



Universitetet  
i Stavanger

# Ledelse, verdisyn og makt i psykisk helsevern

En studie av lederrollens betydning for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i psykisk helsevern

**LEADERSHIP, VALUES AND POWER IN MENTAL HEALTH CARE**

**EXPLORING THE IMPACT OF LEADERSHIP ON INCREASED PATIENT EMPOWERMENT AND ON REDUCED USE OF COERCIVE POWER IN MENTAL HEALTH CARE**

LIV GUNHILD AASE

EXECUTIVE MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION

Antall ord: 26202

Dato: 15.06.2020



Universitetet  
i Stavanger

**HANDELSHØGSKOLEN VED UiS  
MASTEROPPGAVE**

STUDIEPROGRAM:

EXECUTIVE MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION

ER OPPGAVEN KONFIDENSIELL?

Nei.

TITTEL:

Ledelse, verdisyn og makt i psykisk helsevern. En studie av lederrollens betydning for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i psykisk helsevern.

Leadership, values and power in mental health care. Exploring the impact of leadership on increased patient empowerment and on reduced use of coercive power in mental health care.

FORFATTER(E):

Kandidatnummer:

890227

Navn:

Liv Gunhild Aase

VEILEDER:

Kristin Engh

## SAMMENDRAG

I tråd med krav i fra pasienter og brukerorganisasjoner, ønsker norske myndigheter å redusere bruken av makt og tvang i psykisk helsevern. Det er ønskelig med økt grad av brukermedvirkning og større fokus på forebygging av tvang i behandlingen (NOU 2019: 14).

Studien undersøker lederrollens betydning for økt pasientmedvirkning og for mindre maktbruk i psykisk helsevern. Det pågår endringsarbeid med dette, både på systemnivå og på individnivå. Det er derfor viktig å få mer kunnskap om hvordan lederrollen kan tilrettelegge for de ønskede endringene. Studien er et bidrag til forskning på lederskap i psykisk helsevern.

Studien undersøker hvilket forhold det er mellom pasientsyn og verdissyn i profesjoner, i kultur og i rammer i psykisk helsevern, og ser på hvilke maktstrukturer i fagfeltet som kan påvirke bruken av tvang. Problemstillingen besvares ved hjelp av kvalitative, semistrukturerte intervjuer. Dataene er basert på fire ledere og tre behandleres erfaringer og opplevelser. Funnene i datamaterialet drøftes i lys av tidligere forskning og i lys av relevant teori, i tråd med studiens tematiske inndeling; lederskap, verdissyn og makt.

Studien viser at ledere og behandlere ønsker at pasienter skal få mer innflytelse over tjenestene og over egen recoveryprosess. Når tjenestene utformes slik at pasientene ønsker å ta imot og når det brukes tid på å opparbeide tillit og trygghet, kan bruken av tvang reduseres. Pasientene må inkluderes i dette arbeidet. For å få det til, viser studien at ledere må arbeide kontinuerlig med holdninger, samarbeid, veiledning og kulturen forøvrig. Ledere må sørge for en åpen læringsdiskurs i fagfellesskapet, der en sammen utvikler beste praksis. Lederskap som inspirerer, er transformasjonsorientert og demokratisk, kan bidra til holdningsendringer hos ansatte, og dermed reduksjon i tvangsbruk.

Studien peker på at Tvangsbegrensingsloven ikke nødvendigvis vil være positiv for alle pasientene. Funn indikerer at for noen få pasienter vil lovforslaget kunne føre til dårligere pasientbehandling, mer tvang, flere selvmord og syke pasienter som unndrar seg behandling. Dette utfordrer helsepersonells faglige og personlige integritet. Funn tyder på økt individentsentrering med NOU 2019:14, motsatt av omsorgstenkningen og menneskesynet i helsefagene. Funn peker på at tvang noen ganger kan redde liv, og at det dermed kan være etisk og moralsk riktig når alt annet er forsøkt. NOU 2019:14 medfører sannsynligvis ikke et paradigmeskifte, men kan heller forstås som et tydelig insentiv fra lovgiver om å fortsette arbeidet for økt pasientmedvirkning og mindre bruk av tvang i behandlingen. Lederrollen er sentral i dette arbeidet.

## **FORORD**

Masteroppgaven min er avslutningen på studiet Executive Master of Business Administration. Studiet har gitt meg en bred lederutdannelse, med fokus på fag som ledelse og mestring, endringsledelse, strategi, strategisk økonomistyring, atferdsøkonomi og strategisk HRM. Et resultat av masterstudiet, er at jeg kjenner meg trygg og komfortabel i lederrollen.

Studiet har vært krevende, men har samtidig gitt svært mye inspirasjon, utfordringer og mestringsfølelse underveis. Diskusjoner og samarbeid med andre studenter og fagansvarlige har vært spennende og lærerikt. Samtidig har det gitt meg et utvidet nettverk av andre ledere på ulike fagfelt.

Jeg ønsker å rette en stor takk til veilederen min, Kristin Engh. Du dyttet meg ut av komfortsonen og inn i en faglig vekstsone som har vært formidabel. Det har vært både krevende og godt å komme til veiledning hos deg. Jeg har satt stor pris på hjelpen du har gitt meg.

En stor takk til informantene for alt dere delte med meg, og for at dere villig stilte opp. Takk til klinikkleder og avdelingssjef for muligheten til å gjennomføre studiet. Takk til gode kollegaer for innspill, korrekturlesing og for inspirerende diskusjoner underveis.

Til slutt vil jeg takke Jo for grenseløs tålmodighet, forståelse og for din evne til å gi meg perspektiver når jeg trenger det som mest.

Orre, 05.06.2020

Liv Gunhild Aase

# Innhold

SAMMENDRAG .....	2
FORORD .....	3
1 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.1 Makt og avmakt i psykisk helsevern.....	1
1.1.2 Psykiatri som fagfelt i et historisk perspektiv.....	2
1.1.3 Nye virkemidler for å fremme pasientrettigheter.....	3
1.2 Problemstilling.....	4
1.3. Oppgavens avgrensning og oppbygning.....	5
1.3.1 Oppgavens oppbygning.....	5
2 TEORETISK PERSPEKTIV .....	6
2.1 Teoretisk ramme .....	6
2.1.1 Ledelse.....	7
2.1.2 Makt .....	7
2.1.3 Verdier .....	7
2.1.4 Kultur .....	8
2.1.5 Pasient .....	8
2.1.6 System .....	8
2.1.7 Recovery .....	9
2.1.8 Samtykkekompetanse .....	9
2.2 Lederskap .....	9
2.2.1 Trekkteori og «The Great Man» .....	9
2.2.2 Ledelse som sosial prosess .....	10
2.2.3 Transformasjonsledelse og transaksjonsledelse – to perspektiv på ledelse.....	13
2.2.4 Ledelse og organisering i sykehus .....	13
2.2.5 New Public Management .....	14
2.3 Verdisyn.....	15
2.3.1 Profesjonsverdier .....	16
2.3.2 Humanistisk verdisyn og vestlig kultur .....	16
2.3.3 Menneskesyn.....	17
2.3.4 Pasientsyn, framvekst av brukerperspektiv og forskning i fagfeltet.....	19
2.4 Makt .....	21
2.4.1 Maktbaser .....	22
2.4.2 Strukturmakt .....	22
2.4.3 Verdibasert makt.....	24

2.4.4 Politisert makt .....	25
2.4.5 Makt og kultur i sykehusorganisasjoner.....	26
2.4.6 Rett til å velge fra «vår» meny .....	27
2.4.7 Akuttsituasjoner og makt .....	27
3 METODE.....	29
3.1 Forskningsdesign og forskningstilnærming.....	29
3.1.1 Forskningsdesign .....	29
3.1.2 Etske overveielser.....	30
3.1.3 Forskningstilnærming og framgangsmåte.....	31
3.2 Forskningsmetoder.....	31
3.2.1 Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.....	32
3.2.2 Kvalitativt intervju .....	32
3.2.3 Utvalg av informanter .....	34
3.2.4 Intervjuguide .....	34
3.3 Vurdering av metode.....	35
3.3.1 Reliabilitet.....	35
3.3.2 Validitet .....	36
3.3.3 Analyse av funn .....	36
4 DRØFTING.....	37
4.1 Hvilken betydning har leders rolle for å legge til rette for endringer i syn på pasientmedvirkning og bruk av tvang i behandlingen av psykisk syke? .....	37
4.1.1 Å gå runder på ting.....	38
4.1.2 Organisatorisk læring og meningsfull retning .....	38
4.1.3 Demokratisk ledelse .....	40
4.1.4 En kollektiv virkelighetsoppfatning .....	40
4.1.5 Forslag til nytt tvangsløverk.....	42
4.1.6 Endringer i tiden .....	45
4.2 Hvilket forhold er det mellom synet på pasienten og verdisynet som ligger i profesjoner, kultur og rammer i psykisk helsevern? .....	47
4.2.1 Etske konfliktområder .....	48
4.2.2 Omsorgskultur .....	51
4.2.3 Pasientenes helsetjeneste? .....	53
4.2.4 Rammer og verdisyn.....	55
4.3 Hvilke maktstrukturer finnes i psykisk helsevern, som kan påvirke bruken av tvang?.....	56
4.3.1 Kultur og makt.....	57
4.3.2 Rammer og makt .....	58

4.3.3 Åpenbare og skjulte former for makt i psykisk helsevern.....	61
5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	63
REFERANSER .....	67
VEDLEGG.....	74

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for masteroppgaven er ledelse og makt i psykisk helsevern. Oppgaven har betydning for ledelse av fagfeltet, fordi fagfeltet er i økende endring. Pasienter er i større grad bevisste på egne behov når det kommer til behandling (Thylefors, 2015), og medarbeidere i det psykiske helsevern kan noen ganger oppleve maktesløshet fordi pasienter har endrede forventninger til dem, og ønsker å ta mer kontroll og styring over sin egen bedringsprosess. Det eksisterende paradigme i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er rotfestet i profesjonene, deres forskning og kunnskap (Glover, 2005). Psykiatri som fagfelt har dermed «alltid» vært preget av maktubalanse, der pasienten tradisjonelt har vært underlagt fagfeltets bestemmelser og vurderinger (Kringlen, 2007). I 2017 tilkom det nye bestemmelser i Pasient- og brukerrettighetsloven, som hadde direkte konsekvenser for maktforholdet mellom pasienten og behandler. Hovedkravet er nå at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke.

I september 2019 kom det en NOU med forslag til ny tvangsbegrensningslov, der det foreslås å utfase virkemidler man før har brukt, som tvangsmidler av ulik art, med nytt «verktøy i verktøykassa» (NOU 2019:14, 2019). Samtidig med at Tvangsbegrensningsutvalget har brukt over tre år på å utarbeide lovforslaget, har media løftet fram saker fra pasient og pårørendeperspektiv, som har pekt på opplevde maktovergrep, unødvendig bruk av makt og tvang, og klager på pasienters reelle mulighet til å bidra i egen behandling. Alt dette har inspirert meg til å se på hvordan ledere i fagfeltet kan legge til rette for redusert bruk av tvang. Det vil også være interessant å merke seg om den ønskede (og varslede) endringen på sikt vil medføre et paradigmeskifte som innebærer en markant maktglidning fra system til pasient.

### 1.1.1 Makt og avmakt i psykisk helsevern

Gjennom arbeidet søker jeg å belyse hvordan behandlingskultur (makt) i psykisk helsevern er nært knyttet til holdninger, pasientsyn, tradisjoner og verdier. I den sammenheng er det flere interessante spørsmål; Er det slik at psykiatriske pasienter alltid kan ta (kvalifiserte)valg i egen behandling? Vil endringen innebære at systemet skyver ansvar og skyld for egen helse over på pasienten? Alle de ulike perspektivene har etiske dilemma knyttet til seg. I boken «Det kjempende menneske» sier Monsen (2000:49) følgende; «Å være den minste betyr også



*frihet fra ansvar og skyld, samtidig som det betyr avhengighet og mangel på kontroll. Å være den største betyr uavhengighet og kontroll, men samtidig ansvar og skyld*». Man kan dermed si at det ligger avhengighet implisitt i pasientrollen. Pasienten er avhengig av spesialistenes kompetanse for å få det bedre eller bli frisk. Helsevesenet, der spesialistene er, er presset for ressurser. Dermed er det vel rimelig om fagfeltet får beholde definisjonsmakten og kan styre behandlingen mot mest mulig effektive og økonomiske løsninger? «Hva vet vel pasientene om sitt eget beste i behandlingssammenheng?» vil enkelte kunne hevde.

Med innsatsstyrt finansiering og New Public Management styres sykehusene ut i fra et krav om økonomisk bærekraft og konkurransedyktighet. Hvordan er dette forenlig med pasientrettigheter, handlingsvalg og verdier i profesjonene? Man kan også stille spørsmål ved hvilken ledelse er da best og mest hensiktsmessig for å få til den ønskede endringen?

For at man skal nå sine mål, er det en forutsetning at man har en gjennomreflektert holdning til egen maktbruk (ibid.). Når makten brukes etter innfallsmetoden, og maktutøveren er ubevisst og uprofesjonell, og bruker makt for maktens skyld, blir makten destruktiv og ødeleggende for alle parter (ibid.). Bevissthet rundt makten man har, og refleksjon rundt hvorfor og hvordan man har fått makt, kan lede oss til å bruke makten på en god og «fair» måte, uten at vi korrumpes, slik den britiske historikeren Lord Acton hevdet allerede på slutten av 1800-tallet (Rogow & Lasswell, 1963). Hvordan endringen i maktbalanse fra fagpersonell til pasient skal foregå i praksis kan derfor ha innvirkning på om vi lykkes med dette skiftet eller ei.

Som disiplin har psykiatrien annerledes karakter enn somatikken, med sin empiri og sin biologiske tenkemåte. Fagfeltet har vært gjennom flere reformer og omveltninger. Nye behandlingsformer har kommet til og forståelsen av psykiske lidelser har endret seg, og er fortsatt i endring. Likevel kan det virke som om synet på den psykiatriske pasienten fortsatt er preget av stigma og lav status, som i mange sammenhenger er begrunnet i frykt og manglende forståelse for mentale helseproblemer (Lyngstad, 2000).

### **1.1.2 Psykiatri som fagfelt i et historisk perspektiv**

I et historisk perspektiv har norsk psykiatri vokst fram fra middelalderens hekseprosesser (Kringlen, 2007). På 1700-tallet fikk man dårekister for farlige galne pasienter. Det var på samme tid allmennhospitaller som fungerte som anstalter for oppbevaring av uønskede elementer i bybildet (ibid.). Dollhusene på 1700-tallet sperret inne de «avsindige». De kunne bli plassert med halsjern, bånd og lenker. Mot slutten av 1700-tallet tok man i bruk

tvangstrøyer som et middel til besparelser for at hospitalene skulle unngå utgifter til oppassere. Fra denne tid skulle psykisk syke ikke lenger plasseres i fengsel. Mange gikk rundt på legd, i arbeid og forpleining på gårder. Forholdene var ofte forferdelige (ibid.). På 1800-tallet kom det en ny sinnssykelov, og dollhusene ble oppgraderte til autoriserte sinnssykeasyler. Det var stor forskjell på behandlingen av fattige og rike, med egne private asyl for de med midler til å betale for seg. På denne tiden kom også de første eksperimenter med psykologisk behandling, «moral treatment». Sinnssykdom ble i økende grad sett på som nettopp en sykdom, og sinnssyke skulle møtes med en vennlig og forståelsesfull, humanistisk, holdning, og voldsomme metoder skulle forbys. Dette gikk man bort i fra da de økonomiske tidene forverret seg. Da viser historien at det ble mer vold og tvang igjen i asylene (ibid.).

Psykiatriske pasienter ble noen ganger utsatt for eksperimentell og inhuman behandling (ibid.), før det kom effektive medisiner på markedet. Det ble eksperimentert med ulike virkemidler, fra kalde og varme bad til sentrifugering i stol. På 1900-tallet ble psykisk syke behandlet med insulinsjokk. I 1941 ble den første pasienten lobotomert i Norge, og i 1949 ble Lithium tatt i bruk som det første virksomme medikamentet mot alvorlig sinnslidelse. I 1953 kom Klorpromazin på markedet, og vant rask utbredelse. Fra 1973 ble psyko-kirurgien avsluttet, og helt erstattet med nevroleptikabehandling, i kombinasjon med framveksten av miljørettede tiltak, andre behandlingstiltak, som psykoterapi, samtaleterapi og i tillegg sosiale tiltak. I samme periode økte vekten på poliklinisk behandling. I løpet av 1990-tallet ble hver fjerde voksenpsykiatriske døgnplass borte (Vold, 1999).

