindre han i å skade seg selv, andre eller inventar, inkludert som et tvangsmiddel innen det psykiske helsevern (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern rundskriv I-10/2001 Sosial og Helsedepartementet 44, med endringer gjeldende 1.1.2007).

Restraint. Det vil også være et behov å redegjøre for det internasjonalt brukte begrepet for tvangsmidler. Restraint brukes i noe ulike sammenhenger innen internasjonal forskning og klinisk virksomhet. I Sintefs siste rapport blir dette problematisert. "Restraint – som ikke nødvendigvis overlapper med den norske formen mekaniske tvangsmidler" (Pedersen et. al 2007. s 17). Sintefs rapport sier videre at begrepet physical restraint omhandler alle former for fysisk håndtering av voldstruende og urolige pasienter/situasjoner, både fysisk holding og påført mekaniske tvangsmidler. (Det er her på sin plass å nevne at fysisk fastholding av en urolig pasient har i mange år vært definert som et tvangsmiddel i Storbritannia).

Begrepet mechanical restraint kan mer direkte oversettes til mekaniske tvangsmidler. Det er en manglende grenseoppgang mellom physical og mechanical restraint begrepene, som kan gjøre det vanskelig direkte å oversette rapporter og studier til norske forhold (Pedersen et al, 2007).

2.4 Tvangsmidler og loven

"Bruk av tvangsmidler er kjent gjennom hele psykiatrien historie. Således fantes det i så vel Gulatingsloven og Frostatingsloven bestemmelser som både gav adgang til å binde de sinnslidende som til å pryle dem" (Høyer & Drange, 1991 s. 1709).

Norge var et de første land i Europa som fikk en "psykiatrilov". Doktor Major utarbeidet "Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848. Dette ble den første "psykiatriloven" i Norge og skulle sikre pasientene rettigheter og krav. I deler av lovens § 1 heter det at det ikke er lov å etablere asyl før det foreligger kongelig autorisasjon. Det fremkommer også her krav til gode luftemuligheter for pasientene, absolutt avsondering mellom kjønn og differensiering i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad. For behandlingen av pasientene fikk loven direkte følger. Legemlig refselse ble forbudt. Bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon skulle dokumenters, ved at det skulle føres nøye regnskap over bruken. Tvangsmidler skulle bare brukes når det var helt nødvendig. I forhold til tvangsmiddelbruk var denne loven eksplisitt i forhold til noen viktige punkt: Tvangsmidler skulle ikke benyttes uten at det var helt nødvendig for å beskytte pasienten

eller andre. Tvangsmiddelbruken skulle dokumenteres. Disse to punktene var spesielt sentrale. Det ble også i denne loven innført en ekstern kommisjon, som skulle overvåke virksomheten, en kontrollkommisjon. Det er i denne sammenheng første gang dette begrepet oppstår. Kontrollkommisjon som institusjon overvåker og kontrollerer de psykiatriske virksomhetene den dag i dag (Austad, 1956; Blomberg, 2002).

Loven av 1848, ble stående nærmest uforandret frem til 1961 (Retterstøl, 2000).

Loven av 1961 hadde en tydeligere presisering og innskjerping i forhold til mulighetene for å bruke tvangsmidler. Det heter blant annet at tvangsmidler tillates ikke brukt, med mindre forholdene gjør det uomgjengelig nødvendig for å hindre pasient/klient i å skade seg selv eller andre, og videre når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige (Lov om psykisk Helsevern, 1961).

Dagens tvangsmiddelpraksis er regulert i § 4.8 i "Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern" av 2001: "Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienter når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige" (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 2001 Rundskriv I-10/2001 s.44).

Ansvarlig for tvangsmiddelbruk er vedtaksansvarlig lege eller psykolog, som har ansvar for å etablere lovhjemlede vedtak for bruk av mekaniske tvangsmidler. Det kan være noe ulik praksis ved Norske psykiatriske sykehus. Min erfaring er at når en akutt hendelse som kvalifiserer til bruk av mekaniske tvangsmidler inntreffer, og som krever rask intervensjon for å hindre alvorlig skade, iverksetter ansvarshavende sykepleier bruk av mekaniske tvangsmidler og kontakter vedtaksansvarlig umiddelbart etterpå. I etterkant ankommer legen og undertegner, eventuelt drøfter tiltaket med sykepleier. Jeg har også drøftet med kollegaer fra andre avdelinger som kun iverksetter bruk av mekaniske tvangsmidler, etter at vedtaksansvarlig har vært til stede og bestemt tiltaket. Da er praksis at pasienten blir holdt fast av personalet (om nødvendig) til vedtaksansvarlig er på plass. Dette belyser noe ulik praksis i forhold til bruk av mekaniske tvangsmidler.

Kontrollkommisjonen er en uavhengig instans som skal overvåke blant annet bruk av tvangsmidler innen det psykiske helsevern og se at loven forvaltes i henhold til gjeldende paragrafer. Kontrollkommisjonen gjennomgår tvangsmiddelprotokollen ved sine tilsyn på

avdelingene og undertegner i denne protokollen hvor det ikke er noe å anmerke i forhold til gjeldende lov og forskrifter. Kommisjonen påpeker hvor det eventuelt er feil og mangler i forhold til dokumentasjon av tvangsmiddelbruk.

§ 6.1 "Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den. I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med faglig ansvarlige og eventuelt fylkeslegen" (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 2001 s.51).

2.5 Litteratursøk

For å finne relevant forskningslitteratur og øvrig teoretisk materiale, det ble søkt i ulike elektroniske databaser og ved personlig oppmøte ved sykehusets bibliotek. Jeg søkte primært i de elektroniske databasene Pubmed/Medline, Cinahl, Cochraine og Bibsys (I enkelte sammenhenger var det også hensiktsmessig å bruke Google – scholar).

Jeg benyttet ulike søkeord og kombinasjoner i forhold til teori og forskning. I forhold til teori benyttet jeg begrepet Sosial kontroll alene og i kombinasjon med psykiatri – tvangsmidler/mekaniske tvangsmidler – kjønn og historie. Når det gjelder begrepet Aggresjon/vold og selvskading ble disse søkt alene og i kombinasjon med psykiatri/psykisk helse – kjønn.

Ved søk etter tvangsmiddelforskning hadde jeg hovedfokus rettet mot forskningsspørsmålene mine: Mekaniske tvangsmidler – kjønn – rasjonale/begrunnelse – omfang. Søkene ble gjennomført både med norske og engelskspråklige begreper/søkeord.

For å låne bøker benyttet jeg meg av Bibsys via sykehusbiblioteket. Ved flere anledninger hadde jeg møter med bibliotekpersonell, for å kvalitetssikre lån av relevant litteratur.

3. TVANGSMIDDELFORSKNING

Norsk og internasjonal forskning har, spesielt de seneste årene belyst flere sider ved bruken av mekanisk tvangsmidler. (For eksempel s 12 og 13 i oppgaven). I dette kapitlet beskrives deler av forskningen som har direkte relevans for denne undersøkelsens forskningsspørsmål.

3.1 Mekaniske tvangsmidler forekomst og omfang

Jeg finner det relevant og interessant å trekke linjene tilbake i tid. Tvangsmiddelbruk er en praksis som har vært benyttet og diskutert i flere hundre år (Pedersen et al, 2007). De historiske statistikkene viser blant annet at det også fra tidligere tider var fokus på kjønnsforskjeller. Ved å starte denne delen med et historisk tilbakeblikk, belyses utviklingen av tvangsmiddelbruk fra den første statistikken frem til i moderne tid. Et historisk tilbakeblikk, vil også være relevant i forhold til oppgavens teoretiske del. Rasjonale for historisk fokus utdypes mer i teorikapitlet.

Den første statistikken av tvangsmiddelbruk i Norge er fra 1872 (Blumberg, 2000). Denne statistikken beskriver tvangsmiddelbruk ved 10 psykiatriske institusjoner i Norge. Opplysninger som fremkommer fra denne statistikken er: Type tvangsmiddel (singel brukt og i kombinasjon med andre typer tvangsmidler), begrunnelse for hvorfor tvangsmiddelet ble brukt, forekomst av tvangsmiddelbruk, antall pasienter som ble utsatt for tvangsmidler og tvangsmiddelbruk sett i forhold til pasientens kjønn,

De ulike tvangsmiddeltypene som ble benyttet i Norge på den tiden var (beskrevet med datidens språk): Indespærring, tvangstrøie, tvangsstol, spændeseng, haandstropper og kold styrt. I 1872 var det 10 asylter som var registrert i denne oversikten og den viser at det var flest kvinner registrert i denne statistikken for mekaniske tvangsmidler. 30 kvinner stod for 99 episoder, og 15 mannlige pasienter stod for 47 episoder (Departementet for det Indre, 1873). Nå viser denne statistikken ikke hvor mange pasienter som var innlagt, og det er derfor vanskelig å si noe om forholdstall mellom kjønnene.

Offentlig statistikk for før – mellom og etter krigstidens Norge viser at isolasjon var det tvangsmiddelet som ble i særdeleshet mest benyttet. Mekaniske tvangsmidler ble bare unntaksvis benyttet. Statistikken viser en jevn fordeling mellom kvinner og menn. Kvinner viser i større grad enn menn selvskadende atferd, og viser samme tendens til vold mot andre som mannlige pasienter (Det Statistiske Sentralbyrå, 1937 og 1949).

Ved Dikemark sykehus ble det i 1923 brukt ulike former for tvangsmidler på 90 pasienter. Det ble brukt mekaniske tvangsmidler på 13 av disse pasientene (9 kvinner og 4 menn) i 898 dager. Begrunnelsen for bruken var uro. Nedgangen av mekanisk tvangsmiddelbruk, i mellom – og etterkrigstiden ble forklart med noen helt sentrale poenger: Bruk av isolasjon, lobotomi og farmakologisk utvikling (Knutzen, 2001).

Utover 50, 60 og 70 tallet ble bruken av mekaniske tvangsmidler økende på bekostning av isolasjon. Isolasjon ble ansett som mindre human fordi pasienten ble helt isolert fra omverdenen. Ved å benytte mekaniske tvangsmidler, kunne man samtidig være sammen med pasienten og eksempelvis føre en dialog (Høyser & Drange, 1991).

”I de senere år har mønsteret i tvangsmiddelbruken endret seg på ny, og i dag har vi en klar dominans av de mekaniske tvangsmidlene, men isolering blir brukt i mer beskjeden grad” (Høyser & Drange, 1991 s. 1710).

Tabell 1: Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatriske sykehus 1980–1994

Årstall	Personer	Timer	Timer pr person
1980	374	51 417	137
1981	317	48 341	152
1982	272	25 833	95
1983	350	35 261	101
1984	256	19 249	75
1985	-	15 603	
1986	281	19 396	69
1988	367	20 226	55
1989	351	17 206	49
1990	492	18 804	38
1994	630	11 400	18

”Tabellen viser at det skjedde en betydelig reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler i løpet av 1980-tallet, målt i timer” (Hatling, 2002 s.251).

Tabellen viser at pasientantallet er relativt stabilt. Hatling sammenligner blant annet med bruken av mekaniske tvangsmidler på Reitgjerdet sykehus, som alene brukte denne form

for tvangsmidler i 185 000 timer i 1977 (Hatling, 2002). (Reitgjerde var et spesialsykehus for psykiatriske pasienter, som ble ansett å være særlig voldelige og spesielt krevende å ha i et ordinært psykiatrisk behandlingsmiljø).

Bruken av mekaniske tvangsmidler har økt i omfang innen norsk psykiatri. I Norge er det samlet sett mest bruk av mekaniske tvangsmidler ved psykiatriske akuttavdelinger. Både når det gjelder antall pasienter, timer og ganger. Målt i antall ganger pasienter er utsatt for mekaniske tvangsmidler og antall timer iført belter, er det en øking på ca. 50 % fra 2001 til 2005 (Pedersen, et al, 2007).

En stor andel av den mekaniske tvangsbruken er konsentrert om et fåtall pasienter; de syv prosent av pasientene som hyppigst eller over lengst tid blir utsatt for mekaniske tvangsmidler sto for 55 prosent av bruken, både målt ved antall ganger og ved antall timer (Pedersen et al, 2007 s. 29).

Rolf Wynn (2002) fant i en studie fra Åsgård /Tromsø, at 235 pasienter ble utsatt for 797 episoder med mekaniske tvangsmidler over en periode på 4,5 år. 8 pasienter hadde 10 episoder eller mer.

Knutzen finner i en studie, hvor hun kartlegger tvangsmiddelbruk på en akuttpsykiatrisk avdeling over 5 år, at mekaniske tvangsmidler ble benyttet nesten dobbelt så hyppig som farmakologiske tvangsmidler (Knutzen, 2001).

Tall fra internasjonale studier viser at bruk av tvangsmidler varierer mellom land og mellom institusjoner i samme land. Det handler for eksempel om ulike behandlingskulturer, ressurstilgang, ulike terskel på å benytte tvangsmidler og ulike definisjoner på tvangsmiddelbruk. Studiene viser variasjon mellom 1 % til 30 % på bruk av tvangsmidler (Fisher, 1994; Swett, 1994; Currier & Allen, 2000).

En studie fra Tyskland og Sveits så på forskjeller mellom disse landenes tvangsmiddelbruk. Praksis ved bruk av mekaniske tvangsmidler var ulik i de to studiene. Ved undersøkelsesstedet i Tyskland brukte man mekaniske tvangsmidler betydelig oftere enn i Sveits, mens det sveitsiske datamaterialet viste at pasienter som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler lå lenger i belteseng pr. episode. Forfatterne konkluderte blant annet med at ulike syn på behandling /tvang og hva som er den mest hensiktsmessige måten å møte voldelige pasienter på i de to landene, var noe av forklaringene (Martin, Bernhardsgrutter, Goebel & Steinert, 2007).

Flere forfattere beskriver samtidig vanskeligheten med å sammenligne bruk av mekaniske tvangsmidler på tvers av landegrensler. Spesielt grunnet ulik lovgivning, ulike definisjoner og begrepsavklaring knyttet til mekaniske tvangsmidler. I enkelte norske og internasjonale studier påpekes viktigheten av at bruk av mekaniske tvangsmidler er siste utvei, når alt annet er forsøkt for å roe ned og trygge en pasient uten bruk av tvangsmidler. Samtidig er det et behov for å belyse denne praksisen innenfor og på tvers av landegrensler (Fisher, 1994; Pedersen et al, 2007; Sailas & Fenton 2001).

Min erfaring med bruk av mekaniske tvangsmidler er at omfang og hyppighet har vel så mye å si på personalets erfaringer og kompetanse, som pasientrelaterte forhold. Jeg har opplevd at en potensielt truende pasient eller situasjon kan bli forstått og møtt svært ulikt. For eksempel kan en erfaren og trygg sykepleier møte pasienten med et arsenal av tilnæringsmåter, mens en uerfaren kan opptre mer usikker. Ved selv å ha jobbet nær 20 år med denne type utfordringer, har jeg erfart det å være usikker, med lite handlingsrepertoar. Av den grunn fokuserte jeg nok da mer på kontrollaspektet, som førte til lavere terskel på å bruke mekaniske tvangsmidler. Jeg mener at erfaring og faglige utvikling, sammen med gode kollegaer, har bidratt til at jeg har gradvis utviklet et mer nyansert og reflektert forhold til voldstruende/aggressive hendelser. Det mener jeg har gjort meg i stand til å analysere, og på bedre måte forstå hva som skjer. Jeg velger å si at jeg har utviklet meg fra å inneha en tydelig vokterrolle, som skulle ivareta sikkerhet og kontroll, til en psykiatrisk sykepleier som bidrar til å hjelpe pasienter å få et forhold til egen aggresjon og finne alternative handlingsmønstre. Det er også min opplevelse med erfarne kollegaer.

Oppsummering: Når det gjelder omfang i norsk sammenheng viser studier at det er en generell økning i bruk av mekaniske tvangsmidler de senere årene, særlig innen akuttpsykiatri. Det viser seg å være problematisk å gjennomføre studier på tvers av land, på grunn av ulike definisjoner på hva tvangsmidler er og ulikt lovverk. Land som har sammenlignet bruk av mekaniske tvangsmidler, viser ulik praksis på feltet. Flere forfattere skriver for øvrig at det er et behov for internasjonalt samarbeid i forhold til tvangsmiddelforskning, for å få mer kunnskap på tvers av landegrensler (Bowers, 2007; Martin et al, 2007).

3.2 *Kjønn og mekaniske tvangsmidler*

Det er gjennomført Norske studier som kartlegger tvangsmiddelbruk i forhold til pasientens kjønn (Hatling et al, 2003; Knutzen, 2001; Pedersen et al, 2007; Wynn, 2002). Pedersen og medarbeidere fant i sin Sintef rapport, at det var flere menn enn kvinner som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler og over lengre tid, men at mekaniske tvangsmidler benyttes flere ganger ovenfor kvinner (Pedersen et al, 2007).

Pedersen og medarbeideres funn støttes i stor grad av Knutzen (2001). Hun gjennomførte en retrospektiv kvantitativ studie om tvangsmiddelbruk ved akuttavdelingene på Ullevål Universitetssykehus årene 1994 - 1999. Hun fant blant annet en forholdsvis liten gruppe kvinner som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler repeterende ganger. Dette er en gruppe som hun valgte å kalle gjengangere. Kvinner og menn hadde relativ lik forekomst av tvangsmiddelepisoder, når hun så på 1 og 2 episoder. Når tallet steg over 3 episoder pr pasient, ble det en økning blant kvinnene "Overhyppigheten blant norske kvinner i "gjengangergruppa" skyldes ikke tilfeldigheter, ettersom forskjellen var statistisk signifikant" (Knutzen, 2001 s.37).

Rolf Wynn (2002) gjennomførte en kvantitativ undersøkelse om tvangsmiddelbruk ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø, basert på retrospektive data. Han studerte antall pasienter utsatt for tvangsmidler og fant at menn i større grad enn kvinner ble utsatt for mekaniske tvangsmidler.

Oppsummering: Den forskningen som det her er referert til, viser at menn utsettes oftere for mekaniske tvangsmidler enn kvinner, og studier finner at et fåtall kvinner utsettes for mekaniske tvangsmidler flere repeterende ganger enn menn.

3.3 *Begrunnelse for å bruke mekaniske tvangsmidler*

Den enkeltes selvbestemmelsesrett og frihet er helt sentrale verdier i vårt samfunn. Lovfestet adgang, eventuelt plikt, til tvangsbruk må derfor kunne begrunnes og rettfærdiggjøres, både gjennom den lovgivningsprosessen som åpner for tvang, og i det enkelte tilfellet der tvang tas i bruk. Jo mer inngripende tiltak av tvangsmessig karakter som settes inn overfor en person, jo klarere må hjemmelen foret inngrep være, og jo sterkere må både den allmenne og konkrete begrunnelsen være (proporsjonalitetsprinsippet) (Syse, 2006 s. 318 – 319).

Fra den første statistikken i Norge ble begrunnelsene for å benytte tvangsmidler var forhåndsdefinert: Selvbeskadigelser og selvmordstrang. Uro og voldsomhed, slet og

usømmelig opførsel, undvigelseslyst og epileptiske anfald (Departementet for det Indre, 1873).

Dagens lov om psykisk helsevern sier at fare for andre, pasienten selv og fare for betydelig skade på inventar er gyldige årsaker (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern Rundskriv I – 10/2001 Sosial og Helsedepartementet).

Pedersen et. al skriver, at det er omfattende litteratur når det gjelder begrunnelser for hvorfor tvangsmidler benyttes. Særlig beskrivelser av volds situasjoner er gjennomgående. Denne, ofte engelskspråklige litteraturen definerer i stor grad ikke tvangsmidler (restraint på engelsk). Det vil derfor si at både bruk av mekaniske tvangsmidler (mechanical restraint) og fysisk holding (physical restraint) inngår i studiene, hvor vold og voldstruende situasjoner fremgår som hyppigst begrunnelse for å bruke tvangsmidler (Pedersen et al, 2007).

Chester Swett har gjennom en studie sett på ulike sider av tvangsmiddelbruk ved en akuttpsykiatrisk avdeling i USA løpet av 1 år. Han fant blant annet at trussel om og faktiske angrep mot andre var hyppigst brukt som begrunnelse for å bruke mekaniske tvangsmidler (Swett, 1994).

Kaltiala-Heino et al (2003) gjennomførte en litteraturstudie for å kartlegge prosjekter som har undersøkt begrunnelser for å bruke tvangsmidler. I denne gjennomgangen ble begrunnelsene kartlagt i forhold til begrepene "seclusion and restraint". De fant at vold og trusler om vold mot andre mennesker var den hyppigst brukte begrunnelsen for tvangsmiddelbruk. Det er derfor i denne sammenheng naturlig å vise til senere kapittel, som omtaler aggresjon og vold ved psykiatriske institusjoner.

Min erfaring med begrunnelser for å benytte mekaniske tvangsmidler er at det stort sett forekommer i henhold til det mandatet loven gir. På den annen side har jeg opplevd at etiske dilemmaer som at pasienter har ligget i belteseng i mange timer/ flere døgn, fordi pasienten etter en voldshendelse oppleves og betegnes som farlig. Det kan være en pasient som ikke vil trekke tilbake trusler eller som oppleves å være ustabil. Andre forhold kan være at det ikke er nok personer eller kompetanse, til å ivareta sikkerheten.

Et annet dilemma er når pasienter stadig gjentar selvskadende handlinger. Enkelte ganger har da siste utvei vært å benytte mekaniske tvangsmidler. En utfordring i slik sammenheng, kan være når pasienten sier at han eller hun ikke skal skade seg og ønsker å bli låst ut av

tvangsmidlene. Umiddelbart etterpå starter pasienten med å skade seg selv igjen. Skal vi bruke tvangsmidlene forebyggende, basert på kunnskap om pasientens handlingsmønster og nærliggende historie? Eller skal vi gi pasienten mulighet til for eksempel å fortsette med behandlingen som fokuserer på alternative handlingsmønster, selv om pasienten ikke er motivert?

I utgangspunktet vet vi at mekaniske tvangsmidler ikke skal benyttes som straff, forebyggende eller i oppdragende hensikt. Det er etter min mening viktig å reflektere over dette på en rasjonell og klok måte. På den ene siden er målet å få ned bruk av tvangsmidler samt bidra til å hjelpe pasienten å finne andre handlings måter og på den andre må pasienters og ansattes trygghet og sikkerhet ivaretas.

Oppsummering: I følge studier kan det se ut som skade på andre mennesker eller det å hindre pasienter å skade andre mennesker, er den begrunnelsen som fremkommer hyppigst for å benytte mekaniske tvangsmidler.

4. TEORI

I den teoretiske tilnærmingen har jeg valgt to hovedperspektiv. Den første delen omhandler begrepet sosial kontroll og i den andre redegjør jeg for aggresjonsteori, aggressiv atferd og tilnærminger.

Aggresjonskapitelet er særlig relevant i lys av delen av undersøkelsen som kartlegger begrunnelser for å bruke mekaniske tvangsmidler. Forholdene mellom pasientens kjønn og bruk av mekaniske tvangsmidler er sentralt i problemstillingen. Kjønnaspektet diskuteres implisitt i disse hovedperspektivene. Tilnærminger til aggresjon er belyst særlig med henblikk på behovet for å redusere bruk av tvangsmidler.