I dag samarbeider ulike profesjoner for å gi pasientene et mer helhetlig tilbud, der «hele pasienten» er i fokus. For de med alvorlige psykiske lidelser, er det summen av behandlingstiltakene som har effekt. Forskning har også vist at relasjoner mellom pasienten og behandlerne er virksomme i tilfriskningsprosesser (Rizzolatti og Sinigaglia, 2008; Løvlie Schibbye, 2009). Det er i tråd med recovery-filosofien som oppsto på 60-tallet, og som nå preger fagfeltet. Recovery dreier seg om brukermedvirkning, fokus på menneskelige, iboende, ressurser og bedring på pasientens egne premisser (Karlsson og Borg, 2017).

### **1.1.3 Nye virkemidler for å fremme pasientrettigheter**

Høsten 2017 ble Lov om Pasient- og brukerrettigheter endret. Endringene skal fremme økt selvbestemmelse og rettsikkerhet for pasienter i psykisk helsevern.

I september 2018 ble Pakkeforløp for psykiske lidelser innført, der målet er å styrke det helhetlige behandlingstilbudet i fagfeltet, i tillegg til å øke brukermedvirkning og fokus på

brukertilfredshet (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom de nye lovforslagene styrkes fokus på menneskerettigheter. Målet er å oppnå økt transparens ut mot samfunnet og en styrking av juridiske forhold knyttet til det arbeidet som gjøres. I takt med dette, har brukerne og deres pårørende krevd- og fått- sterkere medbestemmelse. Dermed ser det ut til at det pågår en maktglidning i psykisk helsevern der makten skyves fra system til bruker. Dette kan være starten på et paradigmeskifte innen behandlingsapparatet. Dette kan bety at psykisk helsevern er på vei mot store endringer både når det kommer til maktbalanse, holdninger og verdier, pasientsyn, tradisjoner og ikke minst i strukturelle forutsetninger. Endringer på et så bredt felt vil med all sannsynlighet kreve transformasjonsorientert fokus på lederskap som evner å vise vei, motivere og jobbe over tid med endringene, i et fagfelt med knappe ressurser.

## **1.2 Problemstilling**

Som vist innledningsvis er det en rekke faktorer som påvirker bruken av makt i behandlingen av psykisk syke pasienter. Det er både historiske, juridiske forhold som virker inn, i tillegg til holdninger og verdier knyttet til de ulike fagprofesjonene som er involvert. Endringen i retning av økt pasientmedvirkning og redusert bruk av tvang må derfor foregå i lang flere dimensjoner. Målet med dette arbeidet vil derfor være å undersøke hvordan en slik endring kan og bør ledes, slik at praksis i norsk helsevesen er i tråd med føringene fra lovgiver, både når det kommer til vedtatte lover og regler som gjelder på fagfeltet, og nye forslag når de vedtas.

Problemstillingen som er valgt for dette arbeidet er dermed som følger:

***Hvilken betydning har lederrollen for å legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i det psykiske helsevern?***

Lederskap utøves ikke i et vakuum. Som beskrevet innledningsvis påvirker tradisjoner, arbeidskulturen, ulike profesjoners tilstedeværelse i behandlingen, forskning og kunnskap om behandlingsmetoder samhandlingen mellom pasienten og behandlingsapparatet. I tillegg vil en rekke juridiske forhold, samt oppfatninger i samfunnet forøvrig, påvirke hvordan behandlingen og samhandlingen foregår. Problemstillingen kan dermed besvares ut fra en rekke ulike perspektiv. For å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert:

1. Hvilken betydning har leders rolle for å legge til rette for endringer i syn på pasientmedvirkning og bruk av tvang i behandlingen av psykisk syke?
2. Hvilket forhold er det mellom synet på pasienten og verdisynet som ligger i profesjoner, kultur og rammer i psykisk helsevern?
3. Hvilke maktstrukturer finnes i psykisk helsevern, som kan påvirke bruken av tvang?

### **1.3. Oppgavens avgrensning og oppbygning**

Det er flere aktører på samhandlingsarenaene. Pasienten møter både representanter fra kommunen, NAV, fastlegen og andre i tillegg til sine behandlere. Behandlerne pasienter støter på kan representere ulike profesjoner med ulike behandlingstradisjoner og holdninger knyttet til pasientmedvirkning. Fokus i denne oppgaven vil primært være på ledere og behandleres perspektiv på maktbruk på ulike samhandlingsarenaer. Det kunne også vært nyttig i denne sammenheng å inkludere pasientperspektivet og deres erfaringer i møte med behandlingsapparatet. Av hensyn til arbeidets omfang og vinkling utelates pasientperspektivet i denne omgang.

Oppgaven nevner både økonomiske spørsmål og juridiske sider knyttet til maktbruk i psykisk helsevern, uten at det gis betydelig fokus av hensyn til oppgavens omfang.

Arbeidet kunne også tatt utgangspunkt i en konkret samhandlingsarena, og undersøkt maktforhold knyttet til spesifikke hendelser der. Det er imidlertid valgt en generell tilnærming til samhandlingsarenaene i fagfeltet fordi en ønsker å undersøke hva som skal til for å skape en bedre maktbalanse på de arenaene der aktørene møtes.

Det kunne også vært interessant å se på den nye nasjonale retningslinjen som framkommer i Pakkeforløpet, men også dette ligger utenfor rammen av dette arbeidet.

#### **1.3.1 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven skrives som en monografi, og består av fem kapitler. Første kapittel beskriver bakgrunnen for fokuset i oppgaven, og den valgte problemstillingen. Kapittel to er et teorikapittel. Her gjennomgås aktuelle teoretiske perspektiver og forskning. I kapittel tre gjennomgås metoden som er brukt for å komme fram til et svar på oppgaven. Dette kapittelet beskriver hvordan data er samlet inn og bearbeidet. Kapittel fire presenterer og drøfter

funnene som er gjort i forhold til relevant forskning og teori, og diskuterer disse i lys av forskningsspørsmålene, før problemstillingen blir besvart i kapittel fem.

## **2 TEORETISK PERSPEKTIV**

Studiens formål er å undersøke noen av de måtene og områdene hvor ledelse kommer til uttrykk i psykisk helsevern, som berører maktbalansen mellom behandlere og pasienter. Det kan være gjennom leders holdninger, verdier, menneskesyn og som rollemodell for ansatte. Gjennom disse kvalitetene, vil lederskapet sette sitt preg på samhandlingsarenaene i postmiljøet, i behandlingsmøter og i ulike samarbeidsmøter. Samhandlingsarenaene kan dermed i praksis understreke kultur, holdninger, verdier og menneskesyn som gir rom for både høy og lav grad av brukermedvirkning og medbestemmelse. Man kan si at den strukturen og de rammene som ofte eksisterer på samhandlingsarenaene, representerer noe av maktgrunnlaget i systemet. Det kan imidlertid også tenkes at denne makten kan representere trygghet og forutsigbarhet for pasientene, og at den dermed kan hindre unødig maktbruk fra de som yter tjenestene. Maktstrukturen kan dermed fungere som en god reguleringsmekanisme for samhandlingen mellom behandlere og pasienten.

Studien kan dermed også belyse om det er ønskelig med et paradigmeskifte, eller om en optimalisering av maktbalansen vil kunne innebære justeringer og tilpasninger som kan skje uavhengig av lovendringer og radikalt nye måter å jobbe på.

### **2.1 Teoretisk ramme**

I dette kapitlet redegjøres det for oppgavens teoretiske ramme. Teoretisk ramme består av tre utvalgte tema; lederskap, verdisyn og makt. Relevant forskning presenteres, sammen med aktuelle teoretiske perspektiver som er valgt ut på bakgrunn av problemstillingen. Gjennom intervjuene og gjennom prosessen med studien forøvrig, er teorien supplert ettersom sentrale synspunkter dukket opp i intervjuene. I tillegg tilkom det teori ved søk i databaser og gjennom samtaler og engasjement på annet hold, som har foregått parallelt med utarbeidelse av teksten. Temaene i oppgaven er delt i tre:

1. Lederskap
2. Verdisyn
3. Makt

Før det teoretiske grunnlaget for oppgaven beskrives, kan det være nyttig å foreta noen begrepsavklaringer. Det gjelder særlig begrepene ledelse og makt som er helt sentrale i det videre arbeidet.

### **2.1.1 Ledelse**

Begrepet ledelse inngår i daglig talen og som begrep i vitenskapelig sammenheng, uten at det er uttømmende definert. Det fører til at det i mange sammenhenger er uklart hva som skiller ledelse fra tilgrensende og vagt definerte begrep som makt, autoritet, management og administrasjon (Yukl, 2013). Denne oppgaven bygger på en definisjon som beskriver ledelse som en prosess, som gir meningsfull retning til felles innsats, og som fører til frivillig innsats for å nå organisasjonens mål (Jacobs, T.O. and Jaques, E., 1990). Den valgte definisjonen utdypes og drøftes, sammen med andre definisjoner på ledelse senere i teorikapittelet.

### **2.1.2 Makt**

I dette arbeidet tas det utgangspunkt i to definisjoner på makt. Den første definisjonen fra Yukl (2013) sier at makt er en parts mulighet til å påvirke en annen part, eller til å påvirke situasjoner, hendelser, holdninger og atferd. I boken «Power» (Clegg and Haugaard, 2013) defineres makt som et konseptuelt redskap. Makt kan ikke ses på som ett velavgrenset begrep, men kan deles mellom kategoriene «makt til» og «makt over». «Makt over» betyr evne eller kapasitet til å utøve kontroll. «Makt til» defineres som evne eller kapasitet til å oppnå mål gjennom en interpersonlig prosess, der målene i seg selv - og virkemidlene til å nå dem - er etablert gjennom et samarbeidende fellesskap og gjennom felles innsats. Denne definisjonen av makt har tydelige likhetstrekk med oppgavens valgte definisjon på ledelse, og viser at begrepene er tett sammenknyttet.

### **2.1.3 Verdier**

Verdier som begrep kommer fra økonomifag, men er i denne sammenheng et etisk begrep (Aadland, 2001). I oppgaven står begrepet for alt som er grunnleggende verdifullt for mennesket. Alt det vi ønsker å ta vare på, verne om eller arbeide for. Det er moralske verdier, der rettferdighet, tillit, solidaritet, ærlighet og likhet er eksempler. Verdier gir retning til de

valg mennesker tar og til samspillet dem imellom. Mennesker som identifiserer seg med hverandre vil ofte ha et felles sett av normer og verdier som styrer handlingene deres (ibid.).

#### **2.1.4 Kultur**

I denne sammenheng består begrepet kultur av de meninger, verdier og holdninger som finnes innenfor et samfunn eller en avgrenset gruppe, som i et sykehus, eller en klinikk eller i en sengepost (Barbosa da Silva, 2010). Schein (1985) beskriver kultur som en intern felles delt virkelighetsoppfattelse. Det innebærer en felles historie og et mønster av felles grunnleggende antakelser som læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på. Kultur i organisasjoner skiller seg ikke vesentlig fra disse definisjonene. Henning Bang (2013) har gjennomgått flere ulike definisjoner på organisasjonskultur, og har kommet fram til en dekkende definisjon: «Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben».

Begrepet læringskultur inngår som en del av organisasjonens samlede kultur, og omfatter de muligheter for læring og kunnskapsutvikling som finnes i organisasjonen (Filstad Jakobsen, 2010). Disse mulighetene kan skapes gjennom at leder tilrettelegger for ansattes læring, både organisatorisk og kulturelt.

#### **2.1.5 Pasient**

I oppgaven brukes «pasient» som begrep om mennesker som mottar helsetjenester, med eller uten sin vilje. Dette er et juridisk forankret begrep, som kan omfatte både syke og friske mennesker, som er i kontakt med profesjonelle hjelpere (Lov om pasient -og brukerrettigheter, §1-3.a, 2019). Begrepet «behandler» brukes om medarbeidere som av profesjon er enten leger eller psykologer med rett til å fatte vedtak overfor pasientene.

#### **2.1.6 System**

I oppgaven er begrepet «system» et samlebegrep for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, satt i system av de, til enhver tid, gjeldende rammene. Rammer i psykisk helsevern omfatter for eksempel juridiske, medisinskfaglige, sosialfaglige og fysiske muligheter og begrensninger som ligger i fagfeltet på den arenaen helsehjelpen gis.

### **2.1.7 Recovery**

Begrepet «recovery» er brukt i oppgaven, og betyr i denne sammenheng bedringsprosesser. Recovery som begrep rommer et mangfold av behandlingsmetoder og behandlingstilnærmelser, som alle tar utgangspunkt i pasienters ønsker og behov i tilfriskningsprosessen, i erfaringer, i brukermedvirkning og i menneskerettigheter (Karlsson og Borg, 2017).

### **2.1.8 Samtykkekompetanse**

Begrepet «samtykkekompetanse» betyr at pasienten har innsikt i, og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene han/hun tar. Dersom pasienten har fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming, og åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, kan samtykkekompetansen falle bort, helt eller delvis (Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 4-3).

## **2.2 Lederskap**

*“Always, it seems, the concept of leadership eludes us or turns up in another form to taunt us again with its slipperiness and complexity”.*

Warren Bennis, (1959)

Tradisjonelt har *lederskap/ledelse* vært synonymt med et sett evner (skills) hos mennesker med autoritet, mens en *leder* har blitt sett på som en topp-posisjon i et hierarki, med mandat til å styre, gi retning og planlegge langsiktige strategier. *Management* på den annen side, dreier seg om å forholde seg til kompleksitet, organisering av ansatte og å kontrollere daglige prosesser (Kotter, 1990). Man kan allikevel si at denne inndelingen egentlig ikke innebærer noen vesentlig forskjell på begrepene. Både lederrolle og managerolle er to måter å organisere ledelse på, og faller inn under begrepet lederskap, som er en av mange måter å uttrykke sosial organisering på (Barker, 2001).

### **2.2.1 Trekkteori og «The Great Man»**

Dersom man knytter ledelse som begrep til bestemte personer, viser historien at ledelse er som et mange-hodet troll, som viser ansiktene på både despoter og helgener (Bass og



Steidlmeier, 1999). En omfattende gjennomgang av ledelseslitteratur viser at det er nesten like mange definisjoner av begrepet som det er personer som har forsøkt å definere det (Stogdill, 1974). Ledelse har blitt definert som trekk, atferd, påvirkning, interaksjonsmønstre, rolleforhold, yrke og administrativ posisjon (Yukl, 2013). Felles for de fleste syn på hva ledelse er, er antakelsen om at det innebærer en prosess der leder utøver en målrettet påvirkning over «følgerne», som oftest de ansatte (ibid.). I denne antakelsen ligger det også at ledere strukturerer og fordeler arbeidet, og legger til rette aktivitetene i en gruppe eller organisasjon, i tråd med organisasjonens overordnede mål.

Dette konvensjonelle synet på ledelse kan knyttes til trekk-teori, som peker på at ledelse har med egenskapene til ett individ å gjøre (Bass, 1990; Rost, 1991). Det er lederen som motiverer, inspirerer og går foran. Det er trekk ved lederens personlighet og egenskaper, som gjør denne særlig egnet til å lede. Dette synet kommer ofte karikert fram i for eksempel skjønnlitteratur og film, som romantiske forestillinger om «den ene», den sterke, stolte lederen. Dette kalles da også for «The great man theory of leadership» (Bennis og Nanus, 1985).

Yukl (2013) bruker begrepet spesialisert lederrolle om den som er ansvarlig leder. Rost (1991) omtaler lederskap som «*a social delusion that allows 'followers' to escape responsibility for their own actions and inactions*» (Barker, 1997: 348). Å definere lederskap som et individs iboende egenskaper, vil i ytterste konsekvens kunne passivisere den gruppen som kalles ansatte, og frata dem ansvar. Ensidig fokus på lederskap og fokus på leders trekk og egenskaper kan bidra til å opprettholde myter knyttet til ledere og lederskap, som ansattes håp om frelse fra ansvar og frihet fra skyld når ting går galt (ibid.).

I helsevesenet stilles det krav om faglig forsvarlighet for å beskytte pasientene mot handlinger som er i strid med lovpålagte plikter. Ledere har systemansvar, men ansatte har et selvstendig og personlig ansvar for å gi faglig forsvarlige tjenester. Det betyr at ansatte aldri kan skyve eget ansvar i fra seg. Ledere har ansvar for å legge til rette slik at ansatte kan gjøre jobben sin på en forsvarlig måte, men ansatte - som i psykiatrien ofte er høyt kompetente - kan ikke skyve lederen foran seg når de gjør noe galt, de må ta ansvaret for dette på seg selv (Helsepersonelloven, 2019, § 4).

### **2.2.2 Ledelse som sosial prosess**

Det konvensjonelle synet på ledelse har blitt utfordret av teorier som står i et motsetningsforhold. Allerede på 1950-tallet formulerte Kurt Lewin (1950) begrepet

*demokratisk ledelse*. I det begrepet kan det hevdes at det ligger en sosial dimensjon.

Teoretikere som har utforsket dette synet, hevder at ledelse dreier seg om sosiale prosesser. De stiller dette synet på ledelse i opposisjon til trekkteoriene, og som en «kur» mot ansattes passivitet og flukt fra ansvar, som kan være konsekvensen av en «allmektig» leder på toppen (Gemmill og Oakley, 1992). Her beskrives ledelse som en sosial prosess, der individer i organisasjonen inngår i interaksjoner og fellesskap, som har både intellektuell og emosjonell betydning (ibid.).

Dette synet på ledelse gir mening i denne oppgaven, fordi ansatte i det psykiske helsevern for det meste består av mennesker med høy og spesialisert kompetanse, som kan utføre ulike lederoppgaver og påvirke hverandre både faglig og sosialt. Oppgaver og endringer løses oftest gjennom tverrfaglige, interaktive prosesser som involverer mange ulike mennesker, uten at disse nødvendigvis har formelt lederansvar.

En slik måte å se ledelse på støttes i forskning (Crevani, m.fl., 2009; Locke, 2003), som hevder at lederskap bør ses på som atferd eller noe man gjør, og som prosesser som oppstår i menneskelig interaksjon i organisasjonskulturer der begrepet ledelse er kjent, men samtidig under rekonstruksjon. Det kan bety at lederskapet i organisasjonen i praksis kan være flytende, der ansatte har ansvar etter tur eller tar på seg å lede ut i fra situasjon, uavhengig av at organisasjonen har en formell ledelse. Det kan bety at ledelse som begrep blir en del av organisasjonens kulturelle kontekst, som utspiller seg i daglige prosesser, hvor ansatte sammen skaper retning, orientering og handlingsrom (Crevani m.fl., 2009). Dermed gir prosessen i seg selv mening, når ledelsesaktiviteter viser seg gjennom interaksjoner i organisasjonens kulturelle kontekst, uten at leders handlinger og atferd i seg selv blir det meningsbærende. Slik kan prosessen forstås som kontinuerlige, dagligdagse aktiviteter i spennet mellom strukturer og tvetydighet (ibid.).

Rollen til den formelle lederen kan være å påvirke organisasjonens verdier og kultur, for eksempel ved å formulere langsiktige mål og visjoner på en slik måte at ansatte finner mening og motivasjon i dette (Yukl, 2013). Det kan også være å sørge for at ansatte har nok ressurser tilgjengelig, slik at de kan utføre sitt arbeid etter beste praksis, og å legge til rette for at høyt kompetente ansatte kan lede seg selv i det arbeidet de er spesialister på, og som gir mening både organisatorisk, men også for den enkelte medarbeider. Dette er også i tråd med oppgavens valgte definisjon på ledelse:

«*Leadership is a process of giving purpose (meaningful direction) to collective effort, and causing willing effort to be expended to achieve purpose*» (Jacobs and Jaques, 1990; Barker, 2001).

Den valgte definisjonen inneholder flere sentrale begrep som kan ha betydning for lederskap innen det psykiske helsevern. Den beskriver lederskap både som en *prosess* der flere aktører samarbeider for å løse oppdrag, og den beskriver en felles innsats i en *meningsfylt retning*. Dette kan bety at begrepet *meningsfull retning* både rommer ansattes syn på organisasjonens oppdrag og veivalg, og i tillegg kan det bety at menneskene i organisasjonen finner personlig mening i arbeidet og i organisasjonens verdier og visjoner. Damon m. fl., (2003:121) beskriver meningsfull retning som formål;

«*Formål er en stabil og generalisert intensjon om å oppnå noe som samtidig er meningsfullt for person og som har konsekvens for den videre verden*».

Meningsfull retning kan også vises på et samfunnsmessig plan ved at organisasjonen bidrar med for eksempel informasjons- og opplysningsarbeid til borgerne, undervisning på skoler og ved veldedig arbeid (Kempster m. fl. 2011). Forskning på ledelse i postmoderne tid, viser en utvikling i retning av økt samarbeid, likhet, solidaritet og toleranse (Laloux, 2015).

En kjerneverdi i sykehusene er sosial ansvarlighet. Sykehuset som organisasjon tjener ikke bare styret og staten, men jobber til velferdssamfunnets beste, selv om dette kan innebære høye kortsiktige kostnader. I et langtidsperspektiv kan dette føre til betydelig gevinst, både i form av optimalisering av tilbudet i tråd med befolkningens behov og større grad av pasienttilfredshet. Samtidig kan det gi sterkere fagmiljøer og motiverte ansatte som finner faglig og personlig mening med arbeidet (ibid.).

Forskning viser at moderne ledere investerer i organisasjonskultur, sosialt felleskap og samarbeid, og legger vekt på at alle ansatte blir hørt og respektert (ibid.). Høyt kompetente ansatte har sannsynligvis andre behov enn samlebåndsarbeidere. Ledere må derfor bruke den innflytelsen de har på en klok måte, og legge til rette for at alle ansatte får utvikle seg både faglig, personlig og sosialt.

Utgangspunktet for denne investeringen er forventet avkastning i form av trivsel blant ansatte, økt kompetanse, bedre pasientbehandling og mer fornøyde pasienter og pårørende.

### 2.2.3 Transformasjonsledelse og transaksjonsledelse – to perspektiv på ledelse

James McGregor Burns (1978) satte to hovedsyn på ledelse opp imot hverandre; transformasjonsledelse og transaksjonsledelse. Han knyttet transaksjonsledelse til ansattes egen nytte, og til organisasjoner der ansatte motiveres av resiprositet og utveksling av ytelser (Yukl, 2013).

I motsatt ende av skalaen plasserte han transformasjonsledelse. Dette perspektivet på ledelse er også kalt inspirerende ledelse, og appellerer til ansattes moralske verdier, i forsøk på å øke felles bevissthet knyttet til saker av etisk betydning. Ved å øke etisk bevissthet rundt det arbeidet som gjøres i organisasjonen, vil ansatte kunne mobilisere energi og ressurser på en slik måte, at nødvendige endringer kan finne sted (Burns, 1978). I organisasjoner, som et sykehus, der ansatte har høy kompetanse og der det er knyttet moralske verdier og etiske retningslinjer til profesjonene, er det sannsynlig at man finner transformasjonsorientert lederskap. Ansatte motiveres sannsynligvis i stor grad av verdien som ligger i arbeidet, fordi å gjøre vel har en moralsk egenverdi, både menneskelig og samfunnsmessig. På det viset, kan man si at transformasjonsledelse er i tråd med oppgavens definisjon på ledelse, fordi dette begrepet også innebærer *meningsfull retning*, ikke bare organisatorisk, men også for den enkelte ansatte og ledere.

I begrepet *transformasjon* kan man også hevde at det ligger endring, bevegelse og handling, og at bevegelsen er et uttrykk for prosessen som skjer, når det pågår endringer i organisasjonen, enten det gjelder verdier, kultur, holdninger eller annet (By, 2020). Dette synet på ledelse er et sentralt trekk ved moderne teorier om transformasjonsledelse og visjonært lederskap (Bass, 1996). Bass hevder allikevel at de to hovedsynene på ledelse ikke utelukker hverandre, det er alltid betingelser knyttet til forholdet mellom ansatte og leder/organisasjon.

### 2.2.4 Ledelse og organisering i sykehus

I sykehusreformen som ble vedtatt i juni 2001, gikk eierskapet over offentlige sykehus fra fylkeskommunene til staten. Det ble etablert fem regionale helseforetak, som eier sykehusene i helseforetakene. I dag er det fire helseforetak som utgjør separate enheter, med egne styrer og administrerende direktør, som har selvstendig resultatansvar (Johannessen, 2004). Formålet med sykehusreformen var å bedre driften i norske sykehus ved å endre ledelsesform og organisering, slik at sykehusene, på en bedre måte, kunne dekke pasientenes behov (NOU 1997:2).

Før sykehusreformen, var det todelt ledelse på avdelingsnivå. Avdelingsoverlege og oversykepleier hadde delt ansvar, bortsett fra medisinskfaglig ansvar, som lå på avdelingsoverlegen. Denne todelingen ga ofte uklarheter i myndighetsforhold og ansvar, og var årsak til konflikter. Mintzberg (1997) skriver i denne forbindelse;

*“I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to trying to manage almost any hospital. The pressures are enormous (e.g. professional insisting on any manner of special treatment -- managing professionals can describe as akin to herding cats)”.*

Med sykehusreformen ble ledelse i sykehusene profesjonalisert, ved innføring av enhetlig og profesjonsnøytral ledelse. Sykepleiere overtok i større grad som enhetsledere, mens overlegene tapte lederposisjoner i takt med at de ble mer og mer spesialiserte på fag.

### **2.2.5 New Public Management**

Kjerneområdene for ledelse i sykehus skal være fastsetting av mål og rammer, resultatoppfølging og måloppnåelse og arbeid med endringsprosesser for å kvalitetssikre tjenestene slik at pasientenes behov ivaretas. Rammeverket for dette er New Public Management (NPM), som utgjør ulike reformprinsipper, der målet er å effektivisere offentlig sektor (Thylefors, 2015). Siktemålet med NPM som styring i sykehusene er å stimulere organisasjonen til læring, slik at ressursene i sykehuset kan utnyttes optimalt (Grund, 2000).

Med NPM kom det mer kontroll og målstyring inn i sykehusene. I januar 2019 ble Pakkeforløp for psykisk helse innført, med større grad av detaljert kontroll med sykehus og kommuner på effektivitet og leveranse av tjenester til pasientene. Hensynet til økonomi og effektiv drift dominerer i NPM, kan det hevdes (ibid.). Dette er ikke alltid like lett å sammenstille med andre hensyn, som økt behandlingskvalitet og pasienttilfredshet (Thylefors, 2015). Som rammeverk kan NPM da bli for trangt, fordi pasienter som krever tid ikke er gunstig økonomisk, og heller ikke effektivt når målet er å gi behandling til flest mulig på kortest mulig tid. Psykisk syke pasienter har ofte behov for å bygge opp terapeutiske allianser med sine behandlere. Det tar ofte lang tid, men kan bety mye i tilfriskningsprosessen og for varig symptomfrihet (Opjordsmoen et.al., 2008). Det er ikke alltid det er tid nok i systemet til å gi pasientene det de har behov for. Dermed skrives pasientene ut for tidlig. De blir ofte syke igjen raskt, og risikerer å komme inn på ny som «svingdørspasienter». Slik kan omkostningene ved NPM som ramme bli høye; både menneskelig, for sykehuset og i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

## 2.3 Verdisyn

Verdisyn må ses i lys av menneskesyn og livssyn (Barbosa da Silva, 2010), og er nært knyttet opp til begrepene moral og etikk. Moral er den enkeltes måte å forholde seg til godt/vondt, rett/urett, tillatt/forbudt og ønsket/uønsket. Etikk er refleksjonen over hvordan man bør forholde seg til disse fenomenene. Forenklet kan man si at moral er handlingen. For å kunne handle moralsk, trenger vi etiske verdier, prinsipper og regler.

De ulike medisinske og helsefaglige profesjonene bygger på forskjellige kunnskapstradisjoner. De hviler på ulikt verdi- og kulturgrunnlag, som er utviklet i ulike historiske og kulturelle kontekster (Hall, 2005). Synet på mennesket, og fenomener knyttet til det menneskelige, kan man finne i et spenn av ulike paradigmer, fra det naturalistiske, positivistiske syn, til reduksjonisme og biomedisinsk syn til det humanistiske syn og det holistiske syn.

Når begrepet verdi brukes i etisk betydning, er det vanlig å skille mellom fenomener som har iboende verdi og fenomener som har instrumentell verdi, som materielle verdier. Iboende verdier finnes i liv, helse, frihet, likeverd, fred, selvrealisering, demokrati og fellesskap (Barbosa da Silva, 2010). I helsefaglige profesjoners etiske grunnlag, finner man igjen disse verdiene, sammen med sentrale verdier som integritet, autonomi, velgjørenhet og rettferdighet (Slettebø, 2002).

Dersom man ser verdisyn i et menneskerettslig perspektiv, finnes det et naturrettsyn som er forankret i FNs menneskerettserklæring fra 1948, som tillegger mennesker grunnleggende rettigheter i kraft av å være mennesker;

*«Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter»* (Aadland, 2001:74).

Slik menneskerettighetene er utformet, dekker de sivile og politiske, helsemessige, sosiale og økonomiske rettigheter, der frihet og likeverd er sentrale verdier.

Tvangsberedningsutvalget (NOU 2019:14) stiller spørsmål ved om behandlingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser er i strid med grunnleggende verdier i Menneskerettserklæringen. Det er en pågående debatt i fagmiljøer og offentligheten, om helsevesenet er i brudd med menneskerettighetene, for eksempel når det å ha en alvorlig sinnslidelse er et grunnvilkår for å bli utsatt for tvang. Bruk av tvang og restriksjoner overfor pasienter med psykiske lidelser øker faren for krenkelser, og kan være brudd på menneskerettighetene (Husum og Hjort, 2009). Dette handler ikke bare om subjektive

opplevelser (ibid.). Husum og Hjort (2009) hevder at problemet dreier seg om et demokratisk underskudd i samfunnet, ikke et økt omfang av krenkelser. De peker på at det er systemene og arbeidsmodellene i det psykiske helsevernet som er problematiske, fordi de er systemskapt og lite tilpasset brukernes uttrykte behov. Ved å legge til rette for en åpen, demokratisk kultur i fagfeltet, der pasienters erfaringer kan brukes til å utvikle fag og metode, kan krenkelser og smerte unngås, hevder de (ibid.).

### **2.3.1 Profesjonsverdier**

Etiske regler for leger har sitt opphav i den hippokratiske ed. De samme reglene finnes innarbeidet både i norsk lovgivning og i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, og bygger på moralske verdier som likhet og rettferdighet, og et ansvar både for pasienter, men også for den generelle velferden i samfunnet, for annet helsepersonell og for seg selv (Sivilombudsmannen, 2016). Den hippokratiske metode la vekt på pasientens reaksjon på sin sykdom, og var mindre opptatt av diagnoser (Søvik, 2001).

I sykepleiens verdigrunnlag, som bygger på det humanistiske menneskesyn, finner man et tydelig fokus på pasientperspektivets subjektive dimensjon. Det innebærer en søken etter å forstå pasientens erfaring med sin lidelse og helsesvikt som grunnlag for å gi helsehjelp. Det bygger også på tillit og solidaritet som grunnverdier (Nortvedt, 1998). Forskning (Søvik, 2001) har pekt på at tilnærming til mennesket og dets lidelse, må bygge på et helhetlig syn på pasienten. I dette synet ligger det også elementer av reduksjonisme og biomedisin, fordi analytiske metoder er nødvendige på lik linje med det psykososiale perspektiv for å ivareta helheten.

### **2.3.2 Humanistisk verdisyn og vestlig kultur**

Humanismen er «opponenten» til naturalismen, selv om humanismen også er betydelig påvirket av vitenskapelig tenkning (Aadland, 2001). I begrepet ligger det et fokus på mennesket, det humane. Hovedvekten ligger på at mennesket har kunnskaper om hva som er godt og rett, og har evne til å realisere det gode i etiske handlinger (ibid.). Etikken er dermed et nøkkelområde i humanisme, der mennesket viser sin verdi gjennom gode valg som fører til fremgang og frihet.

Humanisme har blitt kritisert for å ha et individualistisk grunnsyn. Denne kritikken kan man finne igjen i samfunnet i moderne tid, i helsepolitiske føringer som vektlegger forebygging og helsefremmende arbeid, men som retter seg inn mot individet (Fugelli og Solbakk, 2003).

Dette har en klar kulturell dimensjon, dersom man ser det i lys av «jeg-kulturer» kontra «vi-kulturer». Galtung (2007) beskriver «jeg-kulturen» som en vestlig konstruksjon. Her er individet frikoplet fra sosiale bånd, fritt til å fatte beslutninger i det samfunnet det lever, og fritt til å ha solidariske verdier og være altruistisk dersom individet selv velger det. Motsatt er «vi-kulturer», der individene er del av en tettpakket vev av sosiale bånd, et «vi», og er summen av de sosiale båndene. Uten disse sosiale båndene, er mennesket sosialt dødt (ibid.).

Vestlig kultur er sterkt preget av selvhevdelse og individorientering. Allikevel finner man områder der såkalte «myke» verdier er mer framtrødende, som i helsevesenet. Her vil man finne lommer av «vi-kultur», solidaritet og fellesskap, som kan være bærende element i behandling og samarbeid. Dette kan også knyttes til begrepet «caritas», som betyr kjærlighet, og som står sentralt i helsefagene. I dette begrepet ligger solidaritetstenkning, sammen med barmhjertighet, nestekjærlighet og sosialt fellesskap (Leenderts, 2014).