Bruk av mekaniske tvangsmidler innen det psykiske helsevern har vært et kontrolltiltak i flere hundre år, og jeg mener denne bruken symboliserer en av de mest synlige delene av samfunnets sosiale kontroll av mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil understreke det faktum at tvangsmiddelbruk ikke har noe med psykiatrisk behandling å gjøre, men er kun legitimt som nødrett (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern Rundskriv I – 10/2001 Sosial og Helsedepartementet).

4.1 Hva er sosial kontroll?

Ved å stille meg spørsmålet om hva sosial kontroll er, ønsker jeg å reflektere over ulike sider ved dette tema. Jeg vil i dette kapitelet vise at begrepene sosial kontroll, makt og stigma er sammenhengende med studiens empiriske fokus. Begrepene har sitt utspring fra sosiologien. Sosial kontroll kan forstås på mange måter og utøves på flere nivåer.

Samfunnsvitenskapen vil forklare atferd ut fra den gjensidige påvirkningen som oppstår når mennesker handler i respons til, og med hensyn til hverandre. Menneskers atferd må derfor forstås ut fra den samhandlingssituasjonen vedkommende inngår i, og de underliggende spillereglene eller mønstrene som særpreger den sosiale situasjonen (Norvoll, 2002 s.25).

Jeg forstår Norvoll her, at mennesket som et individuelt, sosial og kulturelt vesen, knytter sin væren og eksistens til forholdet til seg selv og i relasjon til andre. Atferd og tenkemønstre, må ses i sammenheng med den sosiale kontekst, kulturhistoriske og samfunnsmessige forhold det lever i. Jeg finner Norvolls beskrivelse av mennesket som en del av en større kontekst, sammenfallende med eget utgangspunkt for denne oppgavens teoretiske del. I enkelte sammenhenger fra psykiatrisk praksis har jeg selv

reflektert over om jeg bidrar til behandling og vekst eller kontroll og stigma. For eksempel pasienter som er for psykisk syke til å sone alvorlige volds dommer og drap og trenger behandling og omsorg, kan enkelte ganger være en slik utfordring. Da skal vi, som helsearbeidere, først og fremst ta hensyn til respekten for menneskets egenverd og behov for autonomi. Samtidig har vi et samfunnsansvar i det å beskytte andre mot potensielt farlige personer og vi har et ansvar for medpasienter, kollegaer og oss selv. Her vil vi kunne komme i konflikt mellom pasientens behov for behandling, vekst og mestring og behovet for kontroll og beskyttelse. Dette er en dilemma jeg ofte opplever i en klinisk hverdag.

4.2 Sosial kontroll og makt.

Et viktig kjennetegn ved det psykiske helsevernet er at det har en særlig mulighet til å utøve makt og sosial kontroll, herunder tvang overfor pasientene. Det psykiske helsevernets mulighet for å utøve makt og tvang kan knyttes til flere forhold, både i storsamfunnet, organisering av psykisk helsevern og i relasjonene mellom pasienten og personalet (Norvoll, 2002 s.121).

Makt og avmakt mener jeg er to begreper som står i forhold til hverandre i denne sammenheng. Min erfaring er at vi som ansatte i det psykiske helsevern, i utgangspunktet besitter makt ovenfor pasientene. Vi har ofte symbolske tegn på makt som nøkler, tilgang på ulike rom som pasienten ikke kan gå, husordensregler etc. På den annen side tror jeg pasienter kan oppleve avmakt i form av å bli fratatt frihet og selvbestemmelse. Jeg har også mange erfaringer hvor vi som ansatte har opplevd avmakt og mangel på kontroll. Særlig voldelige og skremmende pasienter kan bidra til at ansatte, som skal hjelpe vedkommende, opplever redsel og avmakt i relasjon med pasienten.

Krogstad (2001), har forfattet et kapittel i boka til Andresen & Karlsson, (red). (2001). Han skriver her at makta ligger i relasjonen mellom hjelperen og den psykiatriske pasienten. Han skriver at hjelperen har et særlig ansvar i å forvalte denne makten til gode og nytte for pasienten. Han skriver at makt kan være både positiv og negativ. (Krogstad, 2001). Makt og sosial kontroll kan utøves i ulike måter og sammenhenger. Norvoll skiller mellom uformel og formell utøvelse. Den formelle er den nedskrevne, for eksempel lovtekst. Den uformelle er eksempelvis personalet på en psykiatrisk avdelings utøvelse av kontrolltiltak i daglig drift eller den kulturen som er etablert ved avdelingen (Norvoll, 2002). Norvoll (2002) skriver at sosial kontroll kan ses i sammenheng med samfunnets behov for å kontrollere avvikere, for eksempel de som oppleves å være farlige. Den sosiale kontrollen samfunnet benytter seg av, er ofte knyttet til

oppretholdelse av ro og orden i forhold til gjeldende normer og regler. Hun skriver at maktbegrepet henger nøye sammen med sosial kontroll. Særlig i forhold til psykisk helsevern. Hun eksemplifiserer det med at makt ikke må nødvendigvis utøves for å være til stede, men gjenfinnes i selve muligheten for å få gjennomført viljen sin. For eksempel skriver hun at synet av belteseng kan være like effektivt for å befeste maktforholdet som at man faktisk benytter denne makten (Norvoll, 2002).

Norvoll (2002) skriver også at fysisk makt eller tvang, er et av de sterkeste symboler og virkemidler for sosial kontroll i samfunnet. Hun synliggjør også her hva hun mener, ved å henvise til beltesengen ved psykiatriske avdelinger:

Fysisk tvang er et meget virkningsfullt middel for å få en person til å følge en annens ønsker. Muligheten til å bruke fysisk tvang er derfor et viktig symbol overfor den andre, for eksempel når isolatet er synlig eller beltesengen står fremme på et rom. Beltesengen utgjør en viktig symbolsk påminnelse til pasientene om hvordan det kan gå om de ikke "oppfører seg", og påvirker deres atferd selv om sengen ikke benyttes" (Norvoll, 2002 s.127-128).

4.3 Sosial kontroll og stigma

Erving Goffman begrepsfester stigma til fire hovedkomponenter:

1. Vi mennesker har tendens til å sette "merkelapper" (labels), på de som er ulike/annerledes.
2. Det blir en definert avstand mellom "oss" og "dem"
3. "De andre" blir karakterisert og gitt egenskaper i kraft av "merkelappene"
4. De stigmatiserte menneskene eller gruppene erfarer konsekvensene av stigmatiseringen.

Goffman sier at stigma handler både om forståelsen av avvik (eller mangel på forståelse) og hvordan interaksjonen mellom den syke/avvikende og "de andre" er. Han sier at typisk for stigmatiserte mennesker at de utelukkes fra det sosiale fellesskapet (Goffman, 1963). Den avvikende ble sett på om annerledes, uønsket og ofte farlig. Pasienter som utsettes for mekaniske tvangsmidler innen psykisk helsevern er ofte ikke bare sinnslidende, men kan også utgjøre en fare for seg selv eller andre. Goffman mente at personer med særlig stort avvik hadde stor risiko for å bli avpersonalisert. Med

det mente han at avviket/atferden ble altoppslukende (Goffman, 1963). Jeg forstår Goffman i denne sammenheng at en person kunne få merkelapper eller stempel på seg i form av at "han er farlig" eller "hun er schizofren." I forhold til overnevnte mener jeg det er relevant å se på hvordan psykiatriske pasienter som utøver vold, blir møtt og forstått.

Pasientene i foreliggende undersøkelse er kvinner og menn som har vært utsatt for mekaniske tvangsmidler. Rør skriver: "Det å snakke om at noen mennesker med psykiske lidelser er aggressive og voldelige, kan lett bli å dele ut merkelapper: Han er farlig, hun er aggressiv. Det er riktiger å si at; denne personen kan, fordi han lett føler sterk angst, og fordi han er svært sårbar for en følelse av mindreverd, i gitte situasjoner opptre på en aggressiv og farlig måte (Rør, 1997).

En gjennomgang Blumenthal og Lavender gjorde av tidligere engelsk og amerikansk forskning, viste at det er betydelig frykt i befolkningen, om at psykisk syke mennesker kan komme til å begå voldelige handlinger (Blumenthal & Lavender, 2001).

Pescosolido et. al skriver at konsekvensene for pasienten blir at terskelen for å bruke tvangsmidler blir lavere, når samfunnet (og psykiatrien) ofte ser sammenheng mellom psykisk lidelse og vold (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999).

4.4 Sosial kontroll i et historisk lys

I dette kapitlet settes sosial kontroll inn i et historisk perspektiv. Det historiske perspektivet finner jeg viktig og relevant, da historisk kunnskap i seg selv har en verdi. Jeg mener også at historisk kunnskap gir bedre forutsetning for å forstå utviklingen mot dagens praksis og dermed større mulighet for å møte kravene om redusering og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk. Bruk av mekaniske tvangsmidler som kontrollmiddel av uønsket atferd, har vært omdiskutert i århundrer og er det fortsatt (Bowers, 2007; Fisher, 1994; Sailas & Fenton 2001).

"Historisk kunnskap er en nødvendig forutsetning for en dypere forståelse av dagens situasjon" (Høyer & Drange, 2002 s. 77). Jeg mener på generelt grunnlag at det ofte er viktig å se til historien for å forstå nåtiden. Jeg vil derfor kontekstualisere sosial kontroll/tvangsmiddelbruk i en historisk sammenheng. Jeg finner det interessant å belyse en praksis som, på den ene siden "alle" vil til livs og samtidig har vært benyttet i 350 år. Jeg har valgt og ikke beskrive kjønnsforholdene i definerte underkapitel.

Beskrivelsene av forholdene til kvinner og menn er integrert i teksten og følger den historiske kronologien.

Blomberg skriver at, kontroll av den andre, den avvikende, den skremmende, er noe som går igjen i den psykiatriske historie. Blomberg sier at uskadeliggjøring av avvikerne var måter myndighetene kunne utøve sosial kontroll på i de tidligste "før - psykiatriske" tider (Blomberg, 2002). Ulike typer av mekaniske tvangsmidler har vært brukt for å kontrollere psykiatriske pasienters atferd i årtusener. Bøe skriver at sosial kontroll og mekanisk tvang har, så langt man har kunnskap om, vært et av samfunnets måter å forholde seg til de sinnslidende på. Han beskriver blant annet binding og reiming, som eksempel på denne form for kontroll (Bøe, 1994).

Jan Bjarne Bøe skriver i boka si "Synd, sykdom og samfunn – linjer i sinnssykepleiens historie", at bruk av mekaniske tvangsmidler som lenker, er beskrevet så tidlig som i Det nye testamentet. På den tiden ble psykisk sykdom betegnet for å være en åndelig besettelse – det være seg gode eller onde ånder. Bøe skriver at det var, fra tidlige tider skikk og bruk å binde og lenke den gale om denne var voldsom. Bøes beskrivelser av "behandling" av sinnssyke fra antikken, Romerrike og middelalderens Europa har flere fellesnevner, spesielt knyttet opp til bruk av mekaniske tvangsmidler. De sinnssyke som antoks å være farlige/aggressive ble sperret inne og/eller lenket og bundet fast. Fra antikken beskrives det at man bandt fast, sultet, pisket og slo den sinnssyke og låste dem inne i mørke rom. Fra Romerrike beskriver Bøe en praksis hvor bare mennesker som hadde råd, kunne få legebehandling og at sinnssyke som regel ikke hadde råd til dette. De farlige sinnssyke ble også her låst inne eller bundet fast (Bøe, 1994).

Fra Europeisk middelaldertid ble forvaring av de alvorlig sinnslidende differensiert i forhold til tilstanden pasienten var i og pasientens kjønn. Det var rom for sinnssyke i Bastillen i Frankrike. Som regel var dette de dårligste, mørkeste og fuktigste rommene i kjelleretasjen. De urolige var så og si overalt lagt i lenker. I disse rommene var det stadig uro med skrik og rop. Fordi pasientene jobbet med å komme seg løs, gnagde lenkene seg inn i kjøttet og etterlot dype sår med materie, svære sår som gikk helt inn i beinet (Bøe, 1994 s. 49).

Foucault har i sitt verk "Galskapens historie", beskrevet og kritisert forholdene til de sinnssyke i Europa fra midten av 1600 tallet til midten av 1800 tallet. Han har særlig fokusert på forholdene i Frankrike og Storbritannia, men skriver også om andre europeiske lands behandling og forståelse av sinnssyke. Han redegjør for forhold hvor bruk av

mekaniske tvangsmidler, lenker, jern og lignende var relativt vanlig å utsette urolige sinnslidende mennesker for og skriver at Renessansen hadde frigitt galskapens stemmer og temmet dens voldsomhet, men klassisismen skulle bringe den til taushet igjen gjennom en merkelig maktutøvelse (Foucault, 2001).

Ved Bethlem ble voldsomme kvinner lenket ved anklene til veggen i et langt galleri. Det eneste de hadde på seg var en vadmelskjole. I et annet hospital, ved Bethnal Green, ble en kvinne med voldsomme anfall bundet på hender og føtter og plassert i et grisehus. Da krisen var over, ble hun surret fast til sengen sin med bare et teppe over seg. Da hun fikk tillatelse til å gå noen skritt, fikk hun en jernstang mellom bena. Den var festet til anklene med ringer, og til håndjernene med en kort lenke (Foucault, 2001 s.81-82).

I 1793 ble Philippe Pinel (1755-1826) ansatt som lege ved "La Bicetre", et tidligere fengsel som var omgjort til dollhus/asyl for menn. Han blir ofte beskrevet som: "Mannen som fjernet lenkene fra pasientene ved Bicetre". 2 år senere ble han sjefslege for kvineanstalten "La Salpetriere". Pinel anses også å være en av de viktige aktørene i forhold til å behandle kvinner og menn ved separate avdelinger. I stede for tvang, straff og undertrykkelse skulle pasientene møtes med respekt, åpenhet, forventninger og krav. Pinel var overbevist om at mange de som var utsatt for tvangstiltak, som mekaniske tvangsmidler var blitt syke/sykere på grunn av dette.

Det ble regnet på den tiden at Pinel og hans kollega Esquirol, med stort hell gjennomførte behandling av kvinner (La Salpetriere) og menn (La Bicetre). Dette ble til inspirasjon for andre, også i Norge (Blomberg, 2002). Han var opprørt over den behandlingen som var gitt og sammenlignet det med behandling av dyr. I 1789 sørget han for at både gitrene foran vinduene og lenkene, som var et konvensjonelt tiltak mot pasientene, ble fjernet. På den måten fikk de innsatte/pasientene bevege seg fritt innenfor avdelingens vegger.

I England utviklet det seg en behandlingsfilosofi kalt The moral treatment. Colaizzi (2005) skriver at Wiliam Tuke (1732-1822) hadde som ambisjon å revolusjonere behandlingen av sinnslidende. Han samlet inn nok penger til å åpne "The York Retreat for the care of the insane" i 1799. Dette ble det første i sitt slag i England og la grunnlaget for "The moral treatment". Blant annet ble bruk av lenker fjernet fra behandlingen. Ærefrykt og hardt arbeid skulle avløse passivitet og lenker. Tuke hadde som filosofi at pasienten skulle møtes med pene omgivelser, god mat og arbeidsterapi. Han mente at det å jobbe var et viktig tiltak for å behandle sinnslidelser. Et ordtak som

ble bruket om denne behandlingsformen var "To guide with an unseen hand" (Colaizzi, 2005 s.3).

En annen behandlingsfilosofi som utviklet seg i England var The non restraint movement som hadde som formål å fjerne all bruk av mekaniske tvangsmidler. "Non restraint movement" var tuftet på verdiene som var basis ved "The moral treatment". Det vil si at alle sinnslidelser ble ansett å være psykologiske lidelser og behandlingsstrategiene måtte bære preg av det. John Connolly (1794-1866) er av mange ansett som grunneleggeren av the non restraint movement. Han har beskrevet i boka si "Dr Connolly on the Construction and Government of Lunatic Asylums", hvordan han avskaffet bruk av mekaniske tvangsmidler, mellom 1829 og 1837. Fra 1829 hvor 39 av 72 innlagte pasienter ble utsatt for mekaniske tvangsmidler 1727 ganger, til 1837 hvor 2 av 130 innlagte pasienter ble utsatt for mekaniske tvangsmidler 2 ganger (Connolly, 1847). I 1839 ble han direktør ved største offentlige asylet i Storbritannia på den tiden, Hanwell, som huset 800 pasienter. Han avskaffet bruk av mekaniske tvangsmidler i løpet av 4 måneder (Høyer & Drange, 1991).

4.4.1 Forholdene i Norge

Forestillingene om anstendig og hensiktsmessig atferd er ikke konstante. 1500 – tallets normer var videre eller i alle fall annerledes, enn viktorianismens. – Den som oppførte seg annerledes enn flertallet i et daglige 1500 – talls liv, kunne kanskje bli med et skuldertrekk eller et spark bak, og satt til å spikke rivetenner eller liknende, eventuelt tjoret til nærmeste grindestolpe, alt etter omstendigheter, stilling og stand. 300 år senere kunne vedkommende bli internert på galehus" (Blomberg, 2002. s 21). Hun skriver at utvikling av galehus var i samsvar med samfunnets behov for kontroll, internering, temming og disiplinering av avvikere.

Dårekistebegrepet er kjent i Norge allerede fra 1500 tallet, men ble først "stuerent" utover 1600 tallet. Uregjerlige psykisk syke enkeltindivider innelåst, kvinner og menn i forskjellige celler. Siste del av 1700 – tallet får vi nyvinningen Dollhusene. Det er egne avdelinger eller separate bygg for flere psykisk syke mennesker. Det første var Oslo Dollhus som stod ferdig i 1778 og hadde plass til 16 "afsindige" (Blomberg, 2002).

På mange måter kan vi si at etableringen av Dollhusene kom som følge av at styresmaktene og eliten hadde behov for å utskille og kontrollere de gale og avsindige til egne steder. Behovet for sosial kontroll var vel så viktig som behandlingsprinsipper.

"Behandlingen" var i stor grad preget av tvangsmiddelbruk, (belter/isolasjon) korporal straff og ofte neglisjering av den sykes behov (Hermundstad, 1999).

I 1825 utnevnte Stortinget en kommisjon som skulle se på forholdene de gale levde under i Norge og eventuelt komme med forslag til forbedringer. Fredrik Holst (1791-1871), medisinprofessor og stadsfysikus i Christiania, ble sentral i dette arbeidet, som den såkalte "Dollhuskommisjonen" skulle gjennomføre. Holst hadde gjennom omfattende reisevirksomhet sett fengsler og anstalter i flere Europeiske land, og dermed fått innblikk i forholdene i blant annet Frankrike, Tyskland og De britiske øyer.

I 1828 ble kommisjonens innstilling trykt under tittelen: Beretning, Betænking og Indstilling fra en til at undersøke de Sindsvakes Kaar i Norge og gjøre forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commision". Rapporten fra kommisjonen er også nådeløst kritisk til hvordan pasientene ble "behandlet", eller snarere oppbevart ved dollhusene. Kommisjonen skriver: "Tvangstrøyer må også finnes. Hvis de er riktig konstruert og påsatt, og benyttet med skjønnsomhet, er de alminnelig erkjent som fortrinnlige midler til å bringe gale til lydighet og ro" (Blomberg, 2002 s. 105). Det ble i denne rapporten klart uttrykt at de gale var syke og dermed måtte få adekvat behandling og ikke som status var nå, hvor fokus var oppbevaring, forvaring, tvangsmiddelbruk og straff (Blomberg, 2002).

Forandringene som dollhuskommisjonen anbefalte, ble ikke gjennomført før doktor Herman Wedel Major (1814-1854) fikk i oppdrag av Innenriksdepartementet å utrede forholdene til de sinnssyke og komme med forslag til reformer (Hermundstad, 1999). Major regnes av mange som grunnlegger av (moderne) norsk psykiatri (Retterstøl, 2000). Major gjennomførte studier i Tyskland og Frankrike, for å kartlegge de sinnssykes kår. Han fikk her kunnskap om hvordan Pinel hadde reformert og reetablert behandlingen ved La Bicetre og ved La Salpetriere. Han fikk også beskrevet hvordan Tuke og Connolly med sitt "Moral Treatment", hadde et fokus på oppdragelse av pasienten og hvordan de hadde redusert bruken av tvangsmidler. Han ble inspirert av det han så og fremla en rapport om forslag til å bygge sinnssyke asyl i Norge, til Innenriksdepartementet.

Major fikk i oppdrag å gjennomføre en studietur rundt det ganske land for å utrede forholdene til sinnssyke i Norge. Her ble han i 1846 kjent med "Mentalen", eller Dollhuset i Bergen. Dette var et 2 etasjers bygg, hvor menn og kvinner ble behandlet/oppbevart atskilt. Han fikk her se ulike tvangsmiddelremedier som tredehjul,

svingmaskin og korsfest apparat. Dette siste var et apparat som hadde som formål å "fryse" den urolige gale fast i korspositur ved hjelp av tvangstrøye, reimer, tau og bolter (Tilsvarende vises i filmen Gjøkeredet). Et annet aspekt ved Majors rapport fra Bergen er antall pasienter som legges inn. Gjennomsnittinntaket for 1843 – 1845 var 18 menn og 7 kvinner. Major mente grunnen til et var at menn var voldsommere og vanskeligere å ta vare på hjemme, mens kvinnene ikke fikk hjelp før de hadde vært dårlige over lengre tid.

Ludvig Dahl reiste i 1856 til England på studietur. Han ble i den sammenheng kjent med Connollys "non restraint movement". Dette gjorde sterkt inntrykk på Dahl, som ble en overbevist tilhenger av Connollys prinsipper. I 1872 ble Ludvig Dahl direktør for Norges andre statsasyl, Rotvoll. Bruk av mekaniske tvangsmidler/tvangstrøyer ble etter hvert ikke ansett som noe alternativ eller et tema, da man som Connolly mente at tvangsmidlene triggert og utløste vold og aggresjon. Altså at voldelige/destruktive pasienter var et produkt av mekaniske tvangsmidler. Isolasjon ble den tidens alternativ til mekaniske tvangsmidler. I tiden rundt århundreskiftet var isolasjon det desidert mest brukte tvangsmiddelet i psykiatrien her til lands (Skålevåg, 2000).

Det humanistiske utgangspunktet hindret ikke de første psykiaterne i å utvikle alternative kontroll og disiplineringstiltak. Den – åpne – dør – prinsippet ble gjennomført i mye mindre omfang enn planlagt. I stede for dollhusene kom asylenes celleavdelinger med kontinuerlig overvåkning, og lenkene ble erstattet med andre mekaniske tvangsmidler, som tvangstrøye (the strait jacket) og sengeleie med polstret belte (Hermundstad, 1999 s. 35).