Den gyldne regel eller gjensidighetsprinsippet; «*alt du vil at andre skal gjøre mot deg, må du og gjør mot dem*», er et sentralt prinsipp i humanismen. Det kan kritiseres for å være individsentrert; Dersom du selv vil ha det godt, koster det deg at du også gjør vel mot andre. Det etiske budsjettet ender med det som til syvende og siste vil tjene deg selv (Galtung, 2007: 17). I ytterste konsekvens, kan dette også ses i lys av et machiavellisk perspektiv, der drivkraften bak menneskenes handlinger er ren egen nytte. Men idealet i det humanistiske verdisynet er at mennesket har en intuitiv innsikt i hva som er rett og galt. I begrepet *humanitas* ligger det menneskelighet og dannelse, hvor dannelsen, eller læringen, er det som gjør menneskene frie (Aadland, 2001). Friheten er det som skiller oss fra dyrene. Det bærende element i dette, er naturrettsstenkningen, som ligger til grunn for Menneskerettighetserklæringen. Uten en fellesmenneskelig, naturlig, moralsk innsikt ville det være umulig å bli enige om slike fellesretter (ibid.).

### **2.3.3 Menneskesyn**

Et hovedtrekk ved humanismen er at den er grunnleggende optimistisk på vegne av menneskene, og går ut i fra en antakelse om at mennesket er grunnleggende godt (Aadland, 2001). Denne antakelsen skiller seg fra det naturalistiske synet på mennesket, som er nøytral. I klassisk litteratur kan man finne dette igjen i fra renessansefilosofene, der det platonske menneskesynet, som går ut i fra at mennesket er grunnleggende godt, kan kontrasteres med det machiavelliske, som er motsatt (Bjartveit og Eikeset, 2008).



Menneskesyn handler om hvordan vi ser på mennesket. Ved å se på mennesket først og fremst som en organisme, er dette et naturalistisk menneskesyn. Et humanistisk menneskesyn vil se på mennesket i et helhetsperspektiv, som et sosialt vesen i samspill med individuell psyke (Haugsgjerd, m.fl.,2002). Slik kan man si at det humanistiske, helhetlige menneskesynet er tydelig representert i mange av de senere års endringer som er gjort i psykiatrien og det psykiske helsevern. Menneskesyn og etikk er viktige element i ideologien i helse- og sosialfag. I denne ideologien inngår synet på helse og sykdom, pasientsyn, pasientens syn på seg selv og forholdet mellom tjenesteyterne og pasienten (Barbosa da Silva, 2010). Man kan si at dette i høy grad dreier seg om rettigheter og tilfredsstillelse av de behov som oppstår når mennesker for eksempel er psykisk syke.

I samfunnet ligger det såkalte «normpakker», som skal ivareta retten til hjelp ut i fra antakelser om et slags en-til-en- forhold (Galtung, 2007). I denne sammenheng kan normpakke forstås som en samling underforståtte regler og forventninger som gjelder i samfunnet. Det er allikevel ikke alltid forholdene er så «enkle» eller forutsigbare at de faktisk bidrar til å tilfredsstille de behovene som kan oppstå hos den enkelte pasient.

Opptrappingsplanen for psykisk helse som kom i 1998 vektla brukererfaring og brukermedvirkning (Skorpen, m.fl., 2008). Målet med planen var å skape helhetlige og sammenhengende tjenester, der brukerperspektivet sto i fokus. Det betydde i praksis at psykisk syke skulle få hjelp til mestring av eget liv, til å bo tilfredsstillende og til å kunne ta del i meningsfylte aktiviteter ut i fra den enkeltes individuelle ressurser. Verdigrunlaget i planen er at mennesker med psykiske lidelser skal leve gode liv i det samfunn og i den kultur de var en del av, på lik linje som friske mennesker.

Man kan hevde at det ikke alltid er slik at idealer (som opptrappingsplanen) er forenlig med realitetene. Pasienters syn på seg selv og sine behov samsvarer ikke alltid med det tilbudet som ligger i normpakkene. Makt kan slik uttrykkes ved at pasienters valgmuligheter blir begrenset gjennom statens beslutninger, som ofte er kompromiss mellom ulike standpunkter og som ikke skal favorisere noen, men som heller ikke tilfredsstiller noen (Galtung, 2007). Veien til undertrykkelse kan også gå gjennom singularisme. Det betyr at man går inn for ett strukturelt svar til alle typer funksjonelle problemer i stedet for ett spektrum av svar (ibid.). Dette viser at det finnes både demokratiske og autoritære måter å begrense valgmuligheter på. På samme grunnlag kan man også kritisere Pakkeforløp for psykisk helse som kom i januar 2019. Selv om intensjonen bak pakkeforløpet var å sikre likhet, rettferdighet og kvalitet i tjenestene, hevdet kritikere i media blant andre, at det egentlig dreier seg om psykisk helse på

samlebånd, og «størrelse 40 i sko til alle». Det er like urettferdig om prosessene som ligger til grunn for de endelige beslutningene er demokratiske eller autoritære (ibid.).

### **2.3.4 Pasientsyn, framvekst av brukerperspektiv og forskning i fagfeltet**

I forskning som analyserer psykiatriske sykehus som sosialt system, fant man at sykehusets biomedisinske utgangspunkt var problematisk både for pasientene, men også for de ansatte (Løchen, 1976; Måseide, 1975; Sørhaug, 1982). Flere studier viser at dette utgangspunktet skapte et spenningsforhold mellom avdelingens roller, idealer og realiteter. Selv om disse studiene er relativt gamle, viser de konflikten mellom to opposisjonelle verdisyn, det biomedisinske og det humanistiske, og hvordan det kan påvirke samspillet mellom pasienter og ansatte. Måseide (1975) beskriver i denne sammenheng det paradoksale i at pasienter skulle forstås på bakgrunn av et rasjonelt og positivistisk perspektiv, samtidig som de skulle forstås og møtes med medmenneskelighet i et humanistisk perspektiv. Et annet eksempel på konflikten i dette, var at pasientene skulle lære å ta ansvar for seg selv, samtidig med at brudd på avtaler ble godskrevet symptomer på sykdom og funksjonssvikt (Sørhaug, 1982).

Dette var i en periode som var preget av antipsykiatri og et humanistisk opprør (Skorpen m.fl., 2008; HOD, 1996), da pasienter, pårørende og pasientorganisasjoner rettet sterk kritikk mot det psykiske helsevern generelt, men også mot driften av psykiatriske sykehus. Det var i denne tiden, med framvekst av helsefaglige og sosialfaglige profesjoner, at mer humanistiske verdisyn og pasientsyn fikk grobunn (Skorpen m.fl., 2008).

Etablering av sykepleievitenskap fra 1980-tallet, førte til forskning på fenomener knyttet til det subjektivt menneskelige, der forskningsfokus var på interaksjoner og samspill, heller enn fokus på observasjon av - og beskrivelse av - symptomer. Pasientenes og pårørendes stemmer ble viktige bidragsyttere i denne forskningen. Studier viste at pasienters opplevelser av behandling ofte ikke samsvarte med det psykiske helseverns antakelser om hva som var god behandling (Talseth, 2001; Norvoll, 2007). Pasientenes syn på egne behov og deres syn på de tjenestene de mottok sto ofte i kontrast til behandlernes biomedisinske perspektiver og behandlingsregimer (Terkelsen m. fl., 2005). I forskningen kom det fram at pasientene opplevde en mangel på bekreftelse, håp og nærhet fra leger og sykepleiere, samtidig som de opplevde at makten de ble utsatt for, som tvangsbruk, var en krenkelse og degradering av dem som mennesker og ikke til hjelp (Talseth, 2001).

Sett i lys av denne oppgavens problemstilling, kan det tenkes at det ligger en «nøkkel» i disse studiene til å redusere tvangsbruken i psykisk helsevern. Det pasientene selv sier om

behandlingen de mottar og behovene de har, peker på muligheter innen systemet til å gjennomføre endringer og tilpasse tjenestene på en slik måte at pasienttilfredsheten sannsynligvis vil øke. En sannsynlig synergieffekt av å høre på pasientene vil være at pasientene opplever økt tillit til systemet, selv oppsøker systemet ved behov og at tvangsbruken går ned. Dette viser en studie fra Jæren DPS, der bruken av tvang ble redusert med 50 % etter at pasienter fikk tilbud om brukerstyrt avtale (Heskestad og Tytlandsvik, 2008). Dette tiltaket ble igangsatt av ledere på bakgrunn av ønsker i fra pasienter og pårørende, og på bakgrunn av vedvarende høy tvangsbruk. Tiltaket medførte en kulturendring (felles grunnleggende antakelser om at pasienten er kapabel til å styre over seg selv og sin lidelse) og en holdningsendring (pasienten kan være herre i eget liv, og er en unik person som uttrykker egne meninger om egne behov) som kom både pasienter og ansatte til gode. Dette er et eksempel på at lederrollen kan ha stor betydning når det kommer til å øke brukermedvirkning og redusere tvangsbruk i psykisk helsevern.

En litteraturgjennomgang (Skorpen m. fl., 2008) viser at det har vært lite forskning på pasienterfaringer i det psykiske helsevern fra 70-tallet og frem til i dag. Forskningen som finnes viser at det først og fremst er samfunnsvitere og sykepleievitere som vektlegger forskning på brukerperspektiver og på pasientenes egne erfaringer. Årsaken til dette kan være at det fortsatt er det medisinske fagfeltet som er premissleverandør for norsk psykiatrisk forskning, og at denne forskergruppen tenker ut i fra et positivistisk paradigme (ibid.).

Forskningsprosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus», BAT, som pågikk i perioden 2006-2008, viste at psykiatriske sykehus hadde et begrenset fokus på brukermedvirkende arbeidsformer (Norvoll, Hatling og Hem, 2008). I prosjektperioden viste det seg at det var mulig å endre ansattes holdninger og endre behandlingsmetodikk på en slik måte at bruken av tvang gikk ned. Prosjektet viste at leders rolle i arbeidet med å endre holdninger, var av stor betydning (ibid.). Ledere som tilrettela for ansattes faglige utvikling, i tråd med målsettingen om å redusere tvangsbruken i det psykiske helsevern, hadde betydning for en vellykket holdningsendring. I praksis kunne det bety at ledere bidro til å gi ansatte et bredere faglig grunnlag for å løse aggresjonsproblemer hos pasienten, heller enn å kritisere praksis slik den hadde vært tidligere. Dette gjorde at personalet ble trygge på endringene, de ble motiverte og fikk et eierskap til prosjektet, som igjen førte til en signifikant høyere terskel hos ansatte til å bruke tvang (ibid.). Ledere hadde på det viset en nøkkelrolle når det kom til å få ansatte til å akseptere og støtte prosjektet.

I et større perspektiv har det psykiske helsevernet utviklet seg mye. I arbeidet som er gjort fra sentralt hold, med stortingsmeldinger og opptrappingsplaner, ligger det allikevel en erkjennelse av at mye arbeid gjenstår. Mennesker med psykiske lidelser har enda ikke samme muligheter til å leve gode liv, som det funksjonsfriske har (HOD, 1996).

## 2.4 Makt

Om makt sier Johan Galtung (Øhra, 2018) at den finnes alle steder, til alle tider. Den kan ta form som verdier, som byttemidler og som tvang og vold. Machiavelli (2003) beskriver makt som dominans og kontroll, som et redskap for manipulering av andre, mens James Macgregor Burns (2010) sier om makt, at vi må anerkjenne den begrensede rekkevidde av total- og tvangsmakt, og se makt - og ledelse- som relasjoner. Med dette knytter han makt og ledelse uomtvistelig sammen. Ledelse innebærer innflytelse over andre, og betyr i praksis sosial makt (Thylefors, 2015), med evne til å skape endring, og å stanse endring;

*«Power is the basic energy needed to initiate and sustain action...the capacity to translate intention into reality and sustain it»* (Bennis and Nanus, 1985).

Makt og maktutøvelse blir av og til sett på som noe negativt, som autoritært og hierarkisk (Weber, 1971). Men makt er ikke nødvendigvis negativ i alle sammenhenger. Makt er nødvendig for å få ting gjort og for at samfunnet og organisasjoner skal fungere (Pfeffer, 1992; Bennis and Nanus, 1985; Thylefors, 2015). Ledere som er gode på å motivere, stimulere og engasjere medarbeiderne, settes i kontrast til dette. Men for å lykkes med motivering, stimulering og engasjering, må ledere ha tilgang på makt, og ha vilje til å benytte den (Thylefors, 2015).

Forskning på makt fokuserer ofte på ulike sider ved begrepet (Diefenbach m.fl., 2009), og gir dermed ulike tolkninger og definisjoner. Maktbegrepet kan dermed framstå som fragmentert, slik at det er vanskelig å få en tilstrekkelig oversikt over kompleksiteten som ligger i begrepet. Diefenbach m. fl. (2009) og Stang (2001) hevder at for å forstå makt, må begrepet ses i lys av en funksjonell, sosiopolitisk, diskursanalytisk og sosiokulturell tilnærming. Det betyr at makt må ses i lys av organisatoriske strukturer, prosesser i organisasjonen, ideologi og interesser, hvordan makt kommuniseres ut både ved bruk av symboler og i retorikk og i hvilken kultur makten utspiller seg. Ved å se lederes makt i organisasjonen ut i fra disse ulike perspektivene,

er det lettere å se at lederskap ikke bare er en organisatorisk funksjon, men består av et flerdimensjonalt system av makt, autoritet og kontroll (Willmott, 1987:254).

### 2.4.1 Maktbaser

For å kunne påvirke andre, som pasienter, medarbeidere, ledere eller kollegaer, må man ha et påvirkningsgrunnlag, eller en maktbase. Ulike teoretikere har satt opp seks nokså like maktbaser i en forenklet framstilling (Sjøvold, 2016; Thylefors, 2015).

Maktbasene kan deles i tre hovedkategorier, og seks underkategorier:

1. Strukturmakt	1. Belønningsmakt
	2. Ekspertmakt
2. Verdibasert makt	3. Legitim makt
	4. Relasjonsmakt
3. Politisert makt	5. Konspirasjonsmakt
	6. Tvangsmakt

### 2.4.2 Strukturmakt

Grunnlaget for strukturell makt ligger i at rutiner og normer aksepteres og gjentas. Det oppstår dermed presedens, eller en fornuftstanke som ikke bestrides (Stang, 2001). Strukturen er ikke nødvendigvis gjeldende lover og regler, men i større grad oppfatninger og forestillinger om «hvordan vi gjøre det her», og kan på det viset være en del av den gjeldende kulturen. Strukturell makt er tillit til at leder, som maktutøver, har nødvendige kunnskaper og ferdigheter, og vil bruke disse til felles fordel. Når disse forestillingene aksepteres av flertallet i organisasjonen, kan de kalles for strukturell/strukturmakt (ibid.).

Tradisjonelt ligger det mye strukturell makt i fagmiljøene i psykisk helsevern. Spesialistene har for eksempel mye makt, både til å definere normalitetens grenser og til å skille syke fra friske. Møte med det syke mennesket, der symptomer klassifiseres, der det måles og testes, kan man se i somatikken, men også i moderne psykiatri. Ved å sette diagnoser på pasientene, kan pasientenes livshistorier og selvopplevelse formes. Diagnosesystemene har blitt kritisert for å være både udemokratiske og reduksjonistiske (Høstmælingen, 2017). Det hevdes at de sykeliggjør mennesker og klassifiserer dem, slik at de «blir» sin lidelse (ibid.). Slik sett kan

systemene være et strukturelt maktmiddel. Det skal mye til før pasienter kan bli kvitt diagnoser som er satt i psykisk helsevern. Det koster tid og ressurser fra spesialistene og fra systemet, som ofte er vanskelig å finne. Det er heller ingen rettighet pasientene har, men kan vurderes av behandlere etter bestemmelsene i Lov om helsepersonell (Myklebust og Zimmermann, 2015).

Å styre det psykiske helsevern bort i fra bruken av diagnoser, kan gi pasienter en opplevelse av å slippe ut av for trange sko. I Tvangsbegrensingsloven (NOU 2019:14), foreslås det et nytt regelverk som er innrettet mer etter situasjon enn etter diagnose. Det argumenteres for at dette vil kunne bidra til en reduksjon i tvangsbruk, og en riktigere bruk av tvang fordi fokus rettes mot å gi pasienten frivillige, individuelt tilpassede tjenester, på grunnlag av deres funksjon, heller enn på grunn av en gitt diagnose. Det er ikke sikkert dette er riktig vei å gå. Men dersom målet for psykisk helsevern er mer demokrati, mer åpenhet for å lære av pasienterfaringer og mer av «pasientenes helsetjenester» (Helse Stavanger HF), må ledere legge til rette for å finne alternativer gjennom et samarbeid, ved å ta hensyn til det pasienter sier.

Strukturkraft gir kontroll over attraktive ressurser (Sjøvold, 2016). Ressursene kan være materielle, de kan være i form av ekspertise eller kompetanse eller som informasjon. Jo sjeldnere ressursene er, jo mer attraktive er de gjerne. En effektiv måte å bruke makt på i organisasjonen, er å begrense andres tilgang på ressurser en selv har. I dagens teknologisamfunn, der makt i form av uendelige mengder informasjon og kommunikasjonsnettverk er tilgjengelige for alle, kan pasienters kunnskaper og innsikt på fagfelt som før var reservert for helsepersonell, true fagkompetansens tradisjonelle strukturkraft. Dette kan knyttes til Foucaults (1976:92) definisjon av makt som sier at makt finnes på kryss og tvers i samfunnet, som strategier som regulerer og former menneskers sosiale identitet og deres syn på sin egen livsverden (Clegg and Haugaard, 2013). Fordi makt spiller en stor rolle når det gjelder å skape mening og identitet for den enkelte, er den også tett knyttet til kunnskap. Kunnskapsbasert makt (ekspertmakt) er en sentral og tydelig form for makt i kunnskapsorganisasjoner som sykehus. Vitenskapsspråk kan være styrende i form av kunnskapsparadigmer, og ekskluderende fordi det kun er dem som behersker språket som tillegges vekt og blir hørt. I psykisk helsevern er det ofte spesialistene som definerer valg av behandling på bakgrunn av beste praksis (nasjonale faglige retningslinjer), som er standarder for behandling av psykiske lidelser. Når pasienter ikke ønsker hjelp, men allikevel må ta imot på tvang, kan dette ifølge Foucault forstås som dominans heller enn makt (ibid.). Da blir

tvangshandlingene en slags fallitterklæring. Bruk av tvang i psykisk helsevern kan være en slags fallitterklæring, der tvang er «sluttproduktet» av en lang prosess med forspilte muligheter for å løse situasjoner på andre måter. Men dersom pasienten på grunn av sin lidelse ikke er i stand til å ta valg for seg selv, kan slik bruk av strukturakt også ha en livreddende funksjon. Dette temaet vil bli videre diskutert i kapittel fire.

### 2.4.3 Verdibasert makt

Verdier er delte oppfatninger om hva som er riktig. De legitimerer normene, som kan kalles for kjøreregler for hvordan man skal oppføre seg i samspill med andre (Schein, 1985).

Grunnlaget for verdibasert makt er at den som utøver makten lever opp til omgivelsenes forventninger til hva som er riktig, *legitim* makt;

*«Noen ganger lar vi makten gå oss til hodet, og glemmer at autoritet alltid er en konsekvens av forholdet mellom de som har makt, og de som aksepterer makten»* (Pfeffer, 1992).

I vurderinger som gjøres når en pasient skal legges inn i sykehus mot sin vilje, kan behandleren komme i en verdikonflikt og i et etiske dilemma fordi ulike verdier står i opposisjon til hverandre (Aadland, 2001). En verdi legger vekt på at mennesket er fritt og ansvarlig for seg selv og sine handlinger, mens en annen verdi hevder at pasienten må legges inn for å beskytte seg selv og sine omgivelser. I slike situasjoner er det ikke pasientens aksept av maktbasen som er avgjørende. Det er samfunnets legitimering av makt/ tvang som er av betydning. «Kjørereglene» som er nedfelt i lovverket legitimerer bruk av makt/tvang i gitte situasjoner, og gir retning til behandlerens prioriteringer av hvilke verdier som får forrang i den enkelte situasjon. Er kriteriene i loven oppfylt, kan behandler med samfunnets aksept bruke makt/tvang overfor pasienten.

Grunnlaget for verdibasert makt finnes også i relasjonsmakten; behandleren tar vare på noe av pasientens liv, som igjen betyr at han har makt og overtak over pasienten (Aadland, 2001). Derfor er det avgjørende at behandleren er oppmerksom på faren for å opptre paternalistisk, og dermed frata pasienten ansvar for seg selv, og overstyre pasientens egenvilje og ønsker. Relasjonsmakt kan brukes legitimt når målet for makten er å endre pasientens posisjon, fra syk til frisk, slik at pasienten får en reell mulighet til å leve det beste livet han/hun er i stand til (Martinsen, 1989).

Begrepet integritet er sentralt i verdibasert makt (Sjøvold, 2016). Integritet kan forstås som noe vi har i kraft av å være mennesker (iboende integritet) og som et karaktertrekk som vises

gjennom holdninger og handlinger (Ekeberg, 2016). Det kan være å gjøre det rette, selv når ingen ser det, det kan være å opptre konsistent; være «hel ved», eller det kan være å opptre i samsvar med internaliserte normer og verdier. Begrepet trenger ikke være knyttet til moral; vi kan vise integritet ved å stå for en overbevisning gjennom å være truende eller ved å bruke hersketeknikker overfor opponenten (ibid.). I psykisk helsevern er begrepet imidlertid ofte knyttet til moral og yrkesetikk, og til begrepet *iboende verdighet*. Det betyr at mennesker er ukrenkelige, uavhengig av egne handlinger. Sett i dette perspektivet er vi alle rasjonelle, autonome vesener med evne til å ta frie valg (ibid.).

Behandlere i psykisk helsevern møter ofte mennesker som ikke evner å ta frie valg på grunn av sin sykdom. Fordi samfunnet da har legitimert bruk av tvang for å kunne gi pasientene hjelp, kan pasienten oppleve behandlers maktbruk som en integritetskrenkelse, uten at pasientens integritet faktisk er krenket. Selv om handlingene strider mot pasientens vilje, kan integriteten til både pasienten og behandleren være i behold, fordi pasienten allikevel blir behandlet med respekt og verdighet. Ved å ivareta pasientens liv og helse, om nødvendig ved bruk av makt, vil behandlerens integritet være intakt fordi behandler gjør det som er rett, selv når det ikke er minste motstands vei, ved å være tro mot yrkesetiske prinsipper.

#### **2.4.4 Politisert makt**

Denne typen makt er det man først og fremst assosierer med rå makt og maktmisbruk. Den kan framstå som tydelig negativ, fordi politisert makt innebærer å manipulere, tvinge og lure (Sjøvold, 2016). Denne maktformen kan ses i sammenheng med en rekke oppslag i media om at psykiatriske pasienter har blitt utsatt for unødvendig mye maktbruk i form av tvang. Noe av dette har til dels båret preg av å være tabloide oppslag; «bundet fast», «ulovlig beltetvang» og «ga elektrosjokk 166 ganger». Helseministeren ga i denne sammenheng uttrykk for at han var bekymret for pasientenes rettssikkerhet (Åsebø og Norman, 2019). Når helseministeren uttrykker sin bekymring i media, sender dette sterke signaler til samfunnet om behov for endringer i fagfeltet, og påpeker dermed at noe er fundamentalt galt i psykisk helsevern.

I 2010 oppnevnte regjeringen et lovutvalg, Paulsrud-utvalget, som skulle utrede bestemmelser om tvang innen psykisk helsevern (Regjeringen.no). Utvalget kom med forslag til endringer i lov om psykisk helsevern (NOU: 2011:9). Den påfølgende lovendringen, som ble kalt Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, ble kritisert fordi den ikke åpnet for vesentlig mer selvbestemmelse eller bedre rettssikkerhet for pasientene, og for at den stikk imot intensjonen tilførte bestemmelser som åpnet opp for mer bruk av tvang (Thowsen og Overrein, 2017).



Det er gjort studier som viser at det har foregått systematiske brudd på menneskerettigheter og pasienters integritet i psykisk helsevern (Storvik, 2017). Det er avdekket at ansatte har krenket pasienter, og at systemet som skulle fanget dette opp, har sviktet. Pasienter har beskrevet tvangstiltak og tvangsbehandling som grusom, umenneskelig og nedverdiggende, som tortur og som et brudd på menneskerettighetene (Husum m. fl., 2017). Pasienter har for eksempel vært utsatt for tvang uten at det har blitt registrert, fordi det har vært uklare regler for registrering fra sentralt hold. Det har medført at pasienter har tapt muligheten til å stå opp for seg selv og klage på tvangen (Storvik, 2017).

Det finnes mange eksempler på misbruk av makt i hjelpepliktens og velgjørenhetens navn (Aarre, 2010). Når pasienter legges inn på tvang er det lovverket som gir rom for brudd på pasienters menneskerettigheter og integritet (Storvik, 2017). Dermed kan det overordnede ansvaret for krenkelsene plasseres hos myndighetene. Flere bruker- og pårørendeorganisasjoner har derfor over tid arbeidet politisk for å endre lovverket knyttet til tvangsbruk (Strand, 2011). Det kan se ut til at de blir hørt. Helseministeren satte i 2016 ned et utvalg som ble kalt for Tvangsbegrensningsutvalget. Formålet med dette var å utrede og deretter foreslå ett nytt *felles* lovverk, som skulle erstatte pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og kapittel 10 og psykisk helsevernloven. (NOU 2019:14).

Utvalgets sammensetning ble kritisert fordi enkelte mente at helseministeren bevisst valgte å hente inn personer som i bunn og grunn var enige med ham selv. Kritikerne mente at Tvangsbegrensningsloven var et bestillingsverk fra helseministeren, og at ministeren bevisst valgte å se bort ifra informasjon eller råd fra det fagfeltet som står for hoveddelen av tvangsbruken i Norge, og som arbeider med de alvorligst syke pasientene (Heggen, 2019; Weibell og Bjørke-Bertheussen, 2019).

#### **2.4.5 Makt og kultur i sykehusorganisasjoner**

Også i offentlige organisasjoner der det er mindre hierarki og mer flat struktur gir inndelingen av maktbaser mening. I disse organisasjonene, der arbeidet organiseres i enheter og team, og der ansatte har høy kompetanse, finner man ofte mer subtile former for makt og kontroll (Sjøvold, 2016). I disse organisasjonene kommer makten gjerne til uttrykk i form av kultur og tradisjoner, eller som symboler og i arkitektur. Makten er strukturell, men kan også være i grensen til både verdibasert og politisert makt.

Når kultur blir et uttrykk for makt, kan det være fordi det er noen som sitter med makt til å definere hva som skal gjelde av verdier, normer og regler, hvordan kulturen uttrykkes gjennom symboler og hvordan den vedlikeholdes og endres (Wikan, 2003; Bang, 2013). Kulturen kan ses på som et biprodukt av samhandling når det utvikles felles delte oppfatninger om hvordan man bør oppføre seg, om hva som er riktig og hva som er galt og om hva som er viktig og hva som ikke er av betydning (Bang, 2013). I denne sammenheng kan det bety at holdninger og pasientsyn kan være bundet av verdier, tradisjoner og en mektig kultur som sier at «slik gjør vi det her». Da kan det bli vanskelig for nye medlemmer av kulturen å gjøre noe annet, selv om endringene er vedtatt og nedfelt i lovverket. Det er nettopp dette helseministeren påpeker når han intervjues i Mental Helses podcast den 28. mars 2020. Han sier at det ikke er lovarbeidet i seg selv som løser den utfordringen vi står overfor i Norge, med for mye bruk av tvang. Slik helseministeren legger det fram, dreier overforbruket av tvang seg først og fremst om ledelse, kultur og kompetanse, og hevder at endringene må «komme innenfra» hos dem som jobber i fagfeltet.

#### **2.4.6 Rett til å velge fra «vår» meny**

For pasientene i det psykiske helsevern, som har rett til medvirkning og medbestemmelse (Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 3-1), er det ikke alltid gitt at deltakelse i beslutningsprosesser er synonymt med økt makt og innflytelse, selv om det ligger et demokratisk ideal i lovverket (Stang, 2001). Når pasientene har rett til å medvirke ved valg av «tilgjengelige og forsvarlige tjenester», er det i tråd med Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hva de kan velge av tilbud og tjenester, er fra en «meny» som er definert av tjenesteyteren, fagmiljøene og myndighetene. Det er ikke gitt at dette er kritikkverdig, men det viser at makt gjerne tar nye former, også makt i det godes tjeneste, selv om intensjonene til lovgiver var å øke pasientenes rettigheter og muligheter til å ta beslutninger for seg selv (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)).

#### **2.4.7 Akuttsituasjoner og makt**

Noen ganger kan det oppstå akuttsituasjoner når pasienter er innlagte i psykiske helsevern. Det kan skje ved akutt forverring, der pasienten mister kontroll over seg selv av ulike grunner. Når slike kritiske situasjoner oppstår, er det ofte legitimt og nødvendig å bruke makt, fordi situasjonen må håndteres og avklares.

Andre ganger er det ikke nødvendig for makthaver å bruke fysisk tvang, det kan være tilstrekkelig å «true», eksplisitt eller implisitt, så lenge budskapet tas imot. Pasienten er underlegen og må gjøre som makthaver vil, eller bli utsatt for sanksjoner/tvangsmidler (Høibraaten, 1999). Slik opprettholdes maktbasens troverdighet ved kommunikasjon, og fører ofte til ønsket atferd hos den underlegne. Resultatet av maktbruken kan være at pasienten opplever avmakt og maktesløshet, fordi han mangler kontroll og muligheter til å påvirke sin egen situasjon (Stang, 2001).

I akutte situasjoner kan det også ligge et stort potensiale til å misbruke den makten systemet besitter. Pasienter i akutfaser kan være svært sårbare for å bli utsatt for maktmisbruk, fordi ansatte i det psykiske helsevern har hjemmel i lovverket til å ta over kontrollen når pasienten selv har mistet, eller står i fare for å miste, kontroll over seg selv (Lov om psykisk helsevern, kap.4, § 4-8). Tvangsbegrensningsutvalget (NOU 2019:14) foreslår å fase ut bruken av mekaniske tvangsmidler innen tre år, og understreker med det potensialet som ligger i forebyggende arbeid. Ansatte i psykisk helsevern kan på sin side kjenne seg maktesløse og oppleve dette forslaget som skremmende. Det er ikke alltid tid til å forebygge akutt forverring med musikkterapi, samtaler eller tur ut, slik Tvangsbegrensningsutvalget foreslår (ibid). I disse tilfellene, der det kan stå om liv og helse både for pasienten, men også for medpasienter og ansatte, er det trygt å vite at man har tilgjengelige verktøy til bruk i akutte nødsituasjoner.

I dette kapitlet er det gjort rede for teori og tidligere forskning som vurderes som relevant for å kunne drøfte hvilken betydning lederrollen har for å legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre bruk av makt i psykisk helsevern. I neste kapittel presenteres studiens metode og hvordan datamaterialet er hentet inn.

## **3 METODE**

Metode er framgangsmåten for å komme fram til ny kunnskap (Everett og Furseth, 2012). Kvale og Brinkmann (2019) sier at metode opprinnelig betyr «veien til målet». Denne delen av oppgaven vil vise hvordan en har gått fram for å finne svar på oppgavens problemstilling. Kapittelet redegjør for forskningsdesign, oppgavens tilnærming til forskning, og metoden som er brukt for å komme fram til et svar på problemstillingen. Kapittelet beskriver hvordan informanter er rekruttert og hvordan utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene er gjort. Det gis en beskrivelse av hvordan datamaterialet ble bearbeidet før resultatene kunne drøftes. Kapittelet avsluttes med vurderinger av oppgavens pålitelighet og gyldighet, samt en beskrivelse av analyseprosessen.

### **3.1 Forskningsdesign og forskningstilnærming**

Forskningsdesign er en overordnet plan eller en skisse for hvordan studien legges opp (Ringdal, 2007:22). Designet beskriver retningslinjer for hvordan studien er tenkt utført, og omfatter hva studien skal fokusere på, hvem som er aktuelle informanter, hvor studien skal utføres og hvordan den skal gjennomføres (Thagaard, 2010). Formålet med undersøkelsen er styrende for valg av design. Designet må være tilpasset problemstillingen og den metoden som er valgt for å hente inn data og for å analysere dataene. I kvalitativ forskning er det viktig at prosjektets design gir fleksibilitet, slik at forskeren kan endre framgangsmåte dersom de innhentede dataene ikke er relevante (Thagaard, 2010). Ved å legge inn en slik fleksibilitet i designet beholder forskeren kontroll over studien selv om en må ta steg tilbake, og gjenta eller justere noe ved gjennomføringen (Blaikie, 2010). Studiens design vil også identifisere etiske spørsmål knyttet til forskningsprosessen, og mulige problemer eller utfordringer ved det valgte designet.

#### **3.1.1 Forskningsdesign**

Det finnes tre ulike kvalitative forskningsdesign: (1) Beskrivende (deskriptiv) forskningsdesign, (2) Forklarende (kausal) forskningsdesign og (3) Utforskende (eksplorativ) forskningsdesign.