Den psykiatriske utvikling fikk også konsekvenser for tvangsmiddelbruken utover mot moderne tid. Kelstrup diskuterer sosial kontroll av sinnssyke i Kringlens bok "Psykiatri og historie". Han beskriver forhold i Danmark på slutten av forrige århundre. Anstaltbevegelsen var et nøye beregnet oppdragelsessystem som er individuelt tilpasset, tuftet på kjærlighet, fasthet og grenser. Pasientene skulle ved vennlig overtalelse anvises til arbeid, konkurranse og oppmuntrende atspredelser. Det var preget av en kombinasjon av belønning og straff. De urolige, voldelige og psykopatiske ble ofte lagt i remmer, for å disiplinere og for å trygge omgivelsene. (Kelstrup, 1977). Kelstrup beskriver her, etter min mening, de samme holdninger og verdier som Connolly, Hill og Tuke forfektet. Kelstrup sier videre at arbeidsterapi ble mer og mer viktig på asylene utover 1930 og 1940 – tallet.

Oppsummering: Forståelsen og behandlingen av psykisk sykdom og mennesker med psykiske lidelser har vært preget av mystikk, tilfeldigheter, kontrollbehov og

stigmatiserende holdninger fra samfunnets side. Særlig de pasientene som var urolige og destruktive i sin handlemåte, ble behandlet dårlig. Samfunnsbeskyttelse og sosial kontroll ble et prioritert område i motsetning til behandling (Austad, 1956).

Fra ca slutten av 1830 tallet ble det satt sterkt fokus på en mer humanistisk og individuell praksis. Viktige prinsipper fra The moral treatment og non restraint movement. Her ble mer eller mindre tvunget kroppslig arbeid og fysisk aktivitet, et alternativ til passivisert innelåsing.

I Norsk sammenheng kan det se ut som det ved asylenes fremvekst, ble mer bruk av isolasjon og celler. De første ledere og direktører av norske asyler så mot England og Tyskland for inspirasjon. Sterke elementer av the moral treatment og fra the non restraint movement syntes igjen i beskrivelsene fra behandlingen. I Norge ble isolering det mest brukte tvangsmiddel, frem mot nyere tid, hvor bruk av mekanisk tvangsmidler igjen er økende og isolering nesten ikke i bruk. Jeg mener at den historiske utviklingen viser en utvikling i fra kun kontroll, straff og tvang, til et større fokus på behandling og menneskeliggjøring av de urolige/aggressive pasientene.

4.5 Aggresjon

Jeg vil i den første delen redegjøre for noen aggresjonsteorier. Jeg mener det er viktig og relevant å ha belyst sentrale faktorer ved aggresjon og vold som en del av det teoretiske rammeverk og for klinisk praksis.

Flere studier finner at aggresjon, vold og selvskading er et stort problem ved psykiatriske avdelinger (Mellesdal, 2003; Johnson, 2001; Bowers, 2007). Forståelsen av aggresjon i denne oppgaven er at aggresjon og aggressiv atferd omhandler vold mot andre og vold mot seg selv. Det forekommer likevel ulike definisjoner av aggresjonsbegrepet. Noen bruker begrepet aggressivitet kun når det forkommer fysisk angrep mot andre (Tardiff, 1984). Andre implementerer selvskading i aggresjonsbegrepet (Fotrell, Bewley & Squizzoni, 1978; Hummelvoll, 1997).

Bjørkly skriver at utfordringen ligger i å finne skillelinjen mellom aggresjon og andre destruktive menneskelige uttrykksformer. I motsatt fall må en som enkelte gjør, sette likhetstegn mellom destruksjon og aggresjon (Bjørkly, 2001). "Et viktig område i forbindelse med tvangsbruk er spørsmål om hvordan man på best mulig måte skal løse problemer i forhold til aggresjon, vold og sikkerhet" (Norvoll, 2008 s. 30). Bjørkly fant i

en litteratur studie at 15 % til 30 % av psykiatriske pasienter hadde vært involvert i fysiske voldshendelser (Bjørkly, 1996). En stor del av tvangsmiddelbruken omhandler en eller annen form for aggressiv atferd. Det være seg atferd rettet mot seg selv (selvskading/selvmoordsforsøk) eller fysisk angrep på andre mennesker (Pedersen et al, 2007).

For å belyse ulike aggresjonsteorier velger jeg å lene meg på Stål Bjørklys bok om *aggresjons psykologi*. Han redegjør og diskuterer ulike måter å forstå aggresjon på. Begrepene aggresjon og aggressiv dekker flere ulike fenomen, både i dagligtale og på vitenskaplig nivå. Betydning av aggresjon er ulik, alt etter hvilken kontekst begrepet brukes i, og ifølge Bjørkly benyttes det flere ulike forklaringsnivåer på aggresjon:

Som bevisst eller ubevisst motivasjon: Her forstår man aggresjon i en teoretisk ramme eller forklaringsmåte for å forstå eller beskrive ulike atferdstyper. Her er motivasjonskilde sentralt. Aggresjon kan uttrykkes til fare for andre, men kan også inneha mer sosialt akseptable former som konkurranse.

Som åpen aggresjon: I denne sammenheng blir aggresjonsbegrepet forstått verdinøytralt som individets atferd. Konteksten atferden uttrykkes i avgjør om denne er positiv eller negativ (destruktiv). Eksempelvis ville en bokser som får berømmelse for å slå ned en motstander i ringen, begå en straffbar handling ved å slå ned en person på gata.

Som fordømmende beskrivelse: Dette setter aggresjon i en moralsk sammenheng. Her er aggresjon som prinsipp forkastelig og sees her på som et onde (Bjørkly, 2001).

Aggresjon og aggressiv atferd kan også forstås ut fra psykologiske teorier. Bjørkly skriver at det er vanlig å skille mellom følgende tre aggresjonsteoretiske hovedperspektiv; Instinktteorier, driftsteorier og læringsteorier (Bjørkly, 2001).

Freuds instinktteori har som hovedpoeng at aggresjonsuttrykkene som fremkommer er følge av medfødt disposisjon. Spenningsfeltet med livdrift og dødsdrift avgjør hvorvidt mennesket domineres av mestring/kreativitet, innadrettet eller utadrettet aggresjon.

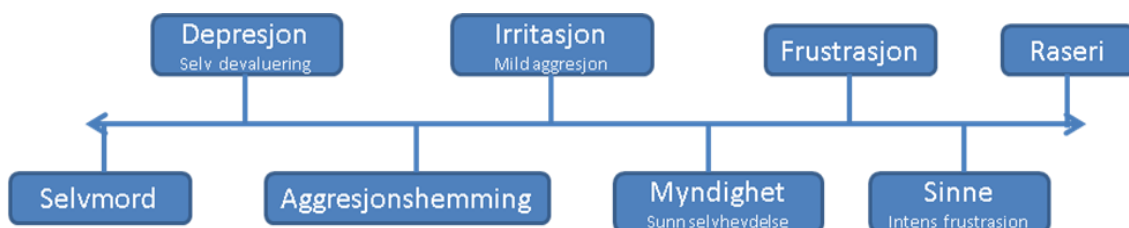
Driftsteorier kan på en enkel måte forklares ved at frustrasjon alltid fører til aggresjon og at aggresjon alltid stammer fra frustrasjon.

I læringsteoriene er aggressiv atferd forstått som sosial atferd. Med andre ord er aggressiv atferd lært på samme måte som annen menneskelig atferd, i følge læringsteori. Den aggressive atferden styrkes og svekkes i forhold til den sosiale konteksten mennesket er i og om denne atferden er sosialt akseptabel, bringer fordeler eller ulemper ved seg (Bjørkly, 2001).

Hummelvoll skriver at det er to hovedretninger innen klinisk vold/aggresjonsforståelse er instrumentell og emosjonell forståelse. Instrumentell aggresjon eller vold forstås som et middel for å oppnå goder. Denne type aggresjon er typisk ved empatiforstyrrelser og alvorlige typer personlighetsforstyrrelser. Ved emosjonell vold/aggresjon er skade et mål i seg selv. Den instrumentelle faktor er på psykologisk plan. Eksempelvis ved forstyrret realitetstesting, hvor vold blir et svar på forhøyet angstnivå og paranoide reaksjoner (Hummelvoll, 1997).

Aggresjon kan, uttrykke seg på ulike måter og med forskjellig rasjonale. Jeg finner Stuart og Sundeens aggresjonskontinuum som beskrives i Hummelvoll (1997) relevant for denne undersøkelsen. Min erfaring er at det å uttrykke aggresjon ofte er "dråpen som får begeret til å flyte over" for psykiatriske pasienter. Mangel på erfaring og kunnskap for å kunne uttrykke seg verbalt, indre psykisk press, stress, angst, psykotiske vrangforestillinger, kontrollbehov, fortvilelse eller det å kun ha erfaring med å løse konflikter med vold/selvskading, kan være utløser for aggresjonen. Jeg finner figur 1. beskrivende i denne sammenhengen.

Figur 1: Stuart & Sundeens aggresjonskontinuum



(Fritt etter Hummelvoll, 1997 s. 197).

Denne modellen beskriver hvordan aggresjon kan både få internalisert og eksternalisert uttrykk. Hummelvoll bruker her aggresjonsbegrepet både rettet mot seg selv og mot andre. Han forklarer at det ene ytterpunktet på linjen beskriver aggresjon rettet mot seg selv. I ytterste konsekvens selvmord. Han forklarer at man kan forstå dette som en

aggressiv handling ved at selvmordet er en indirekte måte å straffe andre på. (En mildere og mindre alvorlig form er selvskading). På det andre ytterpunktet finner vi raseri. Her er vedkommende så oppslukt i egen aggresjon og vold mot andre er nærliggende (Hummelvoll, 2001).

Min erfaring er at det innen det psykiske helsevern, ofte er mennesker med alvorlige sinnslidelser som blir behandlet. Jeg finner derfor Hummelvolls beskrivelser og forståelser av vold og aggresjon, som passende for denne oppgaven, sett i et klinisk og teoretisk lys.

4.6 Aggresjon i et kjønnsperspektiv

En sentral del av denne studien er å kartlegge ulike kjønnsforskjeller knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler. Er det for eksempel ulike former for atferd mellom kvinner og menn som begrunnes for å benytte tvangsmidler?

Min erfaring er at mannlige pasienter får utløp for sin aggresjon ved å eksternalisere sine følelser og handlinger, altså mot andre. Det er for øvrig også min erfaring med kvinnelige pasienter. Det som jeg opplever er et skille mellom menn og kvinner er selvskading. Jeg har nesten ikke erfart at menn skader seg selv, som del av et aggressivt utbrudd. Når det gjelder kvinner har jeg relativt ofte erfart at det å skade seg selv er en del av et destruktivt og aggressivt handlingsrepertoar. Kvinner jeg har jobbet uttrykker oftere enn menn sin aggresjon mot seg selv og mot andre.

Busfield skriver at det tradisjonelt sett har det vært klare stereotypiske trekk vedrørende kvinner og menn, psykiske lidelser og aggresjonsuttrykk. Kvinners aggresjon rettet mot seg selv eller andre, er ofte forstått som irrasjonelt, følelsesmotivert og utenfor kvinnens kontroll. Menns aggresjon er historisk sett forstått som mer rasjonell og kontrollert og ikke minst rettet mot andre. Det er derfor, sier Busfield, at menn oftere har måtte ta konsekvensene av sine handlinger, i form av straffereaksjoner og sanksjoner. Kvinner, derimot er tradisjonelt sett i større grad møtt med forståelse og trøst (Busfield, 1996).

Stereotypene i samfunnet om mannen som den maskuline som slår andre og kvinnen som den feminine som i større grad skader seg selv, blir også beskrevet av andre forfattere (Garde, 2003; Linaker, 2000).

Per Are Løkke har skrevet et kapittel i boka "Vold og psykiatri – om forståelse og behandling. Han kaller kapitlet: Om vold - aggresjon og kjønnsidentitet: "Aggresjonen som psykisk agering og symbol ofte får en allestedsnærværende plass i dannelsen av den maskuline identitet" (Løkke, 1997 s.95).

Jeg forstår Løkke i dette sitatet, at han mener aggresjon er en sentral del i det å bli en mann. Han snakker om symbolikk og identitetsdannelse. Løkke sier videre at aggresjonen ofte blir et problem for gutter, fordi vi ikke har en farstradisjon, en rollemodell, som gir den oppvoksende gutt mulighet til å kanalisere sine emosjoner hensiktsmessig og rasjonelt, uten å miste sin identitet som gutt/mann. Han sier at fedre oppdrar sine sønner i å mestre, utvikle seg og konkurrere, men ikke i å utvikle og uttrykke følelser. Det fører da ofte til, i følge Løkke, at den oppvoksende gutt svarer med destruktiv aggresjon, hvor annen form for kommunikasjon kunne vært mer hensiktsmessig (Løkke, 1997).

Salvesen problematiserer i boken vold og psykiatri begrepet gjerningsmann om en person som har utøvd vold. Han skriver at både kvinner og menn kan være gjerningsmenn i Norge. Mannen er den som i første rekke ses på som utøver av vold mot andre i det norske samfunnet. Salvesen påpeker at det ikke er det minste rart, om man ser på statistikken over volds dommer, hvor menn er overrepresentert (Salvesen, 1997).

På den annen side viser forskning fra psykiatriske avdelinger at forholdet mellom voldsutøvelse og pasientens kjønn er mer balansert. Undersøkelser viser at kvinner innlagt ved psykiatrisk avdeling utgjør like stor fare for å utøve fysisk skade på andre, som mannlige pasienter (Swett, 1994).

Føyn definerer en egen gruppe pasienter som i boken "Vold og psykiatri": "En gruppe pasienter omfatter de mest vanskelige og farlige kvinnene. Det typiske her er de såkalte borderlinesymptomene, med svært svingende emosjoner og atferd. Pasientene har ofte svært mange utageringsepisoder, med selvbeskadigelser, trusler om selvmord og selvmordsforsøk" (Føyn, 1997 s.123). Han sier videre at disse kvinnene ofte vekker sterke og ofte motstridende følelser hos de som skal hjelpe. Ofte blir disse kvinnene ikke bare betegnet som farlige, men også spesielt krevende (Føyn, 1997). Garde problematiserer at det nok kan forekomme direkte kjønnsrelaterede diagnoser. Hun skriver at legen ubevisst kan komme til å benytte ulike diagnoser på menn og kvinner som viser samme symptomer. En kvinne som opptrer ubehersket kalles emosjonelt

ustabil og en mann med samme trekk får diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Hun påpeker også at aggresjonen uttrykker seg ofte ulikt (Garde, 2003).

Som jeg har redegjort for tidligere er det en tendens til at enkelte personlighetstrekk er mer fremtredende hos kvinner respektive menn og at disse igjen gir seg ulike aggressive uttrykk. Når det gjelder selvmord og selvmordsforsøk finner forskere ulike tendenser. Menn har ofte voldsommere metoder når det gjelder selvmord: Skyting, henging og bro hopping. Kvinner benytter seg oftest av forgiftning (piller, alkohol). Garde viser til Murphy som fant at menn ikke anser den maskuline stillen, med problemløsning og besluttsomhet, som noe problem. Han forstår den kvinnelige ambivalensen ved selvmord, som et uttrykk for hensyntagen til andre mennesker (Garde, 2003).

Linaker fant fra en studie ved en sikkerhetspsykiatrisk avdeling at kvinner som ble betegnet som farlige også tenderte til selvskadende atferd (Linaker, 2000). Han fant videre at det ikke var forskjell mellom kvinner og menn og omfang av vold mot andre. Linaker sier at dette kan forstås med bakgrunn i at kvinner med psykiske lidelser og voldsproblematikk, ofte har erfart misbruk og traumatiske hendelser i sin oppvekst. Som for eksempel seksuelt misbruk (Linaker, 2000).

Garde skriver at enkelte personlighetstrekk er overrepresentert hos kvinner respektive menn. Ser vi på antisosial – dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykopatibegrepet er de overrepresentert hos menn. Kjønnetegnet er blant annet, likegyldighet for andres følelser, aggressivitet under press, kontrollbrist og vold. Garde skriver at når det gjelder personlighetstrekk som klassifiseres som emosjonelt ustabil, ser man en overrepresentasjon hos kvinner. Kjønnetegnet er blant annet intense og ustabile forhold til andre, kronisk tomhetsfølelse og redsel for å bli forlatt. Innleggelse i psykiatrisk institusjon etter selvdestruktive handlinger, som kutting eller selvmordsforsøk er en kjent konsekvens (Garde, 2003).

Mellesdal fant i en studie fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling at kvinner både hadde noe flere voldsepisoder og at skadeomfanget rettet mot andre personer var høyere, i forhold til mannlige pasienter (Mellesdal, 2003). Linaker (2000) fant at kvinner og menns farlighet gav seg ulike uttrykk. Kvinners vold gikk i større grad ut over dem selv, i form av selvmordsforsøk og selvskading. Når det gjaldt vold og trusler mot andre, var det ingen forskjell mellom menn og kvinner. Også Lam og medarbeidere studerte sammenheng mellom konsekvensen av vold inne på en psykiatrisk avdeling og

pasientens kjønn. De hadde en hypotese om at menns vold førte til større skade på personalet enn kvinners utagerende handlinger. De fant at det ikke var signifikante forskjeller i forhold til konsekvens for offeret (alvorlighetsgraden) mellom menns og kvinners vold (Lam, McNeil & Binder, 2000).

Garde skriver at en svensk undersøkelse av Renberg fra siste halvdel på 1900 – tallet, viser at yngre kvinner og eldre menn benytter seg av de mer voldsomme selvmordsmetodene. Yngre og middelaldrende menn bruker mer tradisjonelle kvinnelige selvmordsmetoder, som forgiftning (Garde, 2003). Garde (2003) skriver videre at når det gjelder selvmordsforsøk så er det et relativ typisk kvinnefenomen. Det er ofte et argument at selvmordsforsøket er et typisk feminint mønster; mer et rop om hjelp enn ønske om å dø. En mann i krise vil oftere kunne reagere med aggressivitet og handlekraft. Et annet kjønnsaspekt, mener forfatteren er det å oppsøke hjelp. Kvinner har tradisjonelt vært flinkere til å be om hjelp og snakke om følelser til andre.

Murphy konkluderer med, i følge Garde, at egenskapene til mannen og forhold mannen lever i, er å anse som alvorlige risikofaktorer for selvmord. For eksempel enkemenn eller menn som blir alene/ensomme og som ikke oppsøker hjelp ved krise. I motsetning til kvinner i samme situasjon, som i større grad oppsøker hjelpeapparatet eller benytter seg av sine omgivelser for støtte (Garde, 2003).

Oppsummering: Teorien brukt i denne oppgaven viser til at menn er overrepresentert når det gjelder utøvelse av vold i samfunnet. Når det gjelder voldshendelser inne på psykiatriske avdelinger er bildet et annet. Da viser enkelte undersøkelser at kvinner er vel så "farlige" som menn, både i forhold til antall voldshendelser og konsekvensen av volden. Andre studier viser ingen forskjell mellom kjønnene. Når det gjelder skade på seg selv, viser noe forskning at kvinner er i flertall både utenfor og innenfor psykiatriske avdelinger.

4.7 Møte med aggresjon

Å møte en voldstruende pasient eller en pasient som skader seg selv, er ikke lett. Min erfaring er at det kanskje er noe av det vanskeligste vi gjør innen det psykiske helsevern. Som jeg har vist fra historien, er blant annet bruk av mekaniske tvangsmidler et tiltak som har vært benyttet fra de tidligste tider og frem til i dag. Det er som jeg tidligere har nevnt, et fokus i dag på å få ned alle sider ved tvangsbruken innen det psykiske helsevern. Norvoll (2008) skriver at det å få mer kunnskap om hvorfor

pasienter utøver vold mot seg selv og andre og hvordan dette kan møtes, uten bruk av tvangsmidler, er et sentralt poeng. Jeg anser det som Norvoll skriver som essensielt i det videre arbeidet for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler og for å hjelpe pasienten til alternative handlingsmåter.

Flere internasjonale kvalitative studier har undersøkt hvilke alternative tilnærminger, for eksempel sykepleiere har i møte med aggressive pasienter, i stede for å bruke tvangsmidler (Susman, 1998; Johnson, 2001; Lowe, Wellman & Taylor, 2003; Ryan & Bowers, 2005). Studiene viser blant annet at erfarne psykiatriske sykepleiere gjennomfører gode tilnærminger til pasienten, men har problemer med å sette ord på handlingene (Ryan & Bowers, 2005).

Dette er noe jeg kjenner igjen fra praksis og som er en utfordring, i forhold til for eksempel kompetanseoverføring mellom personer og avdelinger, som skal videreutvikle denne type kunnskap. Andre finner at erfarne psykiatriske sykepleiere møter aggressive og voldstruende pasienter med større grad av respekt, enn sine mer uerfarne kollegaer (Lowe, et al. 2001).

Johnson & Hauser skriver: "Until recently, the focus of intervening with aggressive patients has been the use of restraint or seclusion or both. However, placing patients in restraints or seclusion brings significant risk to both staff and patients (Johnson & Hauser, 2001 s. 652). Utsagnet gjenspeiler, etter min mening, noen av utfordringene vi står ovenfor når det gjelder å kunne redusere bruk av mekaniske tvangsmidler. De har gjennomført studier som belyser hva som er forklaringer på aggressive og voldelige hendelser innen psykiatriske avdelinger, og basert på egen forskning utviklet en modell på hvordan voldstruende psykiatriske pasienter kan møtes (Johnson & Hauser, 2001, Johnson, 2004). Forfatterne har, sånn som jeg forstår dem, fokusert denne forskningen på ulike sider ved den aktuelle voldsepisoden som oppstår ved avdelingen. Altså innen et relativt kort tidsrom, hvor den akutte hendelsen inntreffer. De beskriver og analyserer relasjonskompetansen, kommunikasjonsferdighetene og evnen til å møte den aggressive pasient som erfarne psykiatriske sykepleiere besitter (Johnson & Hauser, 2001).

I forhold til å møte pasienter med aggresjonsproblemer i lengre tidsperspektiv er det hensiktsmessig å redegjøre noe for siste års voldsrisiko forskning. De siste 20 årene er forskere og klinikere blitt stadig mer opptatt av å systematisere kunnskap og behandling i forhold til voldsrisiko, ved psykiatriske avdelinger. Det mest anerkjente "verktøyet" i

denne sammenheng er HCR 20, som ble utviklet av Canadiske forskere (Webster, Douglas, Eaves and Hart, 1997). HCR 20 består av 20 variabler som skal bidra til å kartlegge pasientens risiko for vold i gitte sammenhenger. H står for historiske data, pasientens historie. For eksempel historie på vold og vanskeligheter i oppveksten. C står for kliniske faktorer som er ment å brukes i den kliniske hverdagen. De kliniske faktorene er dynamiske, altså gjenstand for endring. For eksempel holdninger til vold, lover etc eller motivasjon til behandling. R står for risikohåndtering. R faktorene benyttes i planleggingen av utskrivelse. For eksempel at pasienten utskrives til forhold som bidrar til vekst og utvikling samt forebygger og hindrer tilbakefall av for eksempel voldelige hendelser. Et viktig mål er at pasienten blir møtt av hjelpeapparatet og samfunnet på en individuelt trygg og ivaretagende måte og at pasienten selv mesterer livets utfordringer uten å være til fare for andre.

HCR 20 er bare et av flere systematiske tilnærminger. I Norge har Stål Bjørkly lenge jobbet med individspesifikke tilnærminger i forhold til potensielt voldelige pasienter. Han har blant annet sett på om det forekommer forvarsler på en voldelig hendelse. Om så, kan disse data brukes aktivt i pasientbehandlingen. På den måten kan pasienten selv få et forhold til egen aggresjon og jobbe med alternative handlingsmønstre (Bjørkly, 1997). De senere år er det etablert egne utdannelser i Norge som omhandler voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering (VIVO1 og VIVO2). Bjørkly er faglig ansvarlig for disse utdannelsene i samarbeid med Kompetansesenter for sikkerhets – fengsels og rettspsykiatri i Helse SørØst. (For å belyse dette tema dypere og i videre perspektiv, vil jeg henviser til Stål Bjørklys bok: *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi, 1997*).

Oppsummering: Møte med vold og aggresjon, enten den er rettet mot pasienten selv eller andre, er kanskje det mest utfordrende ansatte innen psykisk helsevern står ovenfor. Nyere forskning viser at det er tilkommet kunnskap på hvordan aggressive pasienter kan møtes på kort sikt og på lang sikt. Økt fokus og kunnskap tror jeg også vil føre til større grad av nyansert refleksjon og også mindre grad av stigmatiserende holdninger. (For eksempel myten om at en pasient som en gang har utøvd vold, er farlig i alle sammenhenger).

5. UNDERSØKELSESDSIGN

Denne undersøkelsen er en delstudie av en større kvantitativ multisenterstudie, mellom 3 sykehus i Norge. Foreliggende undersøkelsen er i retrospektiv kvantitativ design basert på foreliggende skriftlige kilder. Studien får svar på ulike sider ved bruk av mekaniske tvangsmidler.

5.1 Undersøkellesstedet

Datainnsamlingen ble gjennomført ved en lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Avdelingen var organisert som 2 enheter. Avdelingen hadde i undersøkelsesperioden et opptaksområde på 240 000 mennesker. I løpet av 2004 og 2005 var det innlagt 998 pasienter; 480 menn og 518 kvinner ved undersøkelsesstedet. (Tall fra Sykehuset Buskeruds elektroniske journal).

5.2 Utvalg, Inklusjons og eksklusjons kriterier

Utvalget er to delt: Tall på pasienter innlagt i prosjektperioden fordelt på kjønn og alle pasienter registrert i tvangsmiddelprotokollen ved undersøkelsesstedet, hvor mekaniske tvangsmidler er benyttet i perioden 1.1.2004 – 31.12.2005. Enkelte av pasientene i undersøkelsen er blitt utsatt for både mekaniske tvangsmidler og fått farmakologisk tvangsmiddel, samtidig som de har vært iført mekaniske tvangsmidler. Den kliniske praksisen i denne sammenhengen er at pasienten blir fiksert i mekaniske tvangsmidler, og eksempelvis grunnet stor uro, angst eller psykose, får en injeksjon mot sin vilje jamfør § 4,8 i loven om etablering av psykisk helsevern. I materialet blir pasienter som bare er utsatt for mekaniske tvangsmidler og de som i tillegg fått farmakologisk tvangsmiddel behandlet på samme måte.

Pasienter ekskludert fra undersøkelsen er de pasientene som kun har fått farmakologisk tvangsmiddel. Det vil si pasienter som har fått farmakologisk tvangsmiddel, men som ikke ble utsatt for mekaniske tvangsmidler ved den aktuelle "farmakologiske tvangsmiddel episode" (Isolasjon er ikke registrert ved undersøkelsesstedet i datasamlingsperioden).

5.3 Datakilder

Data som benyttes i undersøkelsen er foreliggende skriftlig materiale fra sykehusets elektroniske journal og tvangsmiddelprotokollene ved akuttavdelingen, fra årene 2004 og 2005. Den elektroniske journalen er en database som blant annet inneholder sosiodemografiske og medisinske opplysninger om pasienter innlagt ved avdelingen.

Tvangsmiddelprotokollen er en håndskrevet protokoll hvor all bruk av tvangsmidler registreres. Det er en tvangsmiddelprotokoll pr enhet. Alle pasienter som det benyttes tvangsmidler ovenfor, er registrert enhetsvis i samme protokoll. Tvangsmiddelprotokollen er "nasjonal standard". Denne brukes av alle psykiatriske institusjoner som benytter seg av tvangsmiddelbruk jmfør § 4.8. Denne protokollen inneholder pasientdata (navn og fødselsnummer), rubrikker for når tvangsmiddelbruken ble iverksatt og hvilken form for tvangsmiddelbruk (mekaniske tvangsmidler, farmakologiske tvangsmidler og eventuelt isolasjon). Videre er det en rubrikk, hvor sykepleier skal nedtegne begrunnelse for bruk av tvangsmidler. Ansvarlig for å godkjenne tvangsmiddelbruk ligger hos vedtaksgodkjent lege eller psykolog spesialist. Siste instans som skal overvåke protokollen er kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen er bestående av en leder som er jurist, uavhengig lege, legmann/kvinne og en som har vært underlagt psykiatrisk omsorg eller representert noen som vært det. Kontrollkommisjonens underskrift finnes helt til høyre i protokollen.

5.4 Datainnsamling

Fra elektronisk journal skulle dette prosjektet kun ha data på antall innlagte pasienter i prosjektperioden, og av disse antall kvinner og menn. Jeg fikk data fra godkjent arbeidsgruppemedlem i multiseneterstudien, ved at han fikk de respektive 3 tallene (antall pasienter, antall menn og antall kvinner) via sykehusets virksomhetsdata. Disse 3 tallene representerer helt anonyme data, som skulle benyttes for å utregne rate på tvangsmiddelbruken. Datatilfanget ble foretatt ved at tallene ble nedskrevet direkte fra sykehusets "sikre sone" og pc - skjerm. Det ble med andre ord ikke printet ut data eller overført til andre filer.

Tvangsmiddeldata ble innhentet ved at jeg tok kopier av tvangsmiddelprotokollene for årene 2004 og 2005. Tidsaspektet for undersøkelsen har direkte sammenheng med den pågående multiseneterstudien. Data som innhentes i denne studie tilsvarer deler av data fra multiseneterstudien og fra samme tidsperiode. Relevante data fra kopiene ble

skrevet over i Excel fil, hvor variablene var forhåndsdefinert. Føgende data ble innhentet og benyttet i studien: Pasientens kjønn, begrunnelse for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler, antall episoder totalt og antall episoder pr pasient og lengden på tvangsmiddelepisodene, som ble utregnet ved å nedtegne klokkeslett for oppstart, og avslutning av tvangsmiddelepisoden.

5.5 Databehandling og analyse

Tallen fra elektronisk journal ble satt opp mot antall pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler, også fordelt på kjønn. Deretter ble rate på mekanisk tvangsmiddelbruk utregnet ved bruk av gjennomsnittstall. Siden data fra elektronisk journal kun ble nedtegnet som tall (antall pasienter innlagt, antall menn og antall kvinner i 2004 og 2005), var data som ble benyttet i studien hele tiden anonyme. I henhold til godkjennelsesbrevet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og sykehusets prosedyrer for lagring av journaldata, ble data som direkte eller indirekte kunne identifisere pasientene oppbevart atskilt fra det øvrige datamaterialet. Når datamaterialet i prosjektet ikke var i bruk av student, ble disse holdt innelåst på sykehuset, som journaldata.

Kopiene fra tvangsmiddelprotokollen ble i første omgang aidentifisert ved at jeg gav pasientens navn kode i forhold til antall pasienter i tvangsmiddelprotokollen (N= 58). Pasientnavn ble byttet ut med koder fra 1 til 58. Kjønn ble definert basert på pasientens navn fordi pasientens kjønn ikke eksplisitt registreres i protokollen. I de få tilfellene hvor pasientens kjønn ikke kunne defineres av navnet, for eksempel ved enkelte utenlandske navn, konfererte jeg med arbeidsgruppen for multisenterstudien. Medlemmene i arbeidsgruppen jobber eller har jobbet ved undersøkelsesenheten og kjente til pasientene. Dermed kunne de gi meg den opplysingen basert på navnet. Kjønn ble kodet 1= mann og 2= kvinne. Når denne operasjonen var gjennomført ble navnene til pasientene makulert.

Begrunnelser for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler ble kodet på følgende måte: skade på andre = 1. Skade på seg selv = 2. Skade på inventar = 3 Annet = 4. Utfordringen med å operasjonalisere og kode begrunnelsene for å iverksette tvangsmiddelbruk, var noe vi i multisenterstudien også stod ovenfor. For å sikre en valid og reliabel prosess her, gikk vi sammen og tolket hverandres begrunnelser. Det vil si: Jeg fra Buskerud leste gjennom begrunnelsestekstene til alle pasientene utsatt for tvangsmidler på Aker og Ullevål i årene 2004 og 2005. Jeg redegjorde så for min

forståelse av teksten. Prosjektleder for hovedprosjektet ved respektive Aker og Ullevål gjorde tilsvarende. Vi fikk da en konsensus på forståelse av teksten. Jeg velger å kalle denne prosessen for en interrater reliabilitet test. Den var et viktig konsensusarbeid, da vi så at det enkelte ganger kunne være uklarhet i hva som ble begrunnet med tvangsmiddelbruk. Denne operasjonen ble utført i forhold til alle pasienter utsatt for alle typer tvangsmidler.

I denne masteroppgaven har jeg da trukket ut de som er i denne studiens utvalg. Begrunnelsene for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler er nedskrevet som tekst i tvangsmiddelprotokollen. I forhold til § 4.8 i lov om etablering av psykisk helsevern er det 3 hovedfaktorer som skal ligge til grunn for å iverksette bruk av tvangsmidler. Det er skade/angrep på seg selv, skade/angrep på andre og betydelig skade på inventar. Loven sier også at tiltaket kan anvendes for å hindre at skade skjer.

I denne studien har jeg ikke operasjonalisert i begrunnelsesteksten om tiltaket ble iverksatt som følge av at handlingen fra pasienten var utført eller om tiltaket var av profylaktisk karakter. Det vil si at det kan eksempelvis stå som begrunnelse for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler: "Pasienten gikk til angrep på personalet." Det er i denne sammenheng vanskelig å tolke om det ble skade på personalet eller om pasienten ble stoppet før noen ble skadet. Derfor har jeg i mitt materiale ikke diskriminert om tvangsmiddelbruk er initiert for å hindre skade eller etter utført "skadehandling." Det interessante i denne sammenheng er om tvangsmiddelbruken er initiert med begrunnelse i skade på seg selv, andre eller inventar, og da favner det både utført angrep og at angrepet ble hindret. Ved flere av episodene er det registret flere begrunnelser.

Eksempelvis: "Pasienten knuste en stol og gikk til angrep på personalet." Her blir da tall kodene 3 (skade på inventar) og 1 (skade på andre).

"Pasienten dunker hodet hardt i veggen og angriper personalet som stanser henne i å dunke hodet sitt." Her blir kodene 2 (skade på seg selv) og 1 (skade på andre).

Når jeg koder "annet" er de i de sammenhenger hvor det ikke fremkommer noe som direkte relateres til § 4.8, i begrunnelsesteksten. Eksempel på det er om pasientens tilstand fremstår som eneste begrunnelse. "Pasienten var urolig og hørte stemmer". Eller "Pasienten roper og skriker og virker angstpreget" Her er det ikke beskrevet eksplisitt farlige, selvdestruktive eller truende handlinger, så denne type begrunnelser

vil da gå inn under "annet". Tallmaterialet og variablene ble så overført til en matrise i en Excel fil.

Forskningsspørsmålene og antall N i undersøkelsen har avgjort hvordan resultatene er blitt fremstilt og tolket. For å finne forekomst av mekanisk tvangsmiddelbruk ble det benyttet frekvensfordeling. Prosentandelen av pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler ble utregnet i forhold til pasienter innlagt i perioden, som ikke ble utsatt for mekaniske tvangsmidler.

Forholdet mellom kjønn og tid i belter ble analysert deskriptivt. Tiden i mekaniske tvangsmidler ble omgjort til hele timer og gjennomsnittstid.

Begrunnelsene for å bruke mekaniske tvangsmidler ble først beskrevet i sin helhet i tabell 5. Tabell 6 viser kjønnsforskjellene i reelle tall, når begrunnelsene for å skade andre og skade seg selv er sammenfattet. (redegjøres for i resultatkapitlet). Den mest hensiktsmessige måten å beskrive forholdene mellom kjønn og begrunnelser er prosentvis frekvensfordeling.

5.4.1 Variabler

Basert på forskningsspørsmålene ble følgende variabler identifisert:

- Forekomst av mekaniske tvangsmidler ved undersøkelsesstedet i løpet av 2 år.
- Antall episoder hver pasient ble utsatt for mekaniske tvangsmidler.
- Antall timer hvor mekaniske tvangsmidler ble benyttet totalt og på hver pasient.
- Begrunnelse for å iverksette tvangsmiddelbruk
- Pasientens kjønn

5.6 Adgang til forskningsfeltet og etiske overveielser

Problemstillinger rundt tema tvang i det psykiske helsevern, krever å bli behandlet med varsomhet og respekt. Pasientene som utsettes for tvangsmiddelbruk er en sårbar gruppe, som ofte er helt prisgitt personalets holdninger og kompetanse. I denne oppgaven har jeg valgt å jobbe med et anonymisert materiale, for å se på ulike sider ved en kontroversiell praksis. Ved å anonymisere data, vil pasientene i utvalget ikke kunne bli gjenkjent. Rolf Wynn fant i sin undersøkelse at det kan være fare for re-traumatisering blant pasienter som har vært utsatt for mekaniske tvangsmidler. Det er derfor særdeles viktig å være nøyaktig i behandling av data og presentasjon av funn. Siden jeg selv er representant for utøvere av tvangsmiddelbruk, mener jeg det hviler et særlig ansvar å fremstille data på en etisk forsvarlig måte.

En finsk undersøkelse har fokusert på den etiske siden av sykepleieutøvelse og tvangsmiddelbruk. I denne studien fremkommer dilemmaet det er, på den ene siden å skulle ivareta den enkelte pasients autonomi og integritet og på den andre side beskytte andre pasienter og personalet mot voldelige hendelser. Sykepleierne fant det etiske dilemmaet vanskelig, men flertallet av de spurte respondentene mente at mekaniske tvangsmidler var riktig å benytte for å beskytte pasientene mot selvskading eller fra å skade andre mennesker (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi & Valimaki, 2004).

Denne mastergradundersøkelsen er et delprosjekt av en større multisenterstudie i Norge, som startet opp i 2005. Data til mastergradstudien er hentet fra deler av multisenterstudien. Mastergradstudenten er lokal prosjektleder i multisenterstudien og har derfor fulgt denne fra starten.

Mastergradprosjektet ble søkt til og godkjent av Regional Etisk Komité (vedlegg 1 - 4).

Prosjektet ble søkt inn for og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (vedlegg 5 og 6).

Prosjektgodkjennelse ble også sendt til Sykehuset Buskerud HF (vedlegg 7).

Prosjektet ble godkjent av Sykehusledelsen ved Sykehuset Buskerud HF (Vedlegg 8).

Prosjektet ble for øvrig gjennomført i henhold til godkjennelsesmandat.

6. RESULTATER

I dette kapitlet blir resultatene vist i samme rekkefølge som forskningsspørsmålene er stilt, for oversiktens del. Til slutt oppsummeres de viktigste resultatene.

6.1 Forekomst av mekanisk tvangsmiddelbruk

I løpet av 2004 og 2005 var det innlagt 998 pasienter ved undersøkelsesstedet. Av disse utgjorde 480 menn (48, 1 %) og 518 kvinner (51, 9 %). Det ble iverksatt bruk av mekaniske tvangsmidler ovenfor 58 pasienter (5.8 % av alle innlagte pasienter). Kjønnfordelingen på pasientene hvor det ble brukt mekaniske tvangsmidler var 34 menn (7,1 % av alle innlagte menn) og 24 kvinner (4.6 % av alle innlagte kvinner).

Det totale antall episoder hvor mekaniske tvangsmidler ble benyttet var 138. En og samme pasient kan her være representert flere ganger. (Noe som blir ytterligere belyst i tabell 2). I 2004 ble det registrert 88 episoder med mekaniske tvangsmidler, (63, 8 % av alle episodene) I 2005 var det samme antall episoder redusert til 50 (36,2 % av alle episodene).

Viktigste resultater:

Det var brukt mekaniske tvangsmidler på 6.7 % av alle innlagte pasienter i 2 års perioden. Av alle innlagte menn (N=480), ble det benyttet mekaniske tvangsmidler på 7.1 %. Tilsvarende tall for alle innlagte kvinner (N=518), var 4.6 %.

Undersøkelsen viste at det i løpet av to år var 138 episoder med mekaniske tvangsmidler. Det var en reduksjon i antall episoder fra 88 episoder (63,8 % av alle episoder over to år) i 2004, til 50 episoder (36,2 %) i 2005.

6.2 Kjønn og tvangsmiddelepisoder

Kvinnene i utvalget ble utsatt for 68 episoder med tvangsmidler (49,3 % av alle episodene) og den mannlige delen 70 episoder (50,7 % av alle episodene) i løpet av undersøkelsesperioden.

Tabell 2: Mekaniske tvangsmiddelepisoder fordelt på kjønn og antall episoder

Personer	1-2 episoder	3-5 episoder	6-11episoder	Personer totalt:
Kvinner	17	2	5	24
Menn	27	5	2	34
Personer totalt	44	7	7	58

46.5 % av alle menn i materialet hadde vært utsatt for 1 eller 2 episoder (N= 27). Av kvinnene var tallet 29,3 % (N= 17).

79.4 % av mekaniske tvangsmiddelbruk i forhold til menn (N= 34), bestod av 1 eller 2 episoder. Tilsvarende for kvinner var 29.3 % (N= 24).

20.8 % av kvinnene i utvalget (N=24) og 3.4 % av mennene (N= 34) hadde mellom 6 og 11 episoder.

I gjennomsnitt var kvinner i materialet utsatt for 2,8 episoder og menn 2,0 episoder, med mekaniske tvangsmidler i løpet av 2 års perioden 2004 og 2005.

Viktigste resultater:

Denne undersøkelsen viser at det totalt sett ikke var betydelig forskjell i antall tvangsmiddelepisoder mellom kvinner (N=68) og menn (N=70). Gjennomsnittlig ligger kvinnene (N= 2,8) noe over mennenes (N=2,0) episodeantall. Derimot var det flere menn enn kvinner som hadde 1 og 2 episoder. (27 menn og 17 kvinner). Når antall episoder pr pasient øker, ser vi at kvinneandelen øker i forhold til menn.

6.3 Kjønn og tid iført mekaniske tvangsmidler

Her viser undersøkelsens resultater den tiden pasientene var iført mekaniske tvangsmidler målt i timer. Med andre ord episodens lengde.

Tabell 3: Personer og timer pr tvangsmiddelepisode

Kjønn	Antall episoder	Timer totalt	Gjennomsnitt timer	Gjennomsnitt timer korrigert for spesielle tilfeller *
Kvinner	24	481	20	7
Menn	34	951	28	13
Totalt	58	1431	24.6	10.5

Tabellen viser utregninger i forhold til antall timer pasienter har vært iført mekaniske tvangsmidler. Resultatfremstillingene viser lengden på tvangsmiddelepisodene for kvinners og menns episoder samlet sett og gjennomsnittstid pr person.

*Kolonnen viser gjennomsnitt antall timer for pasientene i utvalget, korrigert for de 3 personer fra hvert kjønn med flest antall timer iført mekaniske tvangsmidler. (Redegjøres for i diskusjonskapitlet).

6.3.1 Kjønn, episoder og tid iført mekaniske tvangsmidler

De 24 kvinnene i utvalget var representert med 68 tvangsmiddelepisoder. Gjennomsnittstid pr episode var på 7 timer. De 34 mennene i utvalget stod for 70 episoder og gjennomsnittstid pr episode var 13.5 timer. Det totale gjennomsnitt pr episode var 10.4 timer.

Viktigste resultater:

Undersøkelsen viser at menn er iført mekaniske tvangsmidler over lenger tid enn kvinner, både gjennomsnittlig og totalt. Episodene for menn er i gjennomsnitt 6.5 timer lenger enn hos kvinner.

6.4 Begrunnelse for å bruke mekaniske tvangsmidler

Begrunnelser for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler, som det er beskrevet i tvangsmiddelprotokollen, er teoretisk operasjonalisert og kodet basert på lovens § 4,8.

Tabell 4: Begrunnelser for bruk av mekaniske tvangsmidler fordelt på kjønn

Personer	Andre	Selv	Inventar	Andre/ Selv	Andre/ inventar	Selv/ inventar	Andre/ Selv/ inventar	Annet	Totalt
Menn:	46	4	3	6	5	0	3	3	70
Kvinner:	41	3	0	10	9	1	3	1	68
Sum:	87	7	3	16	14	1	6	4	138

Når det for eksempel står skrevet *andre* i tabellen, betyr det at mekaniske tvangsmidler ble benyttet for å hindre en nærliggende fare for at andre mennesker skulle bli skadet av pasienten, eller at skaden allerede var påført. Det samme gjelder skade på seg selv.

Betegnelsen "annet/tilstand" er benyttet der hvor det ikke fremkommer angrep/skade på andre, selv eller inventar i tvangsmiddelprotokollens begrunnelsestekst. Det er eksempelvis begrunnelser som beskriver pasientens tilstand (urolig, psykotisk, angstpreget, redd etc).

Tabellen beskriver alle ulike former for begrunnelser for å benytte mekaniske tvangsmidler i denne studien. Det fremkommer i enkelte tilfeller flere begrunnelser for samme tvangsmiddelepisode. Av den grunn er det i tabellen laget rubrikker for flere begrunnelser av samme episode. Dermed blir summen av begrunnelser høyere enn antall episoder. Eksempelvis viser resultatene at 3 kvinner og 3 menn ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, hvor begrunnelsen for en episode var skade på seg selv, andre personer og skade på inventar. Personene er da registrert under rubrikk andre/selv/inventar.

Tabellen viser at angrep på andre mennesker som eneste begrunnelse forekommer 87 ganger av totalt 138 episoder, det vil si i 63 % av episodene.

Etter at begrunnelsene var beskrevet og fremstilt i tabell 5, var det hensiktsmessig å slå sammen begrunnelsene som omhandler skade på andre og skade på seg selv og fremstille disse resultatene i tabell 6. Dette ble gjort grunnet teoretisk fokus (se

diskusjonskapitelet), klinisk og vitenskaplig relevans. Ved å gjennomføre denne operasjonen ble alle begrunnelser omhandlende skade på andre og seg selv en større gruppe, og eventuelle forskjeller ville lettere fremtre.

Når begrunnelsen var både skade på seg selv og andre er denne medregnet begge steder for begge kjønn. Jeg valgte denne strategien da min kliniske forståelse er at selvskadende atferd og vold mot andre mennesker er to ulike handlinger, som det er viktig å ha med i materialet, selv om den fremkommer under samme tvangsmiddelepisode. (Alternativet ville være å utelate denne form for begrunnelse her).