Beskrivende forskningsdesign er nyttig når forskeren ønsker å beskrive verden slik den er, og undersøke hendelser, involverte personer, situasjon og hvor hendelsen fant sted (Lambert and

Lambert, 2012). Forklarende forskningsdesign er nyttig når forskeren ønsker å finne årsakssammenheng eller årsaksforhold mellom fenomener eller variabler (Blaikie, 2010). Utforskende forskningsdesign, som brukes i denne oppgaven, benyttes for å utforske et fenomen og få innsikt i et tema eller i en mer eller mindre definert problemstilling (Thagaard, 2010). Dette designet gir rom for fleksibilitet i utforskningen, og gir mulighet til å ta hensyn til uventede forhold underveis. I denne type studier «vokser» gjerne problemstillingene underveis, selv om temaene for studien er bestemte på forhånd. Målet med denne studien er å få mer kunnskaper om temaene som er presentert i teorikapittelet. Ved å gå i dybden på teorien bedres grunnlaget for å kunne drøfte funnene/empirien. Gjennom drøftingen vil en dermed kunne oppnå dypere innsikt i lederrollens betydning for å tilrettelegge for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i psykisk helsevern.

### **3.1.2 Etske overveielser**

I alle forskningsprosjekter er det viktig å være bevisst på - og reflektere over - etiske retningslinjer (Kvale og Brinkmann, 2019). En heuristikk/tommelfingerregel er at alle studier som involverer sårbare grupper eller inneholder sensitive helseopplysninger, skal forhåndsgodkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, (REK) (Halvorsen og Jerpeseth, 2020). Denne studien har informanter som befinner seg i maktposisjoner, både som ledere og som behandlere med vedtakskompetanse. Det stilles ikke spørsmål som kan komme i konflikt med krav til godkjenning fra REK, eller om kontekstuelle forhold som peker på etiske dilemma ved forskningen. Derfor er det ikke søkt om godkjenning for denne studien.

Innenfor kvalitativ forskning, finnes det fire sentrale allmenne etiske retningslinjer som forskeren bør ta hensyn til (Kvale og Brinkmann, 2019): (1) Informert samtykke, (2) Konfidensialitet, (3) Konsekvenser og (4) Forskerens rolle.

Informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om det overordnede formålet med undersøkelsen, hovedtrekk ved studiens design og om mulige positive eller negative konsekvenser ved å delta i undersøkelsen. Konfidensialitet i forskningen betyr at informantene/deltakerne i studien beholder sin anonymitet, og ikke gjøres kjent ved at data som kan avsløre informanten kommer fram i materialet. Dersom identifiserbar informasjon kommer fram, skal informanten vite om det og ha gitt sitt samtykke. Forskeren bør forholde seg til både positive og negative konsekvenser som en kvalitativ undersøkelse kan påføre deltakerne, og handle etter prinsipper om velgjørenhet og fra et kost-nytteperspektiv.

Forskerens rolle dreier seg om atferd og om integritet hos forskeren. Atferd og integritet er forbundet med forskerens moralske prinsipper og empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål- og handlinger. Konkret kan det bety at forskeren er sannferdig i det som legges fram og at de rapporterte resultatene kontrolleres og valideres så fullstendig som mulig.

### **3.1.3 Forskningstilnærming og framgangsmåte**

For å velge rett tilnærming til forskningen er det nyttig å spør seg om hva det er en ønsker å forstå. Det finnes flere ulike tilnærminger, men Thagaard (2010) beskriver tre sentrale måter å utvikle teori på: (1) Induktiv framgangsmåte, (2) Deduktiv framgangsmåte og (3) Abduktiv framgangsmåte.

Kvalitativ forskning er ofte induktiv. Det betyr at teorien utvikles fra data, og er basert på en antakelse om at akkumulasjon av data fra empiriske studier gir grunnlag for utvikling av teoretiske perspektiver (ibid.). Deduktiv framgangsmåte er motsatt av induktiv, og tester eksisterende teorier mot datamaterialet. Kvantitative metoder er ofte deduktive (ibid.). I denne oppgaven er det valgt abduktiv framgangsmåte for å kunne svare på problemstillingen. Kjennetegnet til denne framgangsmåten er at den fremhever det dynamiske forholdet mellom teori og empiri (ibid.). Det betyr at argumenter og motargumenter, spørsmål og svar eller bevis og motbevis (analyse) fører til at man trenger inn i problemet og kommer fram til ny kunnskap. I abduktiv framgangsmåte har forskerens forforståelse og teoretiske forankring betydning for hvordan dataene forstås (ibid.). Denne tilnærmingen passer godt til denne studien fordi studiens mål er å finne sammenhenger og komme fram til ny kunnskap ved å analysere empirien/dataene fra intervjuene i lys av teorien. Ved å knytte empirien til teorien, styrkes analysen fordi man unngår svakheter som lett kan forekomme ved ren teoretisering uten basis i data (ibid.).

## **3.2 Forskningsmetoder**

Det finnes i hovedsak to ulike vitenskapelige metoder for å samle inn empiriske data; kvalitative og kvantitative metoder. Forskjellen på de to metodene er primært definert av type data metoden samler inn.

### **3.2.1 Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder**

Når forskningsmetoden gir kvantifiserbare data, kalles den kvantitativ. Tall, svar eller fakta som kan telles og statistisk beregnes, er eksempler på kvantitative data, såkalte harddata (Harboe, 2006). Styrken til kvantitativ metode er at dataene er generaliserbare når de bygger på et representativt utvalg av befolkningen og at resultatene kan testes, fordi undersøkelsen bygger på standardiserte skjema. Forskeren er bundet til svarene han får, og kan ikke gå tilbake til informantene, eller justere spørsmålene underveis (ibid.).

Kvalitativ metode er motsatt av kvantitativ metode. I kvalitativ metode undersøkes kvaliteter som egenskaper eller kjennetegn ved noe eller noen. I hovedsak bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelig erfaring -fenomenologi- og fortolkning, og brukes ofte innen samfunnsvitenskapelig forskning, der forskeren ikke har mye kunnskaper i fra før av (Malterud, 2017). Forskeren har allikevel en teoretisk og erfaringsmessig ide om hva han vil møte, men vet ikke hvordan undersøkelsen vil forløpe eller hvilke observasjoner han vil gjøre. Kvalitativ metode gir fleksibilitet, og åpner opp for nyanser og individuelle situasjoner som kan oppstå underveis i undersøkelsen, og går i dybden på et avgrenset empirisk felt (Harboe, 2006). Den inkluderer gjerne få informanter, fordi målet ikke nødvendigvis er å generalisere ut i fra funnene, men å samle inn livsnær og nyansert informasjon som tolkes i forhold til den konteksten informantene befinner seg i (ibid.). Metoden har flere strategier for å innhente data; som kvalitative intervju, diskursanalyser eller deltakende observasjoner (Kvale og Brinkmann, (2019).

### **3.2.2 Kvalitativt intervju**

I denne studien brukes kvalitativ forskningsmetode der det gjennomføres personlige semistrukturerte intervjuer med utvalgte informanter på fagfeltet det ønskes mer kunnskaper om. Begrunnelsen for å bruke kvalitativ forskningsmetode er at det er ønskelig å undersøke informantenes opplevelse av virkeligheten i lys av relevant teori.

Det kvalitative forskningsintervjuet beskrives som en interpersonlig situasjon, en relasjon og en særegen form for samtalepraksis, der strukturen er som en dagligdags samtale (ibid.). Samtidig har det en bestemt metode og spørreteknikk fordi det også er en profesjonell samtale (ibid.). Målet er å la informanten gi en så fri beskrivelse av sin livsverden som mulig. Intervjueren har allikevel forforståelse og forkunnskaper som kan påvirke samtalen og dermed kunnskapsproduksjonen. Intervjuer er den som definerer situasjonen og temaet, og er dermed i en maktposisjon. Allikevel er tilfanget av ny kunnskap er et produkt av en intersubjektiv og

sosial prosess, der informanten bidrar til produksjon av kunnskaper i samspill med intervjuer (ibid.).

Kvalitativt intervju er inspirert av begrepet fenomenologisk filosofi, som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra aktørens egne perspektiver (ibid.). Fenomenologien er dermed relevant som forskningsparadigme i denne studien. På samme grunnlag er det også valgt å benytte semistrukturert livsverdenintervju i studien. Intervjuet gjennomføres ved hjelp av en intervjuguide som inneholder spørsmål som er strukturert på bakgrunn av temaene i studien. Intervjueren er ikke absolutt bundet til intervjuguiden, og kan følge opp spørsmålene som besvares. Intervjuene tas gjerne opp med lyd, og transkriberes ofte i ettertid. Dette gir datagrunnlaget for analysen.

Kvale og Brinkmann (2019) viser til to metaforer for å beskrive ulike posisjoner intervjueren kan innta; som gruvearbeider eller som reisende. Metaforene kan illustrere hvilke oppfatninger av kunnskap intervjueren tar med seg til intervjuene, som enten kunnskapsinnhenting eller kunnskapskonstruksjon (ibid.).

Gruvearbeidermetaforen viser til at intervjueren graver fram kunnskap og erfaringer. Gullkorn kan finnes, enten som objektive data eller som subjektive meninger fra informantens bevisste erfaringer. Gjennom transkripsjon av intervjuet fra muntlig til skriftlig form kommer verdifulle fakta og betydninger fram (ibid.). I følge reisendemetaforen er intervjueren en oppdagelsesreisende i fremmed land, som snakker med mennesker han vandrer sammen med eller som han møter på veien. Intervjueren ber de han møter om å fortelle, han stiller spørsmål og undersøker lokale særegenheter. Gjennom ettertanke og refleksjon finner han selvinnsikt og ny kunnskap, som blir delt gjennom den reisendes fortolkninger av historiene når han vender hjem. Disse to posisjonene er grunnleggende ulike, og representerer ulike idealformer for intervjukunnskap, som gitt eller konstruert. Det betyr at posisjonene har ulike spilleregler. Gruvearbeideren vil se på intervjuet som et sted for datainnsamling som er adskilt fra analysen, som gjøres i ettertid. Målet er å samle inn gyldige rapporter fra informanten (ibid.). Når intervjueren har posisjon som reisende ses intervjuet og analysen som sammenvevde faser i en prosess som konstruerer kunnskaper (ibid.).

I denne studien har intervjueren posisjon som gruvearbeider fordi informantene sannsynligvis sitter på kunnskaper og erfaringer som finnes, men som må graves fram i lyset og analyseres for å gi kunnskaper om temaene i studien. Denne posisjonen er også nyttig fordi innhenting av data og analyse vil foregå på ulike stadier i studien. Det kan begrunnes ut i fra at intervjueren



er en novise på forskningsfeltet, og at det dermed oppleves tryggere å gjennomføre innhenting av data og analyse i separate steg for å sikre god oversikt over prosessen.

### **3.2.3 Utvalg av informanter**

Utvalg og antall informanter er ofte bestemt av ulike typer forskningsspørsmål. I kvalitative intervjustudier som denne, der hensikten ikke er å generalisere fra funnene, må man ha så mange informanter at man får svar på det man trenger å vite (Kvale og Brinkmann, 2019). Loven om fallende utbytte sier at et økt antall respondenter ut over et visst punkt, vil tilføre stadig mindre ny kunnskap (ibid.). Ofte ligger antallet respondenter/informanter på mellom 10 og 15 ved bruk av kvalitative forskningsintervju. I nyere intervjuundersøkelser er det funnet at det ofte er en fordel å ha et mindre antall intervjuer i undersøkelsen, og i stedet bruke mer tid på å forberede og analysere intervjuene (ibid.).

I denne studien er det gjort kvalitative intervjuer med syv personer; to kvinner og fem menn, som er ansatt i samme helseforetak. Det er ingen personlig relasjon mellom intervjuer og informantene. Informantene har ulike roller. Tre av dem er ansatt som vedtakskompetente behandlere. To av behandlerne har lang erfaring som ledere i tillegg. Fire av informantene er ledere på ulike nivå i foretaket. Alle lederne har bakgrunn som fagpersonell med minimum fire år på universitet/høgskole i tillegg til over ti års ledererfaring. Aldersspennet er fra 49 til 65 år. Informantene er valgt ut fordi de representerer ulike ledernivå og er fra ulike psykiatriske behandlingsinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten. De representerer både barne- og ungdomspsykiatri, ung voksenpsykiatri og ordinær voksenpsykiatri, og er ansatte i administrative lederstillinger, i poliklinikker og i døgnposter. Informantenes livsverden er relevant for denne studien fordi alle har erfaring med endringer og utvikling i pasientmedvirkning og i bruk av tvang i behandlingen. Det antas at dette utvalget vil kunne bidra til å få fram et svar på studiens problemstilling.

### **3.2.4 Intervjuguide**

Kvaliteten på det semistrukturerte intervjuet måles ut fra styrken og verdien av den kunnskapen som produseres (ibid.). Intervjuet er konstruert med spørsmål som er kategorisert systematisk i henhold til temaene i oppgaven (vedlegg 2). Denne systematikken vil gjøre analyseprosessen oversiktlig og dermed enklere (ibid.). Intervjueren er ikke absolutt bundet til å følge intervjuguiden. Dersom informantens besvarelser krever nærmere undersøkelser, kan intervjuer følge opp med mer dyptgående og avklarende spørsmål.

Intervjuet tas opp, slik at intervjuer lettere kan ha fokus på informanten og samtalen som finner sted. I ettertid transkriberes intervjuet. Lydopptaket gir intervjuer mulighet til å avdekke nyanser i det informantene sier. Ved å høre på opptakene flere ganger, kan intervjuer finne betydningsfull informasjon en ellers ville kunne gå glipp av. Lyd og transkripsjon gir sammen grunnlaget for den påfølgende analysen.

### **3.3 Vurdering av metode**

Kvalitativt forskningsintervju produserer kunnskaper i samspill mellom informant og intervjuer (ibid.). Det betyr ikke at denne kunnskapen trenger å være subjektiv. Kvalitative forskningsintervju kan tilfredsstillende krav til objektivitet, selv om objektivitet i positivistisk forstand ofte har en snevrere betydning, der upersonlig avstand framstår som et ideal (Malterud, 2017). Objektivitet i kvalitativ forskning kan ses i sammenheng med begrepene reliabilitet og validitet, som betyr at objektivitet er knyttet til forskningens konsistens og troverdighet, og til uttalelsers sannhet, riktighet og styrke (Kvale og Brinkmann, 2019).

#### **3.3.1 Reliabilitet**

Dersom en undersøkelse blir gjentatt ved like betingelser, og resultatet av undersøkelsen viser det samme, betyr det at undersøkelsen har høy repeterbarhet eller at den kan reproduseres. Dette er et uttrykk for reliabilitet, eller pålitelighet i dagligdags språkuttrykk. Høy reliabilitet betyr allikevel ikke at man undersøker eller måler det man faktisk skal. Reliabilitet er knyttet til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (ibid.). Det er selvsagt ønskelig med høy grad av reliabilitet i intervjufunnene for å unngå tilfeldig subjektivitet. Samtidig kan for sterkt fokus på reliabilitet føre til rigiditet og tap av kreativitet og variasjon. Når intervjueren følger opp fornemmelser, og når intervjueren kan improvisere underveis og følge sin egen intervjustil, kan datamaterialet bli rikere og inneholde «gull» som ikke ville komme til syne, dersom intervjueren var nådeløst opptatt av å følge intervjuguiden (ibid.).

For å sikre best mulig reliabilitet i studien, vil intervjuer forberede intervjuguiden i tett samarbeid med veileder. Intervjuer vil innhente samtykke fra informantene i god tid på forhånd. Alle informantene får en beskrivelse av prosjektet, slik at de er informert om formålet med studien og temaene i den (vedlegg 1). Intervjuer vil møte informantene godt forberedt, og ha satt av tilstrekkelig god tid, slik at stemningen rundt intervjusamtalen blir så god den kan. Intervjuet tas opp med lyd, slik at datamaterialet kan gjennomgås flere ganger,

og dermed sikre at intervjuer tolker svarene så uttømmende som mulig. Opptak av intervjuet vil kunne bedre flyten i samtalen og kontakten mellom intervjuer og informant, da en unngår å bruke tid på å notere det som blir sagt. Det er også sannsynlig at dette vil øke studiens reliabilitet, da det reduserer risikoen for at intervjuer mister betydningsfull informasjon, eller at informant blir utålmodig og legger bånd på seg underveis i samtalen.