Tabell 5: Kjønnsforskjeller i forhold til skade på andre og skade på seg selv

Begrunnelse:	Skade andre	Skade på seg selv
Antall begrunnelser menn:	60	13
Antall begrunnelser kvinner	63	17
Antall begrunnelser totalt	123	30

Når alle episoder hvor skade på andre mennesker blir slått sammen (andre, andre/selv, andre/inventar, andre/selv/inventar), ser vi at Ved 89 % av episodene innbefattet begrunnelsen skade på andre mennesker.

- Ved 43.5 % av episodene hvor menn ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, innebar en av begrunnelsene skade på andre. For kvinner var samme prosentandel 45.6 %.
- Ved 21,7 % av tvangsmiddelepisodene innebar det selvskadende atferd. Kjønnsfordelingen her er at for 25 % av kvinnene og 18.5 % av mennene var selvskading eneste eller del av begrunnelsen.

Viktigste resultater:

Kvinner og menn blir i all hovedsak iført mekaniske tvangsmidler på grunn voldelig atferd eller for å hindre voldelig atferd, mot andre mennesker. De mannlige pasientene i utvalget utøver nesten like ofte selvskadende atferd som kvinnene.

7. METODOLOGISKE OVERVEIELSER

I dette kapitlet blir sentrale deler av metoden diskutert. Jeg har gjennom kritisk refleksjon beskrevet styrker og svakheter ved undersøkelsen og argumentert for hvorfor designet er egnet for denne undersøkelsen. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å gjennomføre en kvalitativ studie. Jeg ønsket å få besvart hvorfor pasienter utsettes for mekaniske tvangsmidler? Metode skulle være å analysere begrunnelsesteksten i tvangsmiddelprotokollen. Etter hvert som jeg jobbet med undersøkelsen utviklet det seg en interesse for å besvare spørsmål, som omhandlet ulike sammenhenger mellom mekanisk tvangsmiddelbruk og pasientens kjønn. Etter å ha drøftet med veileder og prosjektmedarbeidere, ble det mer hensiktsmessig å besvare forskningsspørsmålene ved bruk av en retrospektiv kvantitativ design. I dette designet blir også begrunnelsen inkludert.

7.1 Validitet og reliabilitet

Validitet betegner datas relevans for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven (Hellevik, 2003). "Validitet gir måleresultatene informasjon om det fenomenet vi ønsker å måle?" (Friis og Vaglum, 1999 s. 119).

Data som fremstilles i oppgaven er hentet fra tvangsmiddelprotokollen. Knutzen sier at tvangsmiddelprotokollen er den sikreste kilden for tvangsmiddelbruk og den inneholder flest opplysninger om avdelingens tvangsmiddelbruk (Knutzen, 2001). Det er en risiko for at tvangsmiddelepisoder er utelatt eller at opplysninger i protokollen er mangelfulle. Det er i så fall noe som må tas i betraktning. Protokollen er et klinisk dokument som brukes i hverdagen på psykiatriske avdelinger. Protokollen er håndskrevet, som kan føre til utfordringer knyttet til tolkning av ord/skrift. En styrke med protokollen som kilde er at den skal undertegnes av iverksettende sykepleier, forordende vedtaksansvarlig og til slutt godkjennes av kontrollkommisjonen.

For å sikre god validitet og reliabilitet i datasamlingsprosessen benyttet jeg meg av medhjelpere og rådførte meg med forskere med erfaring fra tvangsmiddelforskning. Data ble innhentet med hjelp av godkjente prosjektmedarbeidere fra multisenterstudien. Det ble gjennomførte kontroller av tvangsmiddeldata, som kvalitetssikring. Det vil si at mine kollegaer i multisenterstudiens arbeidsgruppe og jeg kontrollsjekket teksten i protokollen der hvor det kunne være tvil om hva som stod skrevet. Medhjelperne har lang klinisk erfaring og er kjent med praksisen rundt tvangsmiddelbruk.

Mine vurderinger er at forskningsspørsmålene ble besvart med best mulig datakilder. Tvangsmiddelprotokollen er den kilden innen psykisk helsevern som gir opplysninger om fleste data og da igjen, de spørsmål prosjektet ønsket å belyse og besvare. Elektronisk journal gav meg tall på innlagte pasienter også fordelt på kjønn, noe som gjorde at rate på bruk av mekaniske tvangsmidler kunne utregnes.

7.2 Generaliserbarhet og representativitet

Materiale fra denne studien var relativt lite, sammenlignet med studier fra større institusjoner, multisenterstudier eller undersøkelser over en lengre periode enn to år. Det er derfor vanskelig å generalisere funn fra studien. Datamaterialets størrelse ble på forhånd definert i forhold til tid (2 år) og ikke i forhold til antall N. Det var av den grunn ikke mulig på forhånd å vite størrelsen på antall N i denne studien. Sentrale funn fra studien viser for øvrig samme tendens som andre studier, som har større antall pasienter eller hvor undersøkelsen har pågått over en lengre periode. Ved at hoveddelen av studiens datamateriale er innhentet ved bruk av bare en datakilde (tvangsmiddelprotokoll), vil det være naturlig å forvente høy grad av representativitet. Tvangsmiddelprotokollen, er en nasjonal standard som i utgangspunktet kan inneholde samme type data uansett undersøkelsessted.

7.3 Styrker ved undersøkelsen

Data i undersøkelsen er på et detaljert og individspesifikt nivå. Det foreligger få undersøkelser i Norge som eksplisitt kartlegger begrunnelsene for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler, og jeg mener at det vil være riktig å anta at det gir undersøkelsen originalitet. Jeg mener detaljnivået på dataene i undersøkelsen vil gjøre resultatene til positive bidrag for den kliniske hverdagen, og det videre vitenskaplige arbeidet i forhold til å redusere/kvalitetssikre bruk av for eksempel mekaniske tvangsmidler. Oppgaven er en del av en multisenterstudie som omhandler tvangsmiddelbruk. Det gjør at jeg har hatt tilgang til kompetanse på nettopp dette feltet.

7.4 Svakheter ved undersøkelsen

Journaldata og tvangsmiddelprotokollen som kilde kan også være en svakhet: De er ikke tilrettelagt for forskning, men for kliniske praksis. Friis og Vaglum skriver at det å bruke data som i utgangspunktet er for kliniske bruk, kan være problematisk for bruk til forskning. Journaldata og andre kliniske data kan være upresise og man må ta høyde

for feilkilder (Friis S, Vaglum P, 1999). De foreliggende data jeg har brukt kan være mangelfullt ført i en travel hverdag.

Studien er uten kontrollgruppe, noe som gjør at sammenligning med pasienter som ikke er blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler ikke lar seg gjøre. For eksempel kunne det være interessant å sammenligne undersøkelsespopulasjonen med pasienter som får farmakologiske tvangsmidler.

Forskning og teori som jeg har benyttet i denne oppgaven viser at utfordringer knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler handler om flere faktorer enn det som besvares i denne undersøkelsen. For eksempel viser ikke undersøkelsens tallmaterialet noe om avdelings eller personal faktorer.

8. DISKUSJON AV RESULTATENE

Resultatene diskuteres i samme rekkefølge som forskningsspørsmålene er satt opp og resultatene fremstilt, for oversiktens skyld.

Jeg ønsker å presisere at der hvor egne erfaringer trekkes inn, er det fra mine 19 år innen sikkerhetspsykiatri. Så selv om jeg ikke har jobbet ved definerte akuttpsykiatriske avdelinger mener jeg egne erfaringer er relevante. Det å møte mennesker, hvor bruk av mekaniske tvangsmidler er brukt er fellesnevneren hvor jeg trekker inn egne erfaringer. Jeg mener derfor at det er overførbart fra en avdeling til en annen.

Et annet poeng er at en av Sintef rapportene som omhandler bruk av tvangsmidler, spesielt tilkjennegir at omfang av tvangsmiddelbruk er størst innen akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri (Pedersen et al, 2007).

Jeg har tidligere argumentert for å bruke historisk materiale i deler av teorien. Den er etter min mening viktig i forhold til å forstå sider av dagens praksis og er et viktig "bakteppe" for denne oppgaven. Når et gjelder å trekke dette inn i diskusjonen, vil det kanskje ikke være dagsaktuelt, som for eksempel den nyere forskning jeg bruker. Den historiske delen er i tillegg til overnevnte, også ment som et refleksjonsgrunnlag. Det er interessant mener jeg at det i følge Pedersen et al (2007), er en økende tendens til å bruke mekaniske tvangsmidler. En form for individuell og sosial kontroll, som "alle" vil til livs. Det er da spennende å beskrive sider fra historien hvor diskusjoner og beskrivelser av tvangsmiddelbruk var aktuelt og se denne opp mot dagens praksis.

Disse ulike innfallsvinklene er ment å gi diskusjonen bredde, nyanser og utvide forståelsen av mekaniske tvangsmidler ved å sette det hele inn i ulike perspektiver.

8.1 Forekomst/ omfang av mekanisk tvangsmiddelbruk

Studien viste at 5.8 % av alle innlagte pasienter i perioden hadde vært utsatt for minst en episode med mekaniske tvangsmidler. Denne studien viste lavere tall enn en undersøkelse over 4 uker fra 11 lukkede psykiatriske avdelinger i Warszawa /Polen. Den viste at andelen pasienter ved de ulike avdelingene som hadde blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler varierte fra 15,7 % til 21, 6 % (Kostecka & Zardecka, 1999). Det ble brukt mekaniske tvangsmidler på 58 pasienter, fordelt på 138 episoder i 2004 og 2005. Det vil si litt i overkant av 2.35 episoder pr pasient. Wynn (2002) fant i sin

studie fra Tromsø at 797 pasienter stod for 235 episoder over en 4,5 års periode. Det vil si et gjennomsnitt på 3.3 episoder pr pasient som også er noe høyere enn foreliggende studie.

En norsk studie over 4 års tvangsmiddelbruk ved en akuttpsykiatrisk avdeling, viste at mekaniske tvangsmidler var den form for tvangsmiddel som ble benyttet hyppigst (Knutzen, 2001). Det underbygges av Pedersen et. al, som finner at mekaniske tvangsmidler er hyppigst brukt av tvangsmiddeltypene i Norge (Pedersen et al 2007).

Flere internasjonale studier omhandler begrepet "restraint", noe som gjør det vanskelig å vite om det da også handler om "å holde pasienten" og eller bruke mekaniske tvangsmidler. Spesielt vanskelig er det å diskutere forskningsrapporter fra de land som definerer restraint som både det å holde en pasient fast, og benytte mekaniske tvangsmidler (eks USA). For eksempel viser en undersøkelse av Swett (1994), at 31 % av pasientene hadde vært utsatt for "restraint". Det å holde en pasient var ikke definert som tvangsmiddel i Norge ved undersøkelsestiden, men er senere blitt definert som tvangsmiddel i lov om psykisk helsevern.

Fra historien beskrives det at Connolly (1847) klarte å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler til et minimum, ved å innføre the moral treatment. I 1829 ble 39 av de 72 innlagte pasientene utsatt for mekaniske tvangsmidler 1727 ganger. I 837 ble 2 av 130 pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler 2 ganger. På samme tid i Norge ble man opptatt av de samme verdiene som Connolly og hans likemenn forfektet. Statistikkene fra norsk psykiatri viste også en nedgang av mekaniske tvangsmidler utover 1900 talet og en oppgang i bruk av isolasjon (innlåsing på eget rom). Fokus og ressurser var på reduksjon av mekanisk tvangsmiddelbruk og alternative tiltak, som hardt arbeid, aktiviteter og forventninger til pasienten. Samtidig ble isolering av pasienter, som for eksempelvis var voldelige, sett på som mer humant enn bruk av mekaniske tvangsmidler. Det ble en forståelse av at mekaniske tvangsmidler ikke var det beste tiltaket for å ivareta voldelige pasienter, men heller bruk av isolering.

Senere ble de etabler "vaktavdelinger", hvor personell var til stede sammen med den urolige pasienten (Skålevåg, 2000). Jeg forstår vaktavdelingene som første utgave av det vi i dag kaller skjerming. Skjerming er regulert i lov om psykisk helsevern og omhandler muligheten til å holde en pasient på et definert område med personell tilstede i samme rom eller i nærheten (Lov om etablering av psykisk helsevern, 2001). Min erfaring er at skjerming forvaltes svært ulikt og er ofte påvirket av den enkelte

institusjons kultur. Noen steder er skjerming små enheter, hvor pasientene har eget rom, oppholdsrom etc. Andre steder er skjerming kun et lite rom.

Nyere forskning viser en økning av mekaniske tvangsmidler innen psykisk helsevern i Norge (Pedersen et al, 2007). Denne foreliggende studie viser en reduksjon fra 2004 til 2005, når det gjelder antall episoder. I 2004 ble det i foreliggende studie iverksatt bruk av mekaniske tvangsmidler 88 ganger, mens tallet for 2005 var 50. reduksjonen i prosent var på ca 27 %. De er vanskelig å si noe om årsaker til denne reduksjonen, basert på denne studien. Det kan for eksempel være forklaringer i forhold til antall pasienter, pasientpopulasjonen eller i forhold til kompetanse og erfaring hos personalet. Dette blir bare antagelser, men enkelte studier tyder på at nevnte faktorer spiller en rolle i forhold til omfang av tvangsmiddelbruk (Pedersen et al, 2007, Knutzen 2001).

En annen viktig faktor er at foreliggende studie har et relativt lite antall pasienter, sammenlignet med andre studier, og data er innhentet fra en og samme psykiatriske avdeling. Her kan det da også være ulike lokale forklaringer som undersøkelsen ikke har data på. For eksempel kan det også vært forhold innen organisering og ressurstilfang, som kan forklare reduksjonen. Knutzen skriver at omfang av tvangsmiddelbruk varierer innen samme land (med samme lovverk). Ofte kan de være betydelige forskjeller, fra 1 % til 30 % av innlagte pasienter utsatt for tvangsmidler (Knutzen, 2001).

Det er et viktig faglig og politisk satsningsområde å redusere all bruk av tvang. Jeg mener det derfor er viktig å få kunnskap om hvordan reduksjon kan gjennomføres. Norvoll skriver at en av de viktigste funn fra sin litteraturstudie som omhandlet reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern, var organisering og styring av virksomheten. Hun skriver at spesielt i USA kunne man vise til positive resultater angående reduksjon av tvang, spesielt når organisasjonens ledelse var fokusert og målrettet mot dette tema (Norvoll, 2008). Temaet reduksjon av mekaniske tvangsmidler blir videre diskutert i kapittel 8.4.

8.2 Kjønn og forekomst/omfang av mekaniske tvangsmidler

Tall fra foreliggende studie viser at det ble iverksatt bruk av mekaniske tvangsmidler ovenfor 24 kvinner (4.6 % av alle innlagte kvinner) og 34 menn (7.1 % av alle innlagte menn). Forholdsvis flere menn utsettes for tvangsmidler i denne undersøkelsen. Det at menn utsettes mer for mekaniske tvangsmidler er også i samsvar med funn fra andre undersøkelser (Pedersen et al, 2007). Totalt sett for begge kjønn var 75.8 % av

mekanisk tvangsmiddelbruk 1 eller 2 episoder pr pasient. 79.4 % av tvangsmiddelbruken mot menn i perioden, var 1 eller 2 episoder. I andre enden av "episodeskalaen" ser vi at nesten 21 % av tvangsmiddelbruken mot kvinnene i utvalget ble utsatt for mekaniske tvangsmidler mellom 6 og 11 ganger. Det tilsvarende prosentantall for menn er 3.4 %.

Enkelte studier har sett på sammenhengen mellom bruk av mekaniske tvangsmidler og pasientens kjønn. Noen studier viser at flere menn utsettes for tvangsmidler enn kvinner (Wynn, 2002). Kvinner viste seg i Knutzens studie å være utsatt for flere episoder enn menn, når vi ser på antall episoder pr person (Knutzen 2001). Hun fant også en gruppe pasienter som ble beskrevet som gjengangere. Det var pasienter som var utsatt for tvangsmidler 3 ganger eller mer i studieperioden. Kvinner var hyppigst registrert i tvangsmiddelprotokollen med mer en 3 episoder (Knutzen, 2001). Selv om det i den sammenhengen ble registrerte alle former for tvangsmidler, finner jeg hennes funn relevant. Denne foreliggende undersøkelsen, viser også at kvinner er i flertall i forhold til antall mekaniske tvangsmiddelepisoder, når man ser på utviklingen fra 1 og 2 episoder og mot flere episoder.

Det stiller etter min mening store krav til "forvaltningen" av denne praksisen og blant annet på bakgrunn av funn fra studien til Wynn (2004), bør denne praksisen utøves med varsomhet. Spesielt vil det være viktig å problematisere bruk av mekaniske tvangsmidler ovenfor spesielt utsatte grupper, som overgrepsutsatte kvinner.

Min egen erfaring fra sikkerhetsavdelinger er ikke entydig i forhold til kvinner og bruk av mekaniske tvangsmidler. Mange av kvinnene jeg har jobbet med har betydelig traumatisert bakgrunn, med fysiske og psykiske overgrep. Jeg har god erfaring med å få dialog med kvinnene og gi dem selv alternativer til hvilke tiltak som er det mest ivaretagende for akkurat den pasienten. Denne dialogen er ofte først aktuell etter at pasienten er blitt tryggere og en terapeutisk relasjon er etablert. Noen kvinner ønsker å få ligge fastspent i en "belteseng", når kontrollen over egne handlinger brister. For eksempel om hun starter å knuse ting rundt seg, går til fysisk angrep på andre eller skader seg selv. De som ønsker å bli iført mekaniske tvangsmidler argumenterer ofte med at alternativet med fysisk holding er verre, basert på pasientens tidligere ofte traumatiske erfaringer med kroppskontakt. Andre kvinner jeg har jobbet med, finner det trygt å bli hold fast av eksempelvis kvinnelige personalet, som et alternativ til mekaniske tvangsmidler. En studie viste at kvinner kan ha re-traumatiserte opplevelser ved å ligge i "belteseng" eksempelvis gjenopplevelser av overgrep (Wynn, 2004). Det å møte

kvinner som anses å være til fare (for seg selv og/eller andre) er et særskilt viktig tema innen det psykiske helsevern. På den ene siden skal liv og helse sikres og trygges, samtidig som man må forebygge traume opplevelser.

I lys av historien ser vi at den første Norske tvangsmiddelstatistikken fra 1872 (Blomberg, 2001), viste at 30 kvinner stod for 99 episoder av mekaniske tvangsmidler, mens 15 menn stod for 47 episoder. Det vanskelig å konkludere ut fra disse tallene, da tallet på innleggelser/innlagte pasienter ikke fremkommer. Det gir etter min mening likevel et bilde på at kvinner stod for en betydelig del av tvangsmiddelbruken også på den tiden. Tallene er fra 10 psykiatriske institusjoner ("asyler"). Blomberg skriver at kvinner i tidligere tider kom senere til behandling sinstitusjoner enn menn. Det var i tidligere tider en lavere terskel for å "internere" urolige menn, enn forholdet var for kvinner (Blomberg, 2001). Kan det være slik at når kvinner først fikk hjelp var deres helsetilstand dårligere enn hos menn? Eller var det slik at menn ble raskere "internert" for å beskytte samfunnet? Det kunne være slik at en kvinne som opptrådte truende eller uakseptabelt i forhold til samfunnets normer, lettere kunne bli tatt vare på uten å bli internert. Det vil i denne sammenheng være relevant å vise til Herman W Majors rapport fra Bergen. Gjennomsnittsinntaket på pasienter i en to års periode var 18 menn og 7 kvinner. Major mente grunnen til et var at menn var voldsommere og vanskeligere å ta vare på hjemme, mens kvinnene ikke fikk hjelp før de hadde vært dårlige over lengre tid. Kan det være slik i dag? Menn med alvorlige psykiske lidelser opptrer mer skremmende og eksternaliserer sin aggresjon oftere ute i samfunnet, enn kvinner med alvorlige psykiske lidelser. (Salvesen, 1997) skriver at voldsstatistikken i samfunnet er svært skjevfordelt kjønnsmessig. Menn er overrepresentert i denne sammenhengen. Er det slik nå som i tidligere tider at menn tidligere blir tatt hånd om, i et samfunnsbeskyttende perspektiv, mens kvinner som blir innlagt i psykiatriske sykehus er kommet lenger i sykdomsutvikling og har dårligere helsetilstand? Det er vanskelig å si, men det interessant at noe forskning finner kvinner vel så eksternalisert aggressive (og voldsomme), som menn inne på psykiatriske avdelinger (Mellesdal, 2003). (Diskuteres mer i kapitlet om *kjønn og begrunnelser*).

8.3 Kjønn og tid pr episode

Når vi ser på antall timer pasientene var iført mekaniske tvangsmidler i løpet av 2004 og 2005, er menn i gjennomsnitt representert med flere timer enn kvinner. Menn som var iført mekaniske tvangsmidler hadde en gjennomsnittstid på 28 timer i løpet av 2 år. Tilsvarende tall for kvinner var 20 timer. Gjennomsnitt for begge kjønn var 24.6 timer.

Hatling skriver at vi så en nedgang i bruken av mekaniske tvangsmidler målt i antall timer, frem til midten av 90 - tallet. Tall viser at bruk av mekaniske tvangsmidler målt i timer pr person pr år gikk fra 137 timer i 1980 til 18 timer i 1994 (Hatling, 2002).

Pedersen et al (2004) viser i sin nasjonale Sintef rapport en nedgang fra gjennomsnittlig varighet pr episode på 8 timer 10 minutter i 2001 til 6 timer 20 minutter i 2003. Nyere studier fra Sintef viser at trenden har snudd innen Norsk psykiatri. Det er blitt en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler, målt i antall timer pr episode fra 2003 til 2005 (Pedersen et al, 2007).

Foreliggende studie viser en noe høyere gjennomsnittstid enn hva Pedersen et al (2004) fant, forklaringene kan ligge i at Sintef studien baserte seg på tall fra både sykehus og distriktpsykiatriske senter. Pedersen et al skriver at bruk av mekaniske tvangsmidler i all hovedsak skjer ved akuttavdelinger og at det særlig gjenspeiler seg i antall timer (Pedersen et al, 2004). Det er derfor naturlig å tenke seg at tallene fra Sintef ville vært høyere om bare tall fra akuttavdelinger var tatt med.

Studier har vist at et fåtall av pasienter som utsettes for mekaniske tvangsmidler har relativt mange episoder og/eller tidsmessig lange episoder (Knutzen, 2001; Pedersen et al, 2007). For eksempel Knutzens studie som identifiserte en gruppe kvinner med gjentagende episoder, som hun kalte gjengangere (Knutzen, 2001).

Med det som utgangspunkt ble det i denne foreliggende studien også kartlagt gjennomsnittstid målt i timer som hver person var iført mekaniske tvangsmidler, korrigert for de tre av hvert kjønn med høyeste timeantall totalt. Gjennomsnittstiden var målt i forhold til 2 års perioden data var basert på. Korreksjonen ble utført for å se om det ble forandringer i kjønnsforskjellene. Før korreksjonen viste tallene at en tvangsmiddelepisode for kvinnene i gjennomsnitt var på 20 timer og for menn 28 timer. Gjennomsnittet totalt var litt over 24 timer. Etter korreksjonen viser tallene at det ble en reduksjon fra 28 til 13.5 timer i gjennomsnitt for menn. Samme gjennomsnittstall for kvinnene ble en reduksjon fra 20 timer til 7 timer. Disse tallene indikerer at et fåtall pasienter, av hvert kjønn har lange episoder iført mekaniske tvangsmidler.

Jeg mener det kan være en klinisk og psykologisk sammenheng mellom tiden hver pasient er iført mekaniske tvangsmidler og pasientens kjønn. Min erfaring er at menn blir værende lenger i mekaniske tvangsmidler, fordi personalet opplever menn som en generell større fysisk fare enn kvinner. Menn virker ofte mer skremmende på personalet

og medpasienter. Dette gjelder da mekaniske tvangsmidler er benyttet på grunn av voldelig og skremmende atferd mot andre. Det vil ofte være letter å vurdere å løse en kvinne ut av de mekaniske tvangsmidlene, om hun ikke representerer den samme fysiske trusselen som menn gjør. Når en pasient er iført mekaniske tvangsmidler skal det fortløpende vurderes om det er tilrådelig å løse pasient opp. Jeg har ofte erfart at mannlig pasienters uro og verbale trusler blir tolket mer alvorlig enn kvinners. Spesielt hvis begrunnelsen for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler var angrep/vold mot andre. Dette støttes derimot ikke av andre undersøkelser, som fant at det ikke var forskjeller på konsekvensene av kvinnelige og mannlige pasienters voldsutøvelse mot andre personer inne på psykiatrisk avdelinger (Lam et al, 2000; Linaker, 2000).

Ser vi dette i en historisk sammenheng er det beskrivelser fra blant annet England (før 1835) og Frankrike (før Pinel), hvor både mannlige og kvinnelige pasienter var iført lenker og jern i årevis (Hermundstad, 1999). Det er beskrevet historier om kvinner og menn som bare fikk forlenget lenkene de var iført ved toalettbesøk og ved måltider, ellers var mange av pasientene fastlenket til senger over svært lang tid. For eksempel viser Faucault til en pasient som var fastlenket i 12 år, ved et engelsk asyl. (Faucault, 2000; Hermundstad, 1999).

8.4 Kjønn og begrunnelser

Hvorfor det brukes mekaniske tvangsmidler ovenfor psykiatriske pasienter er beskrevet i internasjonal litteratur. (Pedersen et al 2007; Kaltiala-Heino, 2003). Jeg har ikke funnet noen Norske studier som eksplisitt har undersøkt dette. Knutzen (2001) skrev i sin hovedfagsoppgave at et viktig arbeid fremover nettopp ville være å undersøke hvorfor tvangsmidler benyttes (Knutzen, 2001).

Den foreliggende undersøkelsen viste at skade på, eller hindre skade på andre mennesker, er den begrunnelsen som oftest går igjen for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler. I de senere årene har som nevnt internasjonale undersøkelser sett på hvorfor tvangsmidler benyttes og kjennetegn ved den atferden som fører til bruk av mekaniske (Pedersen et al, 2007). Blant annet viser en finsk studie at vold og aggressiv atferd mot andre personer er den atferden som oftest fører til bruk av tvangsmidler (Kaltiala-Heino, 2003). Den finske undersøkelsen differensierte ikke mellom mekaniske tvangsmidler og isolasjon.

I foreliggende undersøkelse omhandler det å skade en annen person flertallet av begrunnelsene for å benytte mekaniske tvangsmidler, både i forhold til kvinnelige og mannlige pasienter. Det er ikke helt i tråd med hva Salvesen skriver er den tradisjonelle forståelsen av voldelig atferd og kjønn i samfunnet for øvrig. I følge Salvesen er mannen den som i første rekke ses på som utøver av vold mot andre i det norske samfunnet. Han skriver at det ikke er det minste rart, om man ser på statistikken over volds dommer, hvor menn er overrepresentert (Salvesen, 1997).

Det kan se ut som voldelig atferd mot andre viser noe ulike mønster innen lukkede psykiatriske avdelinger og i samfunnet for øvrig. Studier viser at kvinner relativt sett utøver vold inne på lukkede psykiatriske avdelinger, minst like ofte som menn, og med minst like alvorlig skadeomfang (Mellesdal L, 2003; Khadivi, et al 2004). Binder og McNeil (1990) finner i en studie fra en lukket akuttpsykiatrisk avdeling at personalet erfarte mannlige og kvinnelige pasienter forskjellig. Kvinner utøvde i større grad fysisk vold, mens menn hadde mer skremmende atferd

Mellesdal gjennomførte en treårig prospektiv undersøkelse om aggresjon ved en akuttpsykiatrisk avdeling i Norge. Hun fant ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn vedrørende aggressive hendelser, men kvinner stod for signifikant høyere omfang gjeldende fysisk angrep på andre og alvorligere grad av skade på andre (Mellesdal, 2003). Andre studier fra psykiatriske avdelinger finner ingen forskjeller mellom aggressiv atferd mot andre og pasientens kjønn (Barlow, Grenyer, & Ilkiw-Lavalle, 2000; Johnson, 2004).

Men utgangspunkt i egen studie problematiserer Mellesdal det faktum at det i for liten grad gjennomføres differensierte behandlingsopplegg for kvinner og menn innen det psykiske helsevern. Hun skriver at et i større grad burde vært tilrettelagte tilbud, spesielt for kvinner som utøver vold mot andre (Mellesdal, 2003).

Den foreliggende studien viser at 10 kvinner (25 % av kvinnene i utvalget) 6 menn (18.5 % av mennene i utvalget), ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, når skade på seg selv er eneste eller del av begrunnelsen. I en engelsk studie ble 368 tilfeldig utvalgte pasienter som hadde oppsøkt somatisk akuttstusykehus for hjelp etter selvskading intervjuet. Undersøkelsen viste at dobbelt så mange kvinner skadet seg selv i forhold til menn (Morgan, Burns-Cøx, Pocock & Pottle, 1975).

Foreliggende studie viser at det oftere er beskrevet flere begrunnelser for bruk av mekaniske tvangsmidler hos kvinnelige pasienter enn hos mannlige, ved en og samme episode. Dette gjelder spesielt hvor begrunnelsene omfatter skade på seg selv og andre. (16 % av alle tvangsmiddelepisodene hadde kombinasjonsbegrunnelsen *skade på seg selv og andre*). Ved at samme episode begrunnes med både selvskadende atferd og vold mot andre, mener jeg det er relevant å se til det aggresjonskontinuum som beskrives hos Hummelvoll. I det beskrives at aggressive uttrykk kan komme til syne både som internalisert og eksternaliserte uttrykk. Ytterpunktene i kontinuumet er vold mot seg selv (evt. selvmord) og vold mot andre. (s 33). På mange måter viser akkurat overnevnte begrunnelseskombinasjon (skade på selv og andre), det kanskje mest kompliserte i å forstå og møte pasienten. I forhold til aggresjonskontinuumet forstår jeg aggresjonsbegrepet beskrevet som følelser som kan uttrykkes som vold mot andre og mot seg selv. Som jeg har vist i teorikapitlet mener andre igjen at aggresjon forekommer kun rettet mot andre, altså utelukkende eksternalisert. Min erfaring er at pasienter ofte går til fysisk angrep på personalet, fordi pasienten blir nektet eller stoppet i den selvskadende handlingen. Jeg mener at et av de kliniske (etiske) dilemma er hvordan hjelperen skal møte selvskading. Skal vi la pasienten fa lov til å skalle i vegg, rispe seg opp, eller brenne seg, hvis alternativet er at pasienten går til fysisk angrep og blir iført mekaniske tvangsmidler. Det er av interesse, mener jeg å problematisere psykiatriens tiltak nettopp i forhold til selvskading, når man ser at tiltaket kan ende i at pasienten også angriper andre og ender i mekaniske tvangsmidler.

Min kliniske erfaring er at selvskading er et fenomen som er særlig er knyttet opp til kvinner. Føyn skriver: "En gruppe pasienter omfatter de mest vanskelige og farlige kvinnene. Det typiske her er de såkalte borderlinesymptomene, med svært svingende emosjoner og atferd. Pasientene har ofte svært mange utageringsepisoder, med selvbeskadigelser, trusler om selvmord og selvmordsforsøk" (Føyn, 1997 s.123).

Denne studien kartlegger ikke diagnostiske forhold hos pasientene, men jeg mener basert på nesten 20 års erfaring, at Føyns betraktninger er relevant. Han kontekstualiserer gjentakende atferd av selvskadende karakter, med kvinner som har en spesiell type symptomatologi. Linaker finner at kvinner som utøver vold mot andre også i stor grad skader seg selv (Linaker, 2000).

Garde skriver at selvmordsforsøk er et relativ typisk kvinnefenomen. Og at det ofte er et argument at selvmordsforsøket er et typisk feminint mønster; mer et rop om hjelp enn ønske om å dø. En mann i krise vil oftere kunne reagere med aggressivitet og handlekraft (Garde, 2003). Det at over 18 % av den mannlige studiepopulasjonen skader seg selv mener jeg er interessant. I min litteraturgjennomgang av historisk materiale finner jeg ikke beskrivelser av selvskadende menn. Mangel på beskrivelser av den type handlinger kan for eksempel bety at forekomsten var lav eller at denne type handlinger ikke var av maskulin karakter og heller ikke snakket høyt eller skrevet om. Garde skriver at menn oftere viser en annen form for handlingsmønster i krise. Menn utøver i følge Garde vold mot andre eller gjennomfører selvmord (Garde, 2003). Min kliniske erfaring med menn som skader seg selv er meget begrenset. Jeg har erfart å jobbe med selvmordstruende menn, men har nærmest ingen erfaring med menn som skader seg selv. Min erfaring med menn som ønsker å ta livet sitt, er at de ikke gjennomfører selvskadende handlinger (risper seg, brenner seg eller kutter seg), men heller planlegging av og forsøk på å gjennomføre suicid.

8.4.1 Organisering, forståelse og tiltak

Selv om denne studien ikke får empiriske data om organiseringen av psykiatrisk behandling, mener jeg det vil være et viktig aspekt å ha med. Trenger kvinner og menn i større grad differensiert behandlingstilbud, særlig med tanke på å møte aggresjon? Funn fra foreliggende studie viser at vold mot andre er den begrunnelsen oftest brukes, når det iverksettes bruk av mekaniske tvangsmidler. Det vil derfor være hensiktsmessig å drøfte disse funn opp mot forskning og teori som har belyst hvordan voldsproblematikk innen psykisk helsevern kan møtes.

Johnson (2004) skriver at vold og aggresjon er et av de store utfordringer innen psykiatriske avdelinger i, hun har gjennomført en litteraturstudie i forhold til på vold innen psykiatriske institusjoner. Hun finner at voldelig atferd kan kontekstualiseres inn i 4 hovedkategorier: Pasientrelatert kategori, personalrelatert kategori, avdelingsrelatert kategori og interaksjonsrelatert kategori. Jeg mener denne måten å operasjonalisere

problemer med vold og aggresjon, er hensiktsmessig og oversiktlig. Pasientrelaterte faktorer omhandler eksplisitt pasientens forhold til vold og tilbøyelighet til å utøve vold. For eksempel i lys av de ulike teoretiske aggresjonsteoriene (s 35-36). Den første kategorien, mener jeg har i utgangspunktet størst relevans for denne studien. Den omhandler eksplisitt pasienten. Denne studien får ikke data som omhandler Johnsons øvrige 3 kategorier, men jeg mener at de er viktige å beskrive, da de sannsynligvis påvirker hverandre i klinisk praksis.

Personal kategori omhandler verdier, kunnskap og ferdigheter som personalet besitter. Avdelings kategori gjelder hvordan de fysiske forholdene er tilrettelagt for behandling (estetikk, romstørrelse, hvile/aktivitets muligheter etc). Den siste kategorien Johnson skriver om er forholdet/ kommunikasjonen mellom pasienten og pleieren.

”Yet, despite the large body of research related to institutional violence, there is a notable lack of the well –controlled empirical studies needed to provide the foundation for evidence-based nursing interventions with potentially violent psychiatric patients on inpatient psychiatric” (Johnson & Hauser, 2001 s 652).

Slik jeg ser det gir Johnson en systematisk fremstilling i det å møte utfordringer knyttet til voldelige pasienter.

Hennes analyser og operasjonaliseringer mener jeg er nyttig i lys av annen forskning som beskriver frykt, myter og stigmatiserende holdninger i forhold til at psykisk syke mennesker er mer voldelige enn andre (Blumenthal & Lavender, 2001). Terskelen for å bruke tvangsmidler blir lavere, når samfunnet (og psykiatrien) ofte ser sammenheng mellom psykisk lidelse og vold (Pescosolido, et. al 1999).

I lys av det Goffman skriver om stigmabegrepet (s.18), mener jeg at disse menneskene vil være særlig utsatt for stigmatisering. Min erfaring er at mennesker med psykiske lidelser, og som utøver vold er en utsatt gruppe både i samfunnet og innen det psykiske helsevern. Med utsatt mener jeg, myter, stigma og mangel på forståelse. Min erfaring er at pasienter som utsetter andre for vold, sjelden er farlig til en tid, men at det ofte er situasjons, relasjons, personlige eller psykopatologisk forklaring på handlingen.

I følge Sailas & Fenton (2001), viser enkelte studier at det er en lavere terskel på å bruke tvangsmidler mot pasienter som har historie på å være voldelige. Dette er funn jeg kjenner meg igjen i fra klinisk praksis. En pasient som har historie på vold og for eksempel re - innlegges, kan spre frykt i avdelingen basert på personalets erfaringer.

Det er da etter min mening interessant å se til undersøkelser og prosjekter som fokuserer nettopp på alternative måter å møte pasienten på. Pasienter som truer med å utøve vold, trenger å bli møtt og forstått som medmennesker. Jeg har tro på å fremheve respekten for menneskets egenverd, i møte med den voldstruende pasienten. På den måten kan pasientens kommunikasjonsuttrykk og handlingsmønster (truslene og volden), være en utfordring for hjelperen og pasienten skal jobbe med som en aktiv del av behandlingen og ikke bare "håndteres" ved bruk av for eksempel mekaniske tvangsmidler. Min erfaring i denne sammenheng er at voldelige hendelser sjelden kommer "som lyn fra klar himmel" men er påvirket av mange faktorer.

Når det gjelder å systematisere og operasjonalisere møte med voldstruende pasienter/situasjoner har Johnson og Hauser (2001) gjennomført en kvalitativ studie hvor de intervjuet 20 erfarne psykiatriske sykepleiere for å få synliggjort og beskrevet hvordan de roet ned (de escalated), en aggressiv og truende pasient. På bakgrunn av intervjuanalysene utviklet forfatterne en modell som beskriver og forklarer forståelsen av hvordan de psykiatriske sykepleierne roet ned (de escalated) aggressive og truende pasienter. De skriver at de psykiatriske sykepleierne viser et komplisert og "flytende" mønster, basert på relasjonskompetanse og kontekstualisert pasient og situasjonskompetanse. Hun operasjonaliserer handlingsmønsteret i flere deler:

Situasjons - og pasient beskrivelsen: Den erfarne psykiatriske sykepleier "leser" situasjonen og pasienten godt og kan fange opp "faresignalene" tidlig.

Situasjons - analyse og forståelse av pasientens atferd og behov. På bakgrunn av lang erfaring og høy kompetanse kunne sykepleierne i undersøkelsen iverksette tiltak.

Kontakt med pasienten. Et hovedprioritert område var å få verbal kontakt med pasienten og formidle forståelse.

Kontakten som ble etablert roet pasient ned, uten bruk av tvangsmidler.

Selv om dette er en modell basert på psykiatrisk sykepleie og eksternalisert aggresjon, mener jeg disse prinsippene er tverrfaglig allmenngyldige for alle som møter aggressive pasienter innen det psykiske helsevern så vel som i kommunehelsetjenesten. Jeg tenker også at modellen, er hensiktsmessig i møte med personer som kader seg selv. De samme prinsippene som beskrives i modellen, mener jeg har overføringsverdi. Det

handler etter min mening om vilje og kunnskap til å forstå, og gjennomføre tiltak/tilnærminger basert på den individspesifikke kunnskap modellen gir.

Å søke å forstå pasienten og møte vedkommende med respekt er også noe av det jeg leser ut av denne modellen. Jeg mener det også er relevant å se denne "modellen" opp mot begrepene stigma og sosial kontroll. I stedet for å isolering og fremmedgjøring som historien om "avvikerne" og de "farlige" har gitt oss eksempler på, mener jeg at modellen bidrar til forståelse av atferden (aggresjonen) og inkludering av pasienten.

Begrepet mening finner jeg relevant i denne sammenheng. Mening med atferd og meningsfulle tiltak. Her vil jeg se til the moral treatment og the non restraint movement, som baserte seg på aktiviteter, arbeid og tilsvarende. Tiltakene var ikke alltid basert på frivillighet, men alternativet på denne tiden var ofte ned - innelåsing og passivitet. Både Pinel, Connolly og Tuke viser til reduksjon av mekaniske tvangsmidler ved å innføre alternative tilnærminger, som systematisert sysselsetting og fysisk aktivitet, sammen med positive forventninger til pasientens atferd. Jeg tror at pasientene ofte kunne få ut sin frustrasjon og aggresjon ved for eksempel kroppsarbeid. Min erfaring fra det psykiske helsevern er for stor grad av passivitet i motsetning til større fokus på tilrettelagte aktiviteter, som sentral del av behandlingen. Det å satse på det meningsfulle for pasienten og hjelperen tror jeg er et viktig bidrag for å redusere bruk av tvangsmidler. Pasienter jeg har jobbet med sier at fysisk aktivitet, meningsfull "fritid", eller noen form for sysselsetting som del av behandlingen er viktige faktorer for å føle seg vel og kan bidra til at aggresjonsnivået synker.

De senere års voldsrisiko forskning, som for eksempel utviklingen av HCR 20 eller forskningen til Stål Bjørkly, inneholder faktorer som skal bidra til at pasienter ikke får voldelige tilbakefall. Prinsippet er basert på nøye individspesifikk kartlegging av pasientens voldshistorie og aggresjonsdynamikk. Hensikten er at pasienten på sikt skal ha et forhold til seg selv og egen aggresjon, som fører til andre måter å handle på en for eksempel vold mot andre. Eksempler på tilnærminger er trygghet i omgivelsene, arbeid og sosialt nettverk. Samtidig er det ofte viktig for pasientene å kunne kontrollere inntak av rusmidler og ha tilgang på hjelpere om situasjonen skulle forverre seg. (Webster et al, 1997; Bjørkly, 1997). Min erfaring er at systematisk oppfølging "fanger opp" pasienter før de blir i så dårlig form at den tidligere volds og aggresjons problematikk gjenoppstår og for eksempel re innleggelse på akuttavdeling blir aktuelt. Det vil være lettere å intervensere tidlig, om hjelpeapparatet har detaljert individspesifikk kunnskap og

sammen med pasienten hindrer tilbakefall. Noe som igjen kan føre til mindre bruk av tvang, og pasienten kan fortsatt bo eksempelvis i egen leilighet.

9. KONKLUSJON

- 4.6 % av alle innlagte kvinner og 7.1 % av alle innlagte menn ble iført mekaniske tvangsmidler minst en gang i løpet av undersøkelsesperioden.
- Det ble iverksatt 138 episoder med mekaniske tvangsmidler totalt i 2004 og 2005. Det var en reduksjon i antall episoder fra 88 episoder (63,8 % av episoder over to år) i 2004, til 50 episoder (36,2 %) i 2005.
- Totalt sett var det ingen forskjell mellom kvinner og menn i forhold til antall episoder. 1 og 2 episoder med mekaniske tvangsmidler representeres av 27 menn og 17 kvinner. 1 kvinne stod for 9 episoder og 1 kvinne stod for 11 episoder. Høyeste antall episoder for en mann var 8. Menn var lenger iført mekaniske tvangsmidler pr episode, enn kvinner.
- Kvinner og menn ble i all hovedsak iført mekaniske tvangsmidler på grunn voldelig atferd eller for å hindre voldelig atferd, mot andre mennesker. Ved 89 % av episodene hvor mekaniske tvangsmidler ble benyttet, innbefattet begrunnelsen skade på andre mennesker. Ved 43.5 % av episodene hvor menn ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, innebar en av begrunnelsene skade på andre. For kvinner var samme prosentandel 45.6 %.
- For 25 % av kvinnene som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, var selvskading eneste eller del av begrunnelsen. Samme forhold hos menn var 18,5 %.

Oppsummering:

Denne studien viser at kvinner har flere og kortere episoder iført mekaniske tvangsmidler. Menn har som oftest 1 eller 2 episoder og er iført mekaniske tvangsmidler nesten dobbelt så lenge pr episode som kvinner. Begge kjønn utsettes for mekaniske tvangsmidler på grunn av fare for vold eller utøvd vold mot andre. Like mange menn som kvinner ble utsatt for mekanisk tvangsmidler på grunn selvskading, eller for å hindre selvskading.

9.1 Implikasjoner for praksis

Jeg mener at særlig pasienter som av ulike årsaker utsettes for mekaniske tvangsmidler bør være i fokus i det videre arbeidet for å utvikle psykiatrisk praksis. Jeg tror det er mange og kompliserte faktorer som spiller inn når vi skal prøve å forstå hvorfor det går så langt, at man må iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler. Jeg forstår Sintefs rapport dit hen, at den utfordrer utdannelseinstitusjoner på Høgskole og Universitets nivå i det å undervise i konflikthåndtering, aggresjonsforståelse og lignende. Pedersen og medarbeidere skriver at personale med lang yrkeserfaring ofte har bedre trening i å håndtere konfliktsituasjoner. Det er grunn til å anta at det da blir mindre tvangsmiddelbruk (Pedersen et al, 2007).

Å forstå pasienters uttrykksform kan være vanskelig og krevende, spesielt når uttrykket er aggresjon, raseri, vold og selvskading. Begreper som Evidenced Based og Best Practice, vil ha mening om for eksempel forskningen til Hauser og Johnson integreres med den systematiske voldsrisiko forskningen som Stål Bjørkly og forskerne rundt HCR 20 representerer. Jeg mener det vil være et utgangspunkt for videre jobbing innen det psykiske helsevern. På den måten kunne man hatt et korttidsfokus og et langtidsfokus, i forhold til å forstå og møte pasienter med aggresjonsproblemer.

I tillegg tror jeg større fokus på gode opplevelser rundt aktivitet og trening, vil kunne bidra positivt for å gi pasienten alternative handlingsmønstre og avledning fra aggresjon. Min erfaring er at fysisk aktivitet også kan gi utløp for aggresjon. Connolly og hans kollegaer satset blant annet på fysisk aktivitet og hardt arbeid, som alternativ til passivitet.