### **3.3.2 Validitet**

Validitet betyr gyldighet, og er et uttrykk for en uttalelses sannhet, riktighet og styrke (ibid.). En valid slutning er korrekt utledet fra sine premisser, uten skjevheter (bias) eller feilkilder. I samfunnsvitenskapene dreier validitet seg om hvorvidt en målemetode er egnet til å undersøke det forskeren ønsker å undersøke (ibid.). I denne sammenheng er det både tolkningen av dataene og målemetoden som valideres. Det er allikevel ikke bare «sluttproduktet» som valideres, men hele forskningsprosessen (ibid.).

En studies validitet kan vurderes som intern og ekstern (Kvale, 1996). Intern validitet er et uttrykk for korrekte og gyldige resultater for det utvalget og det fenomenet som studeres. For dette prosjektet kunne det gitt ugyldige resultater dersom andre yrkesgrupper i psykisk helsevern/spesialisthelsetjenesten ble stilt de samme spørsmålene. Ved å gjennomføre intervjuer med ledere og behandlere, tas det utgangspunkt i at den interne validiteten er ivaretatt. Det er disse gruppene studien har som mål å hente datamateriale fra. Ekstern validitet peker på i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg. Dette kan også kalles for overførbarhet/generaliserbarhet. I denne sammenheng kan det bety at studien kunne gjennomføres på et annet utvalg av ledere og behandlere andre steder i systemet (i samme kontekst og situasjon), og at svarene også her ville være gyldige, selv om svarene kanskje ville være forskjellige. Det kalles for analytisk generalisering (ibid.). Målet er ikke at resultatene fra denne studien skal kunne generaliseres. Det antas dermed at denne studiens eksterne validitet er tilstrekkelig ivaretatt.

### **3.3.3 Analyse av funn**

Gjennom intervjuprosessen ble det gjort lydopptak ved seks av syv intervjuer. Under pilotintervjuet ble det kun tatt notater underveis. Intervjuer gikk bort i fra denne måten å intervjuer på, fordi flyten i intervjuet og den frie fortellingen ble noe oppstykket og forstyrret av skrivingen underveis. Intervjuene resulterte i tre timer og 35 minutter med lydopptak. Seks opptak ble transkribert, og resulterte i 37 sider A4 med enkel linjeavstand. Analysen startet

ved intervjuene, der overflatiske lag med data ble avdekket. Intervjumaterialet ble så transkribert, meningsfortettet og systematisert i kategorier basert på temaene i oppgaven. Dette dannet grunnlag for videre «renvasking» av materialet. Funnene ble analysert og drøftet i lys av teorien og forskningen, før de ble sammenfattet i en konklusjon til slutt.

## **4 DRØFTING**

I dette kapitlet presenteres og analyseres studiens funn ved hjelp av forskningsspørsmålene. Funnene drøftes i forhold til teorien og relevant forskning. Kapitlet struktureres etter oppgavens tematiske inndeling, som er lederskap, verdisyn og makt.

På bakgrunn av problemstillingen: «*Hvilken betydning har lederrollen for å legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i det psykiske helsevern?*» tar analysen sikte på å beskrive den essensielle betydningen av informantenes erfaringer, slik disse framkommer i datamaterialet fra intervjuene. For å uttrykke funnene brukes det sitater fra informantene. Slik vil informantenes stemme løfte fram essensiell mening og bidra til å finne svar på oppgavens problemstilling.

For å bedre leservennligheten er det brukt meningsfortetting (Kvale og Brinkmann, 2019). I dette arbeidet betyr det at gjentakelser av småord, pauser og nøling er tatt ut fra sitatene. Kapitlet drøfter funnene i forhold til relevant forskning og teori som beskrevet i kapittel to, før kapittel fem oppsummerer og konkluderer.

### **4.1 Hvilken betydning har leders rolle for å legge til rette for endringer i syn på pasientmedvirkning og bruk av tvang i behandlingen av psykisk syke?**

Analysen av data fra intervjuene viser at lederskap og lederes rolle i psykisk helsevern kan ha betydning for ansattes syn på pasientmedvirkning og for bruken av makt og tvang i behandlingen. Hvordan ledere går foran og påvirker holdninger, verdier og behandlingskultur kan være nært knyttet til dette. Det gjelder også når endringer konkretiseres gjennom forslag om nytt lovverk (NOU 2019:14), som vil kunne ha stor betydning for hvilke virkemidler ansatte i psykisk helsevern kan bruke i arbeidet, og på hvordan de løser oppdraget samfunnet har gitt dem.

#### **4.1.1 Å gå runder på ting**

En måte ledere kan påvirke holdninger, verdier og behandlingskultur på, er å være åpen for medarbeidernes meningsytringer. Når det vedtas lover og reguleringer, har alle ansatte plikt til å følge disse. Allikevel oppgir informantene at de erfarer større grad av lojalitet til reglene hos ansatte, når reglene har vært gjenstand for diskusjoner og debatt i personalgruppen. En informant beskriver det slik:

*«Når det er loven, så er det jo slik. Det er pålagt. Men det er klart at det er jo grassat viktig at det er takhøyde for diskusjoner og argumenter, og ikke minst også å gå runder på ting slik at man forstår, men samtidig være lojale til bestemmelser, som tross alt er tatt. Men allikevel, vi skal ha forståelse for at noen gjerne ville gjort ting annerledes».*

Sitatet kan illustrere et viktig funn. Informanten er bevisst på at hans holdninger som leder kan prege de ansatte, og dermed også behandlingskulturen med holdninger og verdier i hele avdelingen. Informanten viser at han er åpen for *«ikke minst også å gå runder på ting»*, slik at alle forstår bakgrunnen for de bestemmelser som er gjort, og slik at de kan omstille seg. Man kan tolke utsagnet dit hen, at informanten ser verdien i å være åpen for andre syn, og at utsagnet *«det er jo grassat viktig at det er takhøyde»*, understreker nettopp dette.

#### **4.1.2 Organisatorisk læring og meningsfull retning**

*«Å gå runder på ting»*, slik en av informantene beskriver, kan også ses på som et uttrykk for en organisatorisk læringsdiskurs som holdes gående. Ved å legge til rette for en åpen diskurs, selv når bestemmelser er tatt, vil leder kunne bidra til en kontinuerlig utvikling og forbedring av handlingsalternativene i fagfellesskapet. Gjennom språk og handling deler ansatte kunnskaper, erfaringer og refleksjoner. Målet er å integrere ny kunnskap for å kunne justere eksisterende praksis i tråd med føringene i lovverket. Utsagnet kan tyde på at denne lederen legger til rette for en god læringskultur, der de ansatte sammen utvikler og forbedrer beste praksis. Det gjøres gjennom diskusjoner, *«runder»* og gjennom mental bearbeidelse av endringene man er pålagt å forholde seg til. Dette er i tråd med teori om læringskultur. Filstad Jakobsen (2010) beskriver at læringskultur i organisasjoner handler om å ha fokus på læring og kunnskapsutvikling som en kontinuerlig del av organisasjonens virksomhet. Tillit, veiledning og mål for læring og kunnskapsutvikling beskrives som helt sentralt.

En av informantene synes å være enig i dette. Hun beskriver hvor viktig det er at ansatte *«evner å opprettholde nysgjerrighet, å kunne gå i dialog og ha kraft og energi til å bygge en*

*behandlingsallianse med pasientene»* for å kunne lykkes med målet, som er større grad av pasientmedvirkning og mindre bruk av tvang. Hun beskriver at leders rolle i denne endringen er å jobbe med kunnskaper, holdninger, samarbeid, sørge for veiledning og kompetanseøkning *«for å få folk til å samarbeide og tåle at endring kan ta litt tid»*. Ledere som har en fasilitatorrolle overfor de ansatte kan inspirere de ansatte til økt etisk bevissthet rundt det arbeidet som gjøres i organisasjonen. Dette perspektivet på ledelse kan kalles for inspirerende ledelse, og finnes igjen i teorier om transformasjonsledelse (Burns, 1978). Informanten utdyper perspektivet sitt: *«... sørge for at ansatte har kunnskaper, kraft og energi og nysgjerrighet til å kunne bygge behandlingsallianse ... med folk ...de må kunne verdsette de håp som finnes, være engasjerte i forhold til at folk skal vinne mer og mer kontroll i eget liv! Altså, den type prosesser tenker jeg at det krever av en ledelse»*. Dette funnet viser at leder kan bidra til en prosess der en sammen finner en meningsfull retning for arbeidet. Det viser også at leder kan bidra til at ansatte lykkes med å mobilisere energi og ressurser på en slik måte at nødvendige endringer kan skje (ibid.).

Det informanten sier kan knyttes til teori om leders undervisende (teaching) rolle (ibid.). Utsagnet kan vise at informantens lederskap dreier seg om å forme, endre og opphøye de ansattes motiver, verdier og mål gjennom å innta en undervisende/ veivisende rolle. Premisset for lederskapet blir da å utgjøre en forskjell, ved at både leder og ansatte forenes i arbeidet mot *felles*, høyere, mål (By, 2020). Dette viser at lederskapet er sentrert rundt grunnleggende verdier og at det dermed er transformasjonsorientert (Burns, 1978). I praksis kan og bør det forente målet være todelt. En bør arbeide for at pasientene skal få større muligheter til å påvirke egen bedringsprosess. Det kan gjøres på flere måter, som ved å inkludere dem i overordnede prosesser, der tjenestene planlegges og utvikles. I tillegg bør en jobbe for at bruken av tvang reduseres til et lavest mulig nivå. Det kan eksempelvis gjøres ved å undervise og etterutdanne ansatte og sørge for at de får økte fagkunnskaper, og ved å utforme tjenestene på en slik måte at pasientene ønsker å ta imot. De grunnleggende verdiene som lederskapet og den forente innsatsen da er sentrert om, er menneskeverd, demokrati og solidaritet med pasientene.

Dette funnet samsvarer med funnene fra forskningsprosjektet BAT, som også viste at leders rolle hadde betydning for ansattes pasientsyn og dermed for reduksjon i tvangsbruk. Studien viste at når ledere sørget for å heve ansattes kompetanse og tilføre kunnskaper, førte det til vellykkede holdningsendringer hos de ansatte, og til redusert bruk av tvang (Norvoll, Hatling og Hem, 2008).

### 4.1.3 Demokratisk ledelse

Svarene fra seks av syv informanter er konsistente når det gjelder tilnærming til ledelse og hvordan kommende endringer av lovverket bør ledes for å oppnå intensjonen med endringen. Disse seks informantene beskriver ledelse som en demokratisk, sosial prosess. Når en sammenholder en av disse informantenes utsagn med den aktuelle teorien om ledelse som sosial prosess, finner man igjen dette tydeliggjort i begrepet «demokratisk ledelse» (Lewin, 1950). Man kan hevde at kritikk av makt er en del av demokratiet, og at engasjement og deltakelse i debatter i arbeidslivet har en verdi i seg selv fordi det sosialiserer de ansatte og motvirker at ansatte blir passive aktører og tilskuere til saker som angår fagfeltet (Gemmil and Oakley, 1992). Når det er takhøyde for diskusjoner, og når leder oppfordrer til engasjement hos ansatte, kan en hevde at lederen ikke bare legger til rette for demokrati, men at denne måten å lede på også kan ses på som en del av organisasjonens kultur. Gjennom diskusjoner om nye lover, rammer og styringsverktøy kan ansatte orientere seg og finne mening og en felles retning for det kollektive arbeidet. Ved å ta i bruk ressursene til de ansatte for å løse felles oppgaver, gis de samtidig medinnflytelse. Når leder deler makten sin på en slik måte, kan det tyde på at lederskapet er demokratisk (Thylefors, 2015).

Demokratisk ledelse kan hevdes å være motsatt av trekkteori, og forestillingen om «The great man theory of leadership». De ansatte er i denne sammenheng kompetente fagpersoner som påvirker og har innflytelse på prosessene som foregår. Det er ikke nødvendigvis trekk ved lederne som gjør at organisasjonen lykkes i å nå sine mål. Det er tvert imot felles innsats og samarbeid, selv om leder kan være både pådriver og fasilitator. Det støttes av en informant når han sier at «... jeg ønsker at vi ...vi er en enhet, ikke sant? Og vi skal være ... selv om noen jobber som miljøpersonell og noen er behandlere ... og noen er ledere, så er vi ... så er vi sammen, ja».

Når ledelse kommer til uttrykk som demokratiske, sosiale prosesser, slik informantene beskriver, kan det over tid utvikles et felles sett av verdier, normer og oppfatninger av virkeligheten som alle forstår, og som er grunnleggende antakelser om «hvordan vi gjør ting her». Det samsvarer med aktuell teori og forskning på organisasjonskultur (Bang, 2013; Barbosa da Silva, 2010; Schein, 1985), og drøftes nærmere i neste avsnitt.

### 4.1.4 En kollektiv virkelighetsoppfatning

Flere av informantene snakker om hvor viktig det er for å kunne gjennomføre lovendringer at leder legger til rette for at alle «drar i samme retning», og at ansatte har en kollektiv

virkelighetsoppfattelse. En felles virkelighetsoppfattelse kan ses på som en del av organisasjonens kultur (Bang, 2013). Dette finner man igjen i teori om organisasjonskultur. Her beskrives organisasjonens kollektive virkelighetsoppfattelse som fortolkningskart til hjelp for de ansatte for å skape mening i handlinger, relasjoner eller utsagn (ibid.). En informant beskriver at endringer kan være utfordrende. Han tenker at leder har en samlende/integrerende funksjon og et ansvar for at avdelingen som helhet drar i samme retning. Han viser dette ved følgende utsagn: «*Det viktigste, på en måte, er at vi har en felles forståelse i avdelingen, at måten vi tenker likt rundt det her ... fordi at av og til så ... hjelper det ikke hvis det er uenigheter mellom ledelse og miljø ... eller behandlergruppen. Men jeg tenker, hvis vi klarer å dra dette sammen ...*»

Slik får han fram at en felles kultur og felles holdninger til utfordringene kan være viktig for å løse oppgavene på en god måte. Han synes også å ha en demokratisk tilnærming til de utfordringer endringene i lovverket kan utgjøre. Det viser han med utsagnet: «*... men dette må vi prøve å løse best mulig samstemt ... sånn at det ikke blir noe sånn soloutspill fra enkelte av de ansatte*». Dette tolkes som at han som leder er opptatt av å ha kontroll med - og oversikt over - arbeidet som gjøres, men at avdelingen i et fellesskap skal kunne stå for de valg som tas. Lojalitet til beslutninger tolkes å være viktig for informanten. Samtidig skal beslutningene som tas være faglig funderte. Han beskriver det slik: «*... en del av fag og postpolitikk som vi har, ikke sant? At sånn gjør vi det her hos oss, og da forholder alle seg til det*».

Det at informanten snakker om «soloutspill» kan indikere at han har erfaringer med selvgående ansatte som ikke er utelukkende positive. Dersom ansatte gjør handlinger som er motsatt av avdelingens behandlingskultur, kan det oppfattes som et brudd på den tilliten som kompetente ansatte er gitt av systemet. Dette kan også ses i sammenheng med oppgavens definisjonen på ledelse; «*Leadership is a process of giving purpose (meaningful direction) to collective effort, and causing willing effort to be expended to achieve purpose*» (Jacobs and Jaques, 1990; Barker, 2001). Definisjonen handler om retningen til avdelingen eller organisasjonen samlet, og hvordan lederskap kan motivere alle til å dra i samme retning. Når enkelte ansatte velger å «gå solo», kan det underminere motivasjonen til de andre ansatte, ved at det kan oppstå usikkerhet knyttet til hvilken retning en skal gå i. Det kan også føre til fraksjonering og konflikter internt i avdelingen av samme grunn, og bør dermed adresseres av ledere.



#### 4.1.5 Forslag til nytt tvangslovverk

Dataanalysen viser at alle informantene er kjent med Tvangsbegrensningsutvalgets lovforslag, NOU 2019:14. Siden lovforslaget er svært omfattende, med over 800 sider, har ingen lest alt. Alle oppgir allikevel at de er kjent med forslagetets formål, som blant annet er å samkjøre lovverket knyttet til tvang, og å begrense tvang (NOU19:14). Man kan kritisere selve lengden på lovforslaget, og hevde at det i seg selv kan være en hersketeknikk/bevisst intensjon fra Tvangsbegrensningsnemndas side. Kritiske stemmer har pekt på at størrelsen på NOU 2019:14 er så massiv at den ikke vil bli lest, og frykter at den allikevel «klubbes igjennom» i Stortinget fordi ingen orker å sette seg inn i alle detaljene (Heggen, 2019).

Alle informantene mener at intensjonen ned lovforslaget er god, mens de er usikre på om loven ville fungere, dersom den ble vedtatt slik den står nå. Informantene forteller om utfordringer med å tolke nåværende lovverk, og at praksis i fagfeltet spriker fordi lovverket knyttet til tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten oppfattes som lite homogent. En av informantene mener at et samkjørt tvangslovverk kunne gi bedre oversikt og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Han sammenlikner NOU 2019:14 med tidligere reformer, som bidro til tydeligere ansvarsforhold mellom tjenesteyterne, og peker i den sammenheng på Samhandlingsreformen. Allikevel tenker han at det nye lovforslaget ikke vil gjøre det lettere for dem som skal bruke lovverket som styringsverktøy.

Dersom NOU 2019:14 vedtas, tenker han også at det blir vanskelig for de dårligste pasientene. Han beskriver det slik: «... jeg tror at det blir veldig vanskelig for de pasientene som er de dårligste ... hvordan både behandlere og miljøpersonell skal håndtere de på en god måte, og en lik måte». Han sier at man allerede i det eksisterende lovverket strever med å synkronisere tolkningen av lovverket, og at lovverket blir brukt ulikt på de forskjellige institusjonene: «... der er jo selvfølgelig min oppfatning, når jeg har holdt på med dette ... at de ikke klarer å lage et forslag til et lovverk som er begripelig for ... en stor gruppe av mennesker som skal håndtere dette ... det blir for ... faktisk for komplisert».

Dette kan tyde på at det ikke vil bli lettere for behandlerne å forholde seg til Tvangsbegrensningsloven enn til eksisterende lovverk. Selv om hensikten med en lovendring blant annet er å samle fire lover i en, og dermed gjøre regelverket mer oversiktlig og enhetlig, viser undersøkelsen at alle informantene i noen grad er skeptiske til det. De oppfatter at lovforslaget vil bli vanskelig å bruke som juridisk ramme og som rettsregel, fordi det oppfattes å være utydelig og for komplisert, og fordi det derfor gir mye rom for tolkninger.

Det er dermed ikke sikkert at Tvangsbegrensingsloven vil kunne gi større grad av likebehandling heller, slik det hevdes i lovforslaget (NOU 2019:14).

En av informantene er opptatt av navnet lovforslaget har fått. Hun tenker at det er vanskelig å kritisere en intensjon om å begrense tvang, og spør i den sammenheng: «*Hvem vil ikke begrense tvang, da?*» Hun er også usikker på om tvangsreduksjon nødvendigvis alltid er til beste for pasientene, fordi tvang noen ganger benyttes for å redde liv. Noen ganger brukes også tvangen i sammenheng med farmakoterapi og terapi forøvrig, fordi pasienter ellers ville sluttet med helt nødvendige medisiner eller ikke møtt til annen nødvendig behandling, og dermed økt risikoen for tilbakefall. En annen konsekvens av mindre tvang kan være flere selvmord, fordi pasienter som er psykisk syke, men samtidig er samtykkekompetente, ikke kan holdes tilbake fordi om de har tidligere selvmordsforsøk bak seg, og/eller fordi behandlerne er usikre eller mistenker suicidalitet. Tvilen skal komme dem «til gode»; det er i slike tilfeller ikke tillatt å holde pasienten tilbake (Lov om pasient- og brukerrettigheter).

En informant mener at lovforslaget tvert imot kan føre til mer bruk av tvang, og at det har et populistisk utgangspunkt og bygger på stereotypier om psykisk syke. Når han argumenterer med at Tvangsbegrensingsloven vil kunne føre til mer bruk av tvang, kan det ha sammenheng med at også de med alvorlig psykisk sykdom skal gis mer autonomi når det kommer til å motta behandling eller ikke. Dette kan føre til kortere innleggelser i starten, dersom pasientene velger å skrive seg ut før de er i tilstrekkelig/stabil remisjon. Dermed kan det tenkes at mange vil bli raskt syke igjen. Fordi samfunnet ikke har lov å gripe inn før pasienten har mistet samtykkekompetansen, kan alvorlig psykisk syke bli gående over tid med økende symptomer, og dermed bli sykere enn de ble før. Da kan tvangsinnleggelser bli lengre i varighet når lovkravet til tvangsbehandling er oppfylt, og pasienten legges inn. Det kan også argumenteres for at det vil føre til mer tvangsmiddelbruk i behandlingstiltakene, som fastholding, nedlegging og skjerming/isolering. Dette er i tråd med funn som er gjort i undersøkelser som har sett på effekten av å innføre samtykkekompetanse som hovedkrav for å kunne gi helsehjelp (Weibell og Bjørke-Bertheussen, 2019). Undersøkelsene tyder på at NOU 2019:14 vil kunne forsterke effekten en har sett av bestemmelsene om samtykkekompetanse (ibid.). I tillegg vil ubehandlede pasienter kunne begå kriminelle handlinger fordi de ikke får tilstrekkelig hjelp i tide (Heggen, 2019). For pasientene, for pårørende og for samfunnet forøvrig, er denne utviklingen skremmende og urovekkende i en slik grad, at lovgiver bør ta advarslene fra fagmiljøene på alvor, og gjøre de nødvendige endringene i lovverket, slik at pasientene kan få hjelp på et tidligere stadium.

Svarene fra en av informantene skiller seg noe i fra svarene til de seks andre informantene. Han argumenterer med at endringer i lovverket vil kunne lede seg selv, og at det ikke stiller særlige krav til måter å lede endringene på. Det kan se ut til at han svarer fra et metaperspektiv når han beskriver hvordan en endring mot reduksjon i tvangsbruk allerede pågår: «*Men intensjonen er jo at det skal bli mindre tvang. Og det jobber jo ... i hvert fall det som måtte være av fornuftig lederskap med allerede, og har gjort det egentlig i alle år, lenge før det ble en aktuell problemstilling for lovgiver og politikere*». Det informantene sier her, kan være et viktig funn. Dersom det er slik at reduksjon av tvangsbruk ikke nødvendigvis har sammenheng med lovendringer, men heller «*fornuftig lederskap*», kan det da bety at fornuft her dreier seg om lederskapets verdier, holdninger og syn på pasienten? Dette støttes av forskning på alternativer til tvang i spesialisthelsetjenesten (Norvoll, Hatling og Hem, 2008). BAT-studien som pågikk mellom 2006 og 2008 viste at det var mulig å redusere bruken av tvang ved å øke ansattes kompetanse til å håndtere akutt psykisk syke og psykisk ustabile pasienter på en slik måte at man ofte greide å unngå tvangsbruk. Studien viste også at når ledere gikk systematisk inn for å endre behandlingskulturen slik at det ikke lenger var aksept for tvangsbruk, ble bruken av tvang redusert (ibid.). Dette kan ses i sammenheng med det denne informantene sier; at lederskapet har jobbet med dette «*... i alle år*», altså over tid, og at suksess kan være avhengig av *vedvarende* fokus på forebyggende tiltak og alternativ til tvang. BAT-studien viser dette. Ledere må ha et vedvarende fokus på å vedlikeholde ansattes engasjement rundt tvangsreduksjon. Dersom ledere «kommer litt bakpå», viser studien at tvangsbruken øker igjen (ibid.). Dette kan peke på at ved endringer i lovverket er det - i motsetning til det informantene sier - et tydelig behov for transformasjonsorientert lederskap for å vedlikeholde og «fryse» endringene (Kotter, 1990).

Også undersøkelser fra Jæren DPS på effekten av brukerstyrte innleggelser viser at tvangsbruk kan reduseres betydelig dersom pasientene gis meningsfulle «verktøy» de kan bruke for å hjelpe seg selv før symptomene tar overhånd (Heskestad og Tytlandsvik, 2008). Da tiltaket først ble innført møtte det stor motstand fra ansatte av mange grunner. Allikevel sto ledelsen på at det var rett vei å gå, og fulgte samtidig opp med økt fokus på kompetanseheving hos de ansatte. Ansatte ble etter hvert motiverte av effekten av tiltaket, som var mer fornøyde pasienter, mindre tvang og bedre psykososialt arbeidsmiljø (ibid). Dermed endret etter hvert behandlingskulturen seg, med ansattes holdninger, verdier og pasientsyn. Pasientene gikk i fra å være passive tjenestemottakere, til å bli samarbeidspartnere med kompetanse på egne behov. Tiltaket viste også at psykiatriske pasienter med alvorlige

lidelser kan styre over seg selv og sin egen tilfriskningsprosess (ibid.) og at lederskap og strukturelle endringer som dette kan ha effekt på tvangsbruken. Det viser også at viktige forutsetninger for å redusere tvang ligger i systemene (NOU 2019:14).

#### 4.1.6 Endringer i tiden

En av informantene merker at det er endringer i tiden, imot bruk av tvang. Han tenker at det er en positiv kraft i denne endringen, som handler om en overføring av ansvar til pasientene. Han mener at det kan være sunt og bra for både helsepersonell og for pasientene. Han ser at han selv blir påvirket av dette, fordi han som spesialist blir «dyttet ut på sidelinjen». Han sier i denne sammenheng: *«Så jeg tror at du kan gå for langt i det at folk på en måte velger, og så har de egentlig ikke forutsetninger for å gjøre det valget de tar. Sant? Selv om spesialistene skal gjøre vårt beste til at valget er opplagt, og de vet hva de velger mellom ...»*. Dette kan dreie seg om at rollen til helsepersonell kanskje er i endring, og vil endre seg dersom rammebetingelsene også gjør det. Informanten beskriver at denne rolleendringen, som også er en maktforskyvning, har både fordeler og negative sider. Det er ikke bare lett å se på at mennesker du bryr deg om velger mindre optimale løsninger enn det du selv ville valgt for dem, dersom du kunne. Det som er bra (eller terapeutisk?), er at pasientene må ta ansvar for seg selv, også når valgene de gjør får negative konsekvenser. Dette er i tråd med teori som drøfter posisjonene til Omnia og Nemo; den allmektige og den underdanige (Monsen, 2000), og vil drøftes videre i delkapittelet «Makt».

Selv om det er forskning som viser at tvang både kan forebygges og reduseres, kan det allikevel være en liten del av alvorlig psykisk syke pasienter som ikke vil kunne nyttiggjøre seg av frivillige tiltak. En av informantene beskriver mulige konsekvenser av Tvangsbegrensingsloven slik: *«... og det går på den hverdagen miljøpersonalet har på poster ... en bør jo også kanskje ikke ta inn en del folk som ikke helt vet hva de vil, og som er ruset, og som kan være utagerende ... jeg tror det skal mer til enn å bare sette på den rette musikken, for å si det sånn ...»*, og viser til NOU 2019:14:240, der en foreslår å behandle de alvorligste psykiske lidelsene, som schizofreni, med musikkterapi. Og kanskje er det disse aller sykeste pasientene den reelle «kampen» står om. Spørsmålet blir dermed hvordan samfunnet skal komme i posisjon til å hjelpe disse som ikke vil ha hjelp, og som står i fare for å forkomme eller som er til fare for andre mennesker. Informanten svarer på et vis seg selv, når han sier at *«... vold avler vold. Og tvang avler vold»*. Han tenker at noe av denne trusselen ville kunne avta dersom pasienter visste at de ikke ble møtt med tvang, og at det dermed ville

oppleves tryggere å oppsøke hjelpesystemet. Samtidig er det ikke alle som er i stand til å oppsøke hjelp, og som avviser dem som nærmer seg for å hjelpe. En av informantene sier det slik: *«For å ivareta pasienter som ikke greier å ivareta seg selv ... er det noen ganger respekt for pasienten å bruke tvang. Jeg ser ingen utfordring her. Det er mye god omsorg og ivaretagelse i tvang når det ikke er noen utvei»*. Dette er i tråd med Lov om Psykisk helsevern. I kapittel 1, § 1-1 står det at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og *så langt som mulig* være i tråd med pasientens behov og rett til å bestemme over seg selv.

Tvangsbegrensingsloven har blitt kritisert fordi det hevdes at den vil medføre «amerikanske tilstander» i Norge (Heggen, 2019). Det betyr at også svært syke og forvirrede pasienter skal ha rett til å nekte å motta hjelp, og dermed selv beslutte å gå til grunne. Etter at lovkravet om samtykkekompetanse ble innført i 2017 (Lov om pasient- og brukerrettigheter), mener enkelte at spesialisthelsetjenesten har blitt så opptatt av å respektere pasientenes eventuelle samtykkekompetanse, at en har glemt at ubehandlede pasienter med psykose kan utgjøre en økt voldsrisiko for omgivelsene. Det tar dermed lengre tid før de kommer til behandling, de er sykere når de legges inn, og det tar lengre tid før de kan skrives ut igjen (Heggen, 2019). Enkelte har satt argumentene på spissen, og har sammenliknet det å forby tvangsmidler i psykisk helsevern med å forby cytostatika i kreftbehandling. Både cellegift og tvang kan gi alvorlige bivirkninger for noen pasienter. Allikevel kan det hevdes at det er både meningsløst og udemokratisk å forby bruken for alle, på bakgrunn av kritikken fra et fåtall pasienter.

En ting er hvordan en skal forholde seg til pasientene dersom konsekvensene av nytt lovverk er sykere og mer krevende pasienter. En annen side av en lovendring kan tenkes å være økt belastning på ansatte ved at de får mindre handlingsrom, det blir flere skader og tap av nødvendig kompetanse som direkte konsekvens. En informant beskriver konflikten mellom å ha rett - og tilstrekkelig - kompetanse på jobb og å ikke komme i brudd med Arbeidsmiljøloven (AML). Han er redd at NOU 2019:14 vil kunne medføre ledelsesmessige utfordringer med å få kabalen til å gå opp: *«... men av og til handler det om å ha de rette folkene! Og da går det på AML igjen ... det er litt sånn ... utfordring for å få dette til å gå i hop ... for en får veldig syke, og veldig dårlige pasienter»*. Det kan være vanskelig å forebygge en akutt hendelse når pasienten er ukjent for systemet. Den begrensede gruppen som oftest blir utsatt for tvang er imidlertid godt kjent for tjenesteapparatet (NOU 2019:14: 282). Dermed er det paradoksalt nok også lettere å redusere tvangen gjennom forebygging og tilpasset og helhetlig behandling og omsorg. Slike tiltak kan være ressurskrevende i starten,

men på sikt vil det kunne lønne seg både menneskelig og praktisk. Både pasienter og ansatte vil kunne få det bedre, og ressursbruken vil kunne avta etter hvert som pasientene blir trygge i behandlingsrelasjonen. Dette må ledere vite om og gjøre noe med når de planlegger inntak av svært syke pasienter. Ledere må se på pasientens historikk i systemet og forøvrig, når bemanningen planlegges. Når individuelle behov blir møtt og når pasientenes egne ressurser gradvis tas i bruk, finner man støtte i forskning som viser til at bruken av tvang går ned (ibid.). Dermed kan en si at økt ressursbruk i en periode som regel er forsvarlig fordi bedre helse, økt funksjonsnivå og mindre utagering hos pasienten alltid vil være lønnsomt, både menneskelig og praktisk (ibid.).

Lederskap i psykisk helsevern er mangfoldig. Rollen kan romme deler av mange separate fagfelt, som psykiatri/ psykologi, juss, økonomistyring, HRM og strategi. Det framgår av datagrunnlaget at en av informantene kjenner seg igjen i dette. En av dem beskriver det slik: *«Jeg tenker at du trenger et lederskap som ... på en måte ... har oversikt over det hele, altså. Jeg tenker at det ikke er hvem som helst som kan gjøre det. Sånn at ... ledere med en god del fagkunnskaper, de tror jeg vil være de beste lederne framover i psykisk helsevern»*. Ledere i psykisk helsevern må ha oversikt over komplekse organisasjoner. De må ha kunnskaper om fag og et omfattende lovverk som gir oss rammer og regler for pasientbehandling. Ledelse i psykisk helsevern er uten tvil mangfoldig og også krevende (Mintzberg, 1997). Fagfeltet er i stadige endringsprosesser både når det gjelder rammebetingelser og lovverk, men også når det kommer til psykiatri som fagdisiplin. Flere behandlingsmetoder og kunnskaper om psykiske lidelser gjør at tilbudet til psykisk syke blir stadig bedre og mer likeverdig (NOU 2019:14).

Denne delen av undersøkelsen har vist at det er det grunn til å hevde at lederrollen har betydning når det kommer til å øke graden av brukermedvirkning og redusere forekomsten av tvang i psykisk helsevern. Neste delkapittel vil drøfte forholdet mellom synet på pasienten og verdisynet i profesjoner, kultur og rammer i psykisk helsevern, som kan ha betydning for pasientmedvirkning og bruken av tvang i behandlingen.

## **4.2 Hvilket forhold er det mellom synet på pasienten og verdisynet som ligger i profesjoner, kultur og rammer i psykisk helsevern?**

Et sentralt funn i undersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom informantenes syn på pasienten og verdisynet som ligger i profesjonene, i organisasjonens kultur, i behandlingskulturer og i rammene for det arbeidet som gjøres i psykisk helsevern.

Informantene er samstemte om at mye har forandret seg gjennom årene når det gjelder grad av tvangsbruk