9.2 Behov for videre forskning

Kjønnsforskjeller i bruken av tvangsmidler er et felt som bør studeres ytterligere. Denne studien viste at noen få kvinner utsettes for mekaniske tvangsmidler repeterende ganger, noe også Knutzen finner i sin studie fra 90 tallet. Videre vil det være interessant at flere Norske studier kartlegger begrunnelsene for å bruke mekaniske tvangsmidler.

Basert på denne og andre studier, mener jeg at forskere som belyser ulike sider av vold og aggresjon innen det psykiske helsevern, bør samarbeide tett med de som driver med tvangsmiddelforskning. Det kan være en innfallsvinkel til redusert og kvalitetssikret bruk av tvangsmidler. Det bør gjennomføres ytterligere kvalitative studier som belyser både

pasienters og personalets opplevelser og erfaringer med bruk av tvangsmidler. I lys av foreliggende studie, ville det også være interressant å få pasienters opplevelse og erfaring med egen aggresjon og hvordan de i denne sammenheng har blitt møtt av det psykiske helsevern.

Kampen mot tvangsmiddelbruk kan være vanskelig. Det bør være en trygg og kunnskapsbasert praksis som ligger til grunn, for å utvikle holdninger, verdier og metoder hvor bruk av mekaniske tvangsmidler skal reduseres. Studier viser at ambisjoner om å redusere bruk av tvangsmidler, uten tilstrekkelig kunnskap om alternative måter å møte voldelige pasienter, kan føre til fysisk skade på medpasienter og personalet (Khadivi Ali None, 2004).

For å få til videre satsing på forskning og fagutvikling for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler, vil det i stor grad være snakk om politisk og økonomisk vilje for å oppnå det målet.

10. LITTERATURLISTE

Andersen, J W., & Karlsson, B. (red). (2001). *Psykatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*: Gyldendal akademisk.

Austad, A K., & Ødegård, Ø. (1956). *Gaustad sykehus gjennom hundre år*. J. Chr. Gundersen: Oslo.

Barlow, K., Grenyer, B. & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitance of aggression in psychiatric inpatient units: *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34, 967-974.

Benestad, H B., Låke, P. (2004). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. 1. Utgave: Gyldendal.

Binder, R L., McNeil, D E. (1990). The Relationship of Gender to violent behaviour in acutely disturbed psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51: 3 March.

Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi; Psykologiske perspektiver på aggresjon*: Universitetsforlaget.

Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold - Teori, analyse og terapi*: Cappelen Akademiske Forlag.

Bjørkly, S. (1996). Report form for aggressive episodes: Preliminary report. *Perceptual and motor Skills* 83, 1139-1152.

Botha, H. & Øverland, I. (2003). *Masteroppgaven kort og godt*. Unipub forlag.

Bowers, L. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies* 44, 357 – 364.

Busfield, J. (red). (1996). *Men women and madness – Understanding gender and mental disorder*. Macmillan press ltd.

Bøe, T D., Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Colaizzi, J. (2005). Seclusion and restraint: A historical perspective *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Thorofare: Feb. 2005. Vol.43. Pg 31 – 38.

Connolly, J. (1847). *The construction and Government of Lunatic Asylums*: John Churchill. Princes Street, Soho, London MDCCXLVII.

Cullberg, J. (1990). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. 3. Utgave. TANO.

Currier, G W., Allen, M H. (2000). Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, June, vol 51 no 6.

Dahl, A., Malt, U & Retterstøl, N. (2001). *Lærebok i psykiatri*: Gyldendal Akademisk. 2.utgave.

Det Statistiske Centralbyrå. (1937). Norges offisielle statistikk IX. 103 Sinnssyke - asylenes virksomhet. Aschehoug & co.

Det Statistiske Sentralbyrå (1949). Norges offisielle statistikk X. 196. Sinnssykehusenes virksomhet 1946. Aschehoug & co.

Dostojevskij, F. (2001). *Brødrene Karamasov*: Solum Forlag as Oslo.

Evrett & Furseth. (2006). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*: Universitetsforlaget. 2. Opplag.

Fotrell, E., Bewley, T. & Squizzoni, M. (1978). A study of aggressive and violent behaviour among a group of psychiatric in-patients. *Medicine, Science and the Law* 18, 69.

Foucault, Michel. (2001). *Galskapens historie*: Gyldendal Norsk Forlag

Fisher, W A. (1994). Seclusion and Restraint A review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 51:11

Friis, S., Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Tano Aschehoug.

Føyn, P. Hvem er de aggressive og voldelige pasientene? I: Krøvel, B., Rishovd Rund, B., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. (s.115-126). Tano Aschehoug.

Garde, Karin. (2003). *Køn psykisk sykdom og behandling*. Hans Reitzels forlag

Goffman, E (1963) *Stigma: Notes of the management of spoiled identity*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.

Guedj, M J., Raynaud, P., Braitman, A., Vanderschooten, D. (2004).The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *Encephale*; 30: 32-39.

Hagerup, I. (1998). *Den gale gutten*. Samlede dikt. Oslo: Damm 2005.

Hatling, T., Krogen, T. (1998). Bruk av tvang i norsk psykiatri – en empirisk gjennomgang. *NIS Norsk institutt for sykehusforskning, Sintef – unimed*.

Hatling, T., Ådnanes, M., Bjørngaard, J H. (2002). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001. *Unimed. Helsetjenesteforskning*.

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget.

Hem, E., Opjordsmoen, S., Sandset, P M. (1998). Venøs tromboembolisme ved beltelegging. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. Nr 14, 118: 2156 – 7.

Hermundstad, G. (1999) *Psykiatriens historie*: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll, J K. (1997). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*: Gyldendal akademisk.

Høyer, G & Drange, H. (1994). Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr.5, 114: 585 – 8.

Høyer, G. & Drange, H. (1991). Bruk av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr.14, 111: 1709-13.

Høyer & Dalgard. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri*. Gyldendal Akademisk.

Johnson, M E., Hauser, P M. (2001). The practises of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22:651-668.

Johnson, Mary E. (2004). Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 10, No 3.

Jones, K. (1984). Robert Gardner Hill and the non restraint movement. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 29. March.

Kaltiala-Heino, R C., Tuohimeki, J., Korkelia., Ethane, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International journal of Law and psychiatry*, vol. 26: 139-149.

Khadivi, Ali None. (2004). Association between seclusion and restraint and patient - related violence. *Psychiatric Services* November vol. 55 No 11.

Knutzen, M. (2001). Bruk av tvangsmidler i en psykiatrisk akuttavdeling årene 1994 – 1999. *Hovedfagsoppgave, Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet, UiO*. Revidert Utgave.

Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S., Friis, S. (2007). Association between patients` gender, age and immigrant background and use of restraint – A 2 – year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*; 61: 201-206.

Kostecka, M., Zardecka, M. (1999). The use of physical restraint in polish psychiatric Hospitals in 1989 and 1999. *Psychiatric services*, December, vol.50 No 12.

Kringlen, E. (Red),(1977). *Psykiatri og historie*: J W Cappelens Forlag as.

Kringlen, E. (1990). *Psykiatri*: Universitetsforlaget.

Krogstad, J G. Psykiatri og makt: noko å mase om? I: J W Andersen & B Karlsson. (red). (2001). *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid* (s.116-140). Gyldendal akademisk.

Krøvel, B., Rishovd Rund, B., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*: Tano Aschehoug.

Lam, J N., McNeil, D E., Binder, R L. (2000). The relationship between patients` gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services* vol. 51 No 9.

Linaker, O M. (2000). Dangerous female psychiatric patients: prevalence and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 92: 250-254.

Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., Valimaki, M. (2004). Nurses` ethical perceptions about coercion. *Journal of psychiatry and mental Health Nursing*, 11, 379-385.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Rundskriv I – 10/2001. Sosial og Helsedepartementet.

Lov om Psykisk Helsevern av 28. april 1961.

Lowe, T., Wellman, N & Taylor, R. (2003). Limit-setting and decision making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 154-161.

Lysnes, M. (1982). *Behandlere, voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge*: Universitetsforlaget. Oslo.

Løkke, P A. Om vold - aggresjon og kjønnsidentitet. I: Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. (s. 95-111). Tano Aschehoug.

Martin, V., Bernhardsrutter R., Goebel R & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizofrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:1.

Mellesdal, L. (2003). Aggression on a psychiatric acute ward: A three – year prospective study. *Psychological reports*. 92 (3 Pt 2): 1229 – 48.

Morgan, H G., Burns-Cøx, C J., Pocock, H & Pottle, S. (1975). Deliberate Self-Harm: Clinical and Socio-Economic Characteristics of 368 patients. *The British Journal of Psychiatrists*. 127: 564-574.

Mohr, W., Petti, T A., Mohr, B D. (2003). Adverse effects Associated with physical restraint *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, no 5.

Norvoll, R. (2008). Delrapport 1 Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur. *SINTEF Helse*.

Norvoll R (red) (2002). *Samfunn og psykiske lidelser*: Gyldendal akademisk NOU.

Opjordsmoen, S., Vaglum, P., Bloch Thorsen, R. (red).(2005). *Oss i mellom – om relasjonens betydning for mental helse*. Hertvik Forlag

Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1872. – Kristiania: Departementet for det Indre, 1873. - (C. no. 5b)

Pedersen, P B., Hatling, T., Bjørngaard, J H. (2004). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003. *SINTEF Helse*, STF78 AO45029 rapport.

Pedersen, P B., Hatling, T., Røhme, K. (2007). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001,2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons og avdelingsforskjeller? *SINTEF Helse*, *SINTEF*. A686 Rapport.

Pescosolido, B A., Monahan, J., Link, B., Stueve, A., Kikuzawa, M S. (1999). The publics view of the competence, dangerousness and need for legal coercion among persons with mental illness. *American journal of Public Health*. (9):1339 – 1345.

Retterstøl, N. (2000). Herman W Major – ”far” til Norsk psykiatri. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*; 120:3562-3 utg.

Rosenqvist, R. & Rasmussen, K. (2002). *Rettspsykiatri i praksis*: Universitetsforlaget.

Ryan, C J, & Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. Dec; 12(6):695-702.

Sailas, E. & Fenton, M. (2001). Seclusion and Restraint for people with serious mental illnesses. (Cochrane review) in: *The Cochrane Library*, issue 2, Oxford: Update Software.

Salvesen-Leer, P. Vold og skyld. I: Krøvel, B., Rishovd Rund, B., Rør, E. (red). (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. (s. 160-171). Tano Aschehoug.

Sinnssykeloven av 1848.

Skålevåg, S A. (2000). En sykdom tar form – Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asylets æra. *Historisk tidsskrift*, 3 – ISSN 0018-263.

Soliman, Alaa El-Din. Reza, Hashim. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric services*, vol.52 no 1.

Sosial og helsedirektoratet. (2006) Tiltaksplan for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang innen det psykiske helsevern.

Susman, J. (1998). The role of nurses in decision making and violence prevention. *Journal of Psychosocial Nursing. Mental Health Services*, Jul; 36(7):18-26.

Swett, C. (1994). Inpatient seclusion: Description and causes. *Bull Am Acad. Psychiatry Law*, 22:421–430.

Syse, A. (2006). Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter*, vol. 24, nr 4, s. 318 – 342. Universitetsforlaget.

Taksdal, A. & Widerberg, K. (red). (1992). *Forståelser av kjønn*: Ad Notam Gyldendal

Tardiff, K. (1984). Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 141, 232-1235.

Testad,I. (2004). *Tvang i det godes tjeneste? Om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien*. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Det medisinske fakultet, Institutt for hovedfag i helsefag, UiO.

Way, B., Banks, S M. (1990). Use of Seclusion and Restraint in Public Psychiatric Hospitals: Patient Characteristics and Facility Effects. *Hospital Community Psychiatry*, Vol. 41. No 1, Jan.

Webster, C D., Douglas, K S., Eaves, D. & Hart, S D. (1995). *HCR 20. Assessing risk for violence. Version 2*. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Wynn, R. (1996). Polar day and polar night: Month of year and time of day and the use of physical and pharmacological restraint in a North Norwegian university psychiatric hospital. *Article of Medical Research*; 55: 174 –181

Wynn, R., Bratlid, T. (1998). Staff Experience with Patients assaults in a Norwegian Psychiatric University Hospital. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 12: 89 –93

Wynn, R. (2002) Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian University Psychiatric hospital *Scandinavian Journal of Caring Science*; 16; 287- 291

Wynn, R. (2004) *Psychiatric inpatients' experiences with restraint* *Journal for Psychiatrists & Psychologists*. 3: 124-144.

Vedlegg nr 1: Søknad til REK

Prosjektnummer REK:

2.2007.787

Skjema for etisk vurdering av forskningsprosjekter som vedrører forsøkspersoner/pasienter/klienter/informanter. (hovedskjema)

Vurderingen går til Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge
Postboks 1130, Blindern
0318 Oslo

1. Tittel

Forskningsprosjektets tittel (kortfattet tittel på norsk)

Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling i årene 2004 og 2005.

Beskriv prosjektet med 100-200 ord

En retrospektiv beskrivende undersøkelse om ulike sider ved bruk av mekaniske tvangsmidler, ved en akuttpsykiatrisk avdeling.

Alle pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler i årene 2004 og 2005 registreres.

Undersøkelsen vil se på hvorfor pasienter utsettes for mekaniske tvangsmidler (begrunnelsen), alder, kjønnsmessige forhold knyttet til mekanisk tvangsmiddelbruk og når på døgnet mekaniske tvangsmidler brukes.

Datakilde blir tvangsmiddelprotokoll ved den aktuelle akuttpsykiatriske avdelingen.

Hvis prosjektet henter materiale fra en eksisterende biobank, oppgi navn og enten prosjektnummer i REK eller registreringsnummer i Biobankregisteret

Ikke aktuelt

2. Prosjektleder

Etternavn, fornavn	Borg Marit
Akademisk grad/utdanning	Can san
Stilling	Stipendiat ved Høgskoleni Buserud
Arbeidssted	Høgskolen i Buskerud
Adresse	Høgskolen i Buskerud
Postnummer	3019
Poststed	Drammen
Telefon	32206409/47289487
Telefaks	
E-postadresse	marit.borg@hibu.no

Skal denne adressen benyttes ved svar fra REK? Hvis ikke oppgi svaradresse

Ja

Medarbeidere (navn, tittel, stilling og arbeidssted)

Mastergradstudent: Gunnar Eidhammer Psykiatrisk sykepleier. Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Buskerud HF

3. Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelsen må gis i en alminnelig og forståelig språkform på norsk. Det må redegjøres kort for hensikt, hypotese, metode, tidsrom og prinsipper for utvelgelse av forsøkspersoner/informanter og aldersgrupper. Det er ikke tilstrekkelig å henvise til protokoll. Fullstendig prosjektbeskrivelse/forsøksprotokoll og evt spørreskjemaer etc. skal vedlegges.

I den senere tid er bruk av tvang innen det psykiske helsevern satt på den fagpolitiske dagsorden. Det er et satsningsområde å få ned all type tvangsbruk innen det psykiske helsevern.

I den forbindelse vil det være viktig å mer kunnskap knyttet til ulike sider ved dette fenomenet.

Denne undersøkelsen er ment som et bidrag i denne sammenheng.

Prosjektet vil ha en kvantitativ retrospektiv design.

Prosjektets mål og hensikt er å kartlegge ulike sider ved bruk av mekaniske tvangsmidler i løpet av 2 år, ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Tvangsmiddelprotokollen blir brukt som datakilde.

Det som skal registreres er: Alder og kjønn på pasienter som utsettes for mekaniske tvangsmidler,

Begrunnelse for å iverksette dette tiltaket og når tiltaket ble iverksatt.

Spesielt vil det vektlegges kjønnsaspektet og begrunnelsen for å utsette pasienter for mekaniske tvangsmidler. Er det ulikheter knyttet til hvorfor kvinner respektive menn blir utsatt for tvangsmidler? Det blir også relevant å se om det utkrystaliserer seg sammenhenger mellom bruk av mekaniske tvangsmidler og når på døgnet dette skjer. Dette vil kunne ha relevans for praksis.

Denne mastergradsundersøkelsen er et delprosjekt av en større multisenterstudie/doktorgradsstudie, hvor mastergradstudenten er lokal prosjektleder for Buskeruds del av hovedprosjektet.

(Vedlegger relevant dokumentasjon fra hovedprosjektet og øvrige søknader for denne aktuelle mastergradsstudien.)

4. Vedlegg

Presiser hvilke dokumenter som vil bli vedlagt.

Prosjektbeskrivelse (vedlegg 1), Søknad til NSD(vedlegg 2) , Søknad til Sykehuset Buskerud HF (vedlegg 3), Brev til REK fra Hovedprosjektet (vedlegg 4), Tilsvar REK Hovedprosjektet (vedlegg 5), Søknad ShDir hovedprosjektet (vedlegg 6), Tilsvar ShDir hovedprosjektet (vedlegg 7)

5. Klassifisering av prosjektet

Prosjektomfang Enkeltinstitusjon
 Nasjonal multisenterstudie
 Internasjonal multisenterstudie

Prosjektet er Studentprosjekt
 Dr.gradsprosjekt
 Annet

Navn på evt. doktorand/student **Gunnar Eidhammer**

Prosjektet er Grunnforskning
Hvis aktuelt, kryss for mer enn én Klinisk, anvendt forskning
 Bio- og genteknologisk forskning
 Utprøving av medisinsk utstyr
 Legemiddelutprøving
 Samfunnsmed./epidemiol. forskning
 Psykologisk forskning
 Annen helsefaglig forskning
 Samfunnsvitenskapelig forskning
 Forskning i utviklingsland
 Annen

Ved annen, hva?

Ved legemiddelutprøving, hvilken utprøvningsfase? I
 II
 III
 IV

Prosjektet er Terapeutisk
 Ikke-terapeutisk

6. Prosjektomfang

Hvem inngår i studien?
Kryss av alle aktuelle

- Kun allerede registrerte data
- Friske personer
- Pasienter/syke
- Voksne
- Barn (under 18 år)
- Andre umyndige
- Kun kvinner/jenter
- Kun menn/gutter
- Innsatte i fengsel
- Soldater
- Minoritetsgrupper
- Fostre
- Lik
- Kun annet humant materiale

Ved andre
umyndige, hvilke?

Ved annet humant
materiale, hvilken
type?

7. Inklusjon av begge kjønn

Der det er relevant, må studier dimensjoneres slik at det kan gjøres kjønnsspesifikke analyser av resultatene. Dersom ikke begge kjønn inkluderes, må dette begrunnes. Ved inklusjon av fertile kvinner skal det redegjøres for evt bruk av prevensjon og prosedyrer ved uforutsett graviditet. Ved inklusjon av gravide må prosjektleder vurdere og beskrive mulige konsekvenser for kvinnen og for fosteret og redegjøre for hvilken oppfølging som er planlagt.

Begge kjønn er inkludert

8. Hvor mange inngår i studien?

Antall i Norge 100

Antall totalt 100

Begrunn antall forsøkspersoner/informanter. Når det er relevant, gjør rede for styrkeberegning.

Alle pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler i perioden 01.01.2004 - 31.012.2005.
Antallet er ikke klart definert før datasamlingen er fullført

9. Vitenskapelig vurdering

Studier skal gjennomføres i henhold til god vitenskapelig standard når det gjelder formål, nytte, viktighet, relevans og metode. Metodevalg, fremgangsmåte og effektmål må begrunnes.

Meget relevant fagpolitisk emne. Å få mer kunnskap, for så å jobbe mot reduksjon av tvangsmiddelbruk er et satsningsområde innen norsk psykiatri.

Data som skal innsamles er allerede registrert i Tvangsmiddelprotokoll.

Studenten får anonymiserte data fra årene 2004 og 2005 i Tvangsmiddelprotokollen.

Proseduren her er at en lokal representant for hovedprosjektet avgir en kopiert papirutgave av tvangsmiddelprotokollen, med kun relevante opplysninger for masteroppgaven.

Disse data blir oppbevart på same måte som øvrig journaldata.

Data som studenten skal jobbe med inneholder pasientens kjønn og alder. Videre blir begrunnelse for å bruke tvangsmidler analysert/kategorisert og tid for tvangsmiddelbruk blir registrert.

Denne studien er i retrospektiv/kvantitativ design, ved at data som skal innsamles er fra 2004 og 2005. Analytisk fremgangsmåte blir enkel statistikk.

Data som innhentes blir ansett å være av nominal verdi.

Målet er å se om det er ulikheter/sammenhenger vedrørende ulike sider knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler.

Hva er de ulike begrunnelse for å utsette pasienter for mekaniske tvangsmidler.

Er det forskjell på hvorfor dette forekommer mellom kvinner og menn? (antall og begrunnelse)

Når på døgnet forekommer oftest og skjeldnest bruk av mekaniske tvangsmidler?

10. Etisk vurdering

Vil prosjektet bli utført i henhold til retningslinjene i Helsinkideklarasjonen eller andre relevante etiske retningslinjer?

Ja
 Nei

Hvis disse på noe punkt ikke følges, må dette begrunnes.

Drøft etiske spørsmål som prosjektet reiser. Angi spesielt hvilke etiske betenkeligheter det er ved prosjektet og begrunn eventuelt hvorfor man kan se bort fra dem eller hvorfor man kan redusere betydningen av dem.

Prosjektets tematikk er i utgangspunktet sensitivt. Pasienter som utsettes for mekaniske tvangsmidler er en sårbar gruppe. Når det skal gjennomføres undersøkelser rundt dette tema, er det viktig å være ytterst varsom med databehandlingen. Denne studien skal kartlegge forekomst av mekanisk tvangsmiddelbruk, uten at pasienten skal kunne identifiseres. Enheter og variabler i studien er av slik karakter, at vi ikke ser noen etiske betenkligheter ved å gjennomføre studien.

Denne studien inngår i en større multisenter studie, som styrker og kvalitetssikrer de vitenskapelige og etiske sider denne studien.

11. Informasjon og samtykke

Studien inkluderer personer med full samtykkekompetanse

Ja
 Nei

Studien inkluderer personer med redusert samtykkekompetanse

Ja
 Nei

Studien inkluderer personer med manglende samtykkekompetanse

Ja
 Nei

Samtykke skal ikke innhentes

Ja
 Nei

Hvis ja: begrunnelse

Data som registreres er anonymisert og av retrospektiv karakter. Det vil være uhensiktsmessig å innhente samtykke fra pasientene. Det fleste er sannsynligvis utskrevet. Det viktigste argumentet for å ikke innhente samtykke er risiko for å retraumatisering pasienter, som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler.

Henviser i denne forbindelse til korrespondansen med Sosial og Helsedirektoratet.(vedlegg 6 og 7)

Redegjør for hvordan forsøkspersonene/informantene rekrutteres og gis informasjon om prosjektet, dets formål, eventuelle risiki, rett til å avbryte o.a.

Dette er en studie hvor data allerede er registrert i tvangsmiddelprotokollen.

Pasienter som inkluderes er alle pasienter ved undersøkelses enheten, som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler i 2004 og 2005 (2 år).

12. Prosjektleder/prosjektmedarbeideres forhold til forsøkspersonene/informantene

Redegjør for prosjektlederens/prosjektmedarbeideres forhold til forsøkspersonene/informantene (f.eks lege/pasient, lærer/student, overordnet/underordnet).

Ingen relasjon mellom prosjektleder/medarbeider og datagrunnlag.

Data som innhentes er ikke gjenkjennbart til de pasienter studien omfatter.

Henviser her til prosjektbeskrivelsens forskningsspørsmål og variabelliste

13. Økonomiske sider ved prosjektet**A) Oppdragsgiver/sponsor**

Type sponsor (velg fra liste og skriv navn)

- Egen institusjon
- Legemiddelfirma
- Annet privat firma
- Pasientorganisasjon
- Forskningsinstitusjon
- Norges forskningsråd
- Annen offentlig myndighet
- Annet

Hvem finansierer størstedelen av prosjektet?

Egen institusjon

Sponsor 1

Navn

Adresse

Kontaktperson

Telefon

E-post

Sponsor 2

Navn

Adresse

Kontaktperson

Telefon

E-post

Sponsor 3

Navn

Adresse

Kontaktperson

Telefon

E-post

B) Ytelser til forsker

Redegjør for økonomiske ytelser til prosjektleder og medarbeidere fra farmasøytisk industri eller utstyrsleverandører i forbindelse med planlegging og gjennomføring av prosjektet. Redegjør også for evt. interessekonflikter for prosjektleder.

Ingen

C) Ytelser til deltakerne

Redegjør for eventuell honorering/kompensasjon for forsøkspersonene/informantene.

Ingen

14. Risiko

Gjør rede for risiki, som f.eks smerter, ubehag, psykiske påkjenninger uhell, komplikasjoner, og tiltak for å minske/forebygge disse.

Ikke aktuelt

Redegjør for om metodene er klinisk etablert eller ikke. Hvis de er nye, hvordan har prosjektleder og medarbeiderne tilegnet seg klinisk erfaring med dem?

Ikke aktuelt da pasientopplysningene er anonymisert og pasientene ikke er orientert om studien

På hvilket grunnlag er risiko vurdert (dyreforsøk, pilotstudie, klinisk erfaring, etc.)?

Klinisk erfaring

Beskriv hvordan komplikasjoner, bivirkninger, uventede hendelser, nye toksiske funn etc. blir registrert.

Ikke aktuelt

15. Forsikring

Forsøkspersonene/
informantene er dekket av
følgende forsikring ved
eventuelle uhell,
komplikasjoner

- Pasientskadeerstatningsordningen
- Produktansvarsloven
- Særskilt forsikring
- Forsikring ikke aktuelt (skal begrunnes)

Om forsikring ikke er aktuelt, gi begrunnelse.

Ikke aktuelt. Registrering av anonyme data som allerede er registrert i tvangsmiddelprotokoll

16. Legemiddelutprøving (gjelder kun for prosjekter med legemiddelutprøving)

Vil det bli brukt placebo i studien?

- Ja
- Nei

Dersom svaret er ja, begrunnelse.

Vil pasienter bli tatt av
velregulert behandling? Ja
 Nei

Dersom svaret er ja, begrunnelse.

Utførte og planlagte studier og hvor mange pasienter som er inkludert i tidligere faser av utprøvingen.

Dosevalg av studiepreparatet.

Begrunnelse for dosevalg.

Valg av sammenligningspreparat og dosering av dette i forhold til studiepreparatet.

Hvis sammenligningspreparatet er et annet enn standard behandling, må dette begrunnes særskilt.

EudraCT-nummer

17. Beredskap

Redegjør for beredskap og oppfølging dersom grunnlaget for studien endres underveis, så som ved økt risiko, uventede hendelser, nye og/eller mer alvorlige bivirkninger. Drøft evt. behovet for interimanalyse og mulige tiltak, så som bruk av stopppgruppe, endring av design, endret informasjon til pasienter etc.

Ikke aktuelt for denne studien

18. Vurdering/godkjenning av andre instanser

Statens legemiddelverk Er/vil bli søkt/meldt
 Er vurdert/godkjent av
 Er ikke aktuelt

Datatilsynet/Personvernon Er/vil bli søkt/meldt
 Er vurdert/godkjent av
 Er ikke aktuelt

- Helse- og omsorgsdepartementet
- Er/vil bli søkt/meldt
 Er vurdert/godkjent av
 Er ikke aktuelt
- Sosial- og helsedirektoratet
- Er/vil bli søkt/meldt
 Er vurdert/godkjent av
 Er ikke aktuelt
- Andre
- Er/vil bli søkt/meldt
 Er vurdert/godkjent av
 Er ikke aktuelt
- Ved andre, hvem? Sykehuset Buskerud HF

19. Publisering og sluttrapport

- Vil prosjektleder publisere eller gjøre allment tilgjengelig negative så vel som positive resultater, i henhold til Helsinkideklarasjonen?
- Ja
 Nei

Dersom svaret er nei, må dette begrunnes særskilt.

- Er det publiseringsrestriksjoner i prosjektet, for eksempel fra sponsor?
- Ja
 Nei

Avslutningsår for prosjektet 2008

Underskrift

Sted:

Røyken

Dato:

Underskrift:

Ellen

Vedlegg nr 2: Svar fra REK



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Stipendiat Marit Borg
 Institutt for helsefag
 Høgskolen i Buskerud
 Grønland 40B
 3045 Drammen

Dato: 27.04.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07163a

Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Sør-Norge (REK Sør)

Postboks 1130 Blindern

NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: rek-2@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

S-07163a Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling i årene 2004 og 2005 [2.2007.787]

Vi viser til søknad mottatt 26.3.07 med følgende vedlegg: Prosjektbeskrivelse; Meldeskjema NSD; Søknad til Buskerud HF; Brev til REK Øst om hovedprosjekt, Svar fra REK Øst.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte onsdag 18.04.07

Komiteen har følgende merknader til prosjektsøknaden:

1. Komiteen finner at innhenting av samtykke og etterfølgende informasjon til pasientene om datainnsamling kan unnlates. Man vil da letter kunne unngå fare for re-traumatisering i en situasjon hvor dette kan være vanskelig å fange opp, og fordi fordelene ved unnlattelsen må antas å klart oppveie ulempene dette kan medføre for den enkelte. Komiteen antar at Sosial- og helsedirektoratets dispensasjon av 13.03.06 fra taushetsplikt også dekker dette prosjektet.
2. Komiteen ber om redegjørelse for forskerkompetanse hos prosjektleder og/eller medarbeidere i prosjektet.
3. Under punkt 8 (Hvor mange inngår i studien?) er det oppgitt 100. Er det å forstå som antall personer, episoder eller innleggelses? Vil det forekomme "gjengangere" blant de som registreres?
4. Det oppgis at data skal hentes fra tvangsmiddelprotokollen. Komiteen ønsker en kort vurdering av om protokolldata er egnet til å gi tilstrekkelig grunnlag for å trekke slutninger om årsak til tvangsbruk.
5. Komiteen vil gjøre oppmerksom på at de bestemmelser som er referert på side 5 og 6 i protokollen om hvem som kan fatte vedtak om tvangsbruk, er korrekt etter lov- og forskrifteendring som trådte i kraft 1.1.07, men ikke for det tidsrom prosjektet vil undersøke. I henhold til da gjeldende lov om psykisk helsevern § 4-8 og tilhørende forskrift, skulle vedtak treffes av "lege". Dette er for øvrig fremdeles tilfelle ved vedtak om "bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt".

Vedtak:

Komiteen ber om svar på merknader. Forutsatt tilfredsstillende tilbakemelding, vil prosjektet tilrås. Komiteens leder tar stilling til dette ved mottatt svar.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad

Kristian Hagestad
 Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
 Leder

Jørgen Hardang

Jørgen Hardang
 Sekretær

Vedlegg nr 3: Svar til REK på merknader

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Vedrørende merknader til prosjektsøknad

Vår ref.: S-07163a

Mastergradsprosjektet "Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling i årene 2004-2005" er søkt inn til REK Sør. Komiteen ønsker tilbakemelding på enkelte merknader vedrørende søknaden.

- Prosjektet er en del av en større vitenskaplig multisenterstudie. (doktorgradsstudie). (jmf vedlegg fra Sh Dir)
- Prosjektleder for mastergradstudien er Marit Borg. Hun disputerer 8. juni 2007 i helsevitenskap, ved Institutt for sosial arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT-fakultetet), NTNU.
- Antall pasienter som inngår i studien er vanskelig å tallfeste. Dette fordi disse tallene først fremkommer når jeg har samlet data fra tvangsmiddelprotokollene fra 2004 og 2005. Jeg utelukker selvfølgelig ikke at det vil være pasienter som har blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler flere ganger i datasamlingsperioden. (gjengangere)
- Annen forskning tyder på at det forekommer gjengangere i denne sammenheng.
- Minste felles multiplum for å beskrive begrunnelsen for å iverksette bruk av tvangsmidler innen det psykiske helsevern i Norge er tvangsmiddelprotokollen. Jeg vil operasjonalisere begrunnelsesteksten og med bakgrunn i den redegjøre for hvorfor pasienten ble utsatt for mekaniske tvangsmidler. Operasjonaliseringen vil ta utgangspunkt i lovens §4.8, skade på seg selv, skade på andre eller betydelig skade på inventar. Det vil kunne gi meg data på type pasientatferd som initierte tvangsmiddelbruk. Min 18 års erfaring psykisk helsevern og tvangsmiddelbruk, tilsier at jeg vil få denne type data fra tvangsmiddelprotokollens fritekstområde.

Med vennlig hilsen

Prosjektleder/Stipendiat Marit Borg

Mastergradstudent Gunnar Eidhammer

Drammen 09.05.07

Vedlegg nr 4: Svar fra REK på merknadene og tilråding fra komiteen



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Stipendiat Marit Borg
 Institutt for helsefag
 Høgskolen i Buskerud
 Grønland 40B
 3045 Drammen

Dato: 22.05.07
Deres ref.:
Vår ref.: S-07163a

Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Sør- Norge (REK Sør)

Postboks 1130 Blindern

NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: rek-2@medisin.uio.noNettadresse: www.etikkom.no

S-07163a Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling i årene 2004 og 2005
 [2.2007.787]

Vi viser til brev datert 9.5.07.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad
 Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
 Leder

Jørgen Hardang
 Sekretær

Vedlegg nr 5: Meldeskjema til NSD

Meldeskjemaⁱ

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Harald Hårfagres gate 29
5007 BERGEN

personvernombudet@nsc.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. PROSJEKTITTEL			
Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en psykiatrisk akuttavdeling			
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJONⁱⁱ			
Institusjon Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag			
Adresse: HiBu, avdeling for helsefag		Postnr. 3019	Poststed: Drammen
3. DAGLIG ANSVARⁱⁱⁱ			
Navn (fornavn - etternavn): Marit Borg/weileder og Prosjektansvarlig.			
Institusjon: Høgskolen i Buskerud			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt) Høgskolen i Buskerud		Akademisk grad/utdanning Cand. san.	Stilling Stipendiat 1
Adresse – arbeidssted: Høgskolen i Buskerud		Postnr.: 3019	Poststed: Drammen
Telefon: 32206409	Telefaks:	Mobil: 47289487	E-postadresse: marit.borg@hbu.no
4. VED STUDENTPROSJEKT^{iv} (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Gunnar Eidhammer			
Stuedsted (avdeling/seksjon/institutt): Høgskolen i Buskerud		Akademisk grad/utdanning: Mastergradstudent	
Adresse – privat: Bitehagen 4		Postnr.: 3440	Poststed: Røyken

Telefon: 32804301 (jobb) 31287072 (priv)	Telefaks:	Mobil 92238024	E-postadresse: eldg@sb-hf.no
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en psykiatrisk akuttavdeling Undersøkelsen vil se på ulike sider ved bruk av mekaniske tvangsmidler som: variasjoner/sammenhenger knyttet til kjønn, alder på pasienten, begrunnelse for tvangsmiddelbruk, døgnvariasjoner og antall episoder pr pasient på de 2 årene (2004-2005)		
6. PROSJEKTOMFANG			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon Data fra mastergradstudien vil kun samles fra et sykehus		<input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie	
7. UTVALGSBESKRIVELSE^{VI}			
Beskrivelse av utvalget Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater, personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse).	1. Alle pasienter utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler ved en psykiatrisk akuttavdeling i perioden 2004-2005		
Rekruttering og trekking Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.	Bruker Tvangsmiddelprotokollen som datakilde. Årene 2004 og 2005 blir datamaterialet.		
Førstegangskontakt Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.	Prosjektet innebærer ingen kontakt med utvalget av pasienter.		
Oppgi alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)		
Antall personer som inngår i utvalget.	Alle pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler ved en psykiatrisk akuttavdeling i perioden 2004-2005: Totalt ca 60 pasienter		
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE^{VI}			
Informasjon Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis. NB. Se veiledning for krav til informasjon.	<input type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon (legg ved kopi av informasjonsskriv).		
	<input type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon. Beskriv hva det informeres om.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon. Se forklaring under		
Samtykke Innhentes samtykke fra den registrerte? NB. Se veiledning for krav til samtykke.	<input type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes (legg ved ev. kopi av samtykkeerklæring).		
	<input checked="" type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra		

	<p>respondentene</p> <p>Denne studien er en del av en større vitenskaplig multisenterstudie.</p> <p>I prosjektgruppen har vi nøye drøftet etiske aspekter ved å sende et informasjonsbrev til pasientene om at vi vet at de har blitt utsatt for tvangsmiddelbruk, og at vi ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt. Vi mener at pasientene vil kunne reagere svært forskjellig på et slikt brev. En del pasienter vil sikkert kunne reagere med tilfredsnet, og ta det som et tegn på at vi tar problemene rundt tvangsmiddelbruk på alvor. Imidlertid er vi redd for at en ikke ubetydelig gruppe vil kunne oppleve en slik henvendelse som problematisk. Både klinisk erfaring og undersøkelser viser at pasienter kan ha opplevd tvangsmiddelbruk som traumatisk. En underrettelse om forskningsprosjektet vil kunne virke re - traumatiserende på pasienten uten at vi kan fange dette opp og hjelpe pasienten med å bearbeide opplevelsen.</p> <p>Prosjektet har 29.05.06 søkt Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for beredskap og akuttmedisin om å bli fritatt fra plikten til å orientere pasienten. (Vedlegger svarbrev fra Sh Dir.) Forøvrig vises til vedlagt brev fra REK, hvor det går fram at prosjektet vårt ikke ble ansett å være av en slik art at det ble omfattet av komiteens mandat om framleggelsesplikt.</p> <p>Denne redegjørelsen anses som representativ og fullstendig også ovenfor Mastergradsstudien.</p>
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER^{viii}	
<p>Gi en kort beskrivelse av alle datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes.</p>	<p>Tvangsmiddelprotokoller for perioden 2004-2005</p>
10. DATAMATERIALETS INNHOLD^{viii}	
<p>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn.</p> <p>Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registrerings-skjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</p>	<p>Forskningsspørsmål</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hva er begrunnelsen for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler på pasienter innlagt ved en akuttavdeling i årene 2004 og 2005? 2. Utpeker det seg forskjellige begrunnelser for å iverksette bruk av mekaniske tvangsmidler i forhold til pasientens kjønn? 3. Er det sammenheng mellom pasientens kjønn/alder og antall episoder pasienten er utsatt for mekaniske tvangsmidler? 4. Er det tider på døgnet som utmerker seg i forhold til bruk av mekaniske tvangsmidler? <p>Registreringer</p> <p>Følgende variabler vil bli registrert:</p> <p>Demografiske: Alder (fødselsnr), kjønn</p> <p>Tvangsmiddelbruk: tidspunkt/ dato/varighet/type/ antall episoder med tvangsmidler/begrunnelse for tvangsmiddelbruk.</p>
<p>Behandles det sensitive personopplysninger?</p>	<p>Ja Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nei Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning.</p> <p><input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling.</p> <p>Helseforhold.</p> <p><input type="checkbox"/> Seksuelle forhold.</p> <p><input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.</p>
<p>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?</p> <p><input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon.</p> <p><input type="checkbox"/> Blir ikke informert.</p>
11. INFORMASJONSSIKKERHET^x	
<p>Merk av identifikasjons-</p>	<p><input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende Oppgi hvilke.</p>

opplysninger.	opplysninger	<input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer
	<input checked="" type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserende opplysninger	Oppgi hvilke: <ul style="list-style-type: none">• Alder• Kjønn
Dersom datamaterialet behandles elektronisk, oppgi hvordan direkte personidentifiserbare opplysninger (navn, 11-sifret fødselsnummer) registreres.	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:	
	<input type="checkbox"/> Annet Spesifiser:	
Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares? Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi	<input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere:
Sikring av konfidensialitet.	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Av sikkerhetsgrunner lagres tvangsmiddeldata på et skjermet område (i egen prosjektmappe) på sykehusets filserver (sikker sone), hvor kun et utvalg personer i prosjektgruppen er gitt spesifisert tilgang til Tvangsmiddeldatabase 1.	
Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kun Prosjektgruppen ved Sykehuset Buskerud er gitt spesifisert tilgang til prosjektmappen: - Gunnar Eidhammer (mastergradsstudent og prosjektleder SBHF) - Åge Gjetnes - Øivind Scheffe - Kirsten Eliassen - Audun Mellesmo
Innhentes personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
Overføres personopplysninger over eksterne nettverk (som Internett)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv i hvilken situasjon dette gjøres og hvilken form opplysningene har.
Vil personopplysninger bli utlevert til andre?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem?
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER*		
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilsråding/tillatelse. (Se vedlagt svarbrev fra REK)
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt Regional komité for medisinsk forskningsetikk om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilsråding/tillatelse.

Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tiltråding/tillatelse.
	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tiltråding/tillatelse.
	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Andre	<input type="checkbox"/> Ja	Angi hvem.
	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	
13. PROSJEKTPERIODE¹		
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – <u>prosjektstutt</u> .	Prosjektstart (ddmmåååå): 01.03.07 _____	
	Prosjektstutt (ddmmåååå): 01.06.08 _____	
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt.	<input type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres.	
	Dataforvaltning: Studenten får kopi av tvangsmiddelprotokollen av en godkjent prosjektmedarbeider. Data som fremlegges er kun data som inneholder variabler knyttet til mastergradsprosjektet. Av demografiske data fremkommer da kjønn og alder på pasient. Øvrige data er knyttet til variabler fra tvangsmiddelprotokollen, som skal studeres.	
	<input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares? Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon.	
14. FINANSIERING		
15. TILLEGGSPPLYSNINGER		
16. ANTALL VEDLEGG		
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	1. Prosjektbeskrivelsen/mastergradsstudien. 2. Søknad til Sosial og Helsedepartementet. 3. Svar fra Sh-Dir. 4. Tilskriv REK (multisenterstudien) 5. Svar fra REK (multisenterstudien) 6. Tilskriv REK (mastergradsstudien)	

Vedlegg nr 6: Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Marit Borg
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud
Konggata 51
3019 DRAMMEN

Vår dato: 27.03.2007

Vår ref: 16459/PB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.02.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16459	<i>Bruk av mekaniske tvangsmidler ved en psykiatrisk akuttavdeling</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marit Borg</i>
Student	<i>Gunnar Eidhammer</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2008 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gunnar Eidhammer, Bitechagen 4, 3440 RØYKEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg nr 7: Søknad til Sykehuset Buskerud

Administrerende Direktør ved Sykehuset Buskerud HF
Halfdan Aass
Dronninggata 28
3004 Drammen



Søknad om å gjennomføre Mastergradsundersøkelse ved Psykiatrisk Avdeling SB HF

Mastergradsstudent Gunnar Eidhammer ved Høgskolen i Buskerud, søker herved om å få gjennomføre et mastergradsprosjekt ved Psykiatrisk avdeling, SB - HF.

Prosjektet omhandler bruk av mekaniske tvangsmidler ved Akuttavdelingene, Psykiatrisk avdeling.

Prosjektet vil omfatte data hentet ut av tvangsmiddelprotokoll.

Studenten er ansatt som Psykiatrisk sykepleier ved Psykiatrisk Avdeling.

Studenten er lokal prosjektleder for en vitenskapelig multisenterstudie, hvor også henholdsvis Aker og Ullevål Universitetssykehus HF er med.

Multisenterstudien er for øvrig godkjent av REK, Sosial og Helsedepartementet og Datatilsynet.

Mastergradstudien blir et delprosjekt i dette prosjektet.

Det blir i disse dager sendt søknader/endringskjema til REK - Sør og NSD, for Mastergradsprosjektet

Data fra Mastergradsprosjektet vil være hentet fra tvangsmiddelprosjektet.

Det vil ikke være direkte pasientidentifiserbare data i studentprosjektet.

Prosjektleder for studentprosjektet er Veileder ved HiBu Marit Borg, Can san. Stipendiat.

Vedlegger prosjektbeskrivelse.

Med vennlig hilsen
Gunnar Eidhammer
Marit Borg
Høgskolen i Buskerud 23.02.07

Høgskoledirektørens stab
Postboks 235, Frogsvei 41
3601 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 00
Telefaks: 32 86 98 83

Kongsberg
Postboks 251, Frogsvei 41
3601 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 10
Telefaks: 32 86 98 16

Drammen
Konggt.51,
3019 Drammen
Telefon: 32 20 64 00
Telefaks: 32 20 64 10

Hønefoss
Serviceboks 6, Bredalsvegen 14
3511 Hønefoss
Telefon: 32 11 71 00
Telefaks: 32 11 71 10

Vedlegg nr 8: Svar fra Sykehuset Buskerud

Side 1 av 1

Gunnar Eidhammer

Fra: Kirsten Hørthe
Sendt: 19. mars 2007 21:11
Til: Halfdan Aass; Gunnar Eidhammer
Kopi: Nina Helen Mjøsund
Emne: SV: Søknad om å gjennomføre Mastergradsundersøkelse ved Psykiatrisk Avdeling SB HF -Gunnar Eidhammer

Hei !

Jeg har lest prosjektbeskrivelsen og anbefaler med dette undersøkelsen.

Lykke til Gunnar !

Mvh
Kirsten

Fra: Halfdan Aass
Sendt: 9. mars 2007 20:58
Til: Gunnar Eidhammer
Kopi: Kirsten Hørthe
Emne: Søknad om å gjennomføre Mastergradsundersøkelse ved Psykiatrisk Avdeling SB HF -Gunnar Eidhammer

Hei!

Viser til søknad. Prosjektet må anbefales av avdelingssjef før det kan godkjennes, så ber om at du tar det opp med Kirsten. Det høres greitt ut for meg, men hun skal anbefale. Sender kopi til Kirsten, så hun er orientert.

mvh
Halfdan Aass

21.03.2007

Gunnar Eidhammer

Fra: Halfdan Aass

Sendt: 20. mars 2007 16:02

Til: Gunnar Eidhammer

Kopi: Kirsten Hørthe

Emne: Søknad om å gjennomføre Mastergradsundersøkelse ved Psykiatrisk Avdeling SB HF - Gunnar Eidhammer

Søknad er nå anbefalt av avd.sjef Kirsten Hørthe. Søknaden godkjennes.

Lykke til med mastergradoppgaven.

mvh
Halfdan Aass

21.03.2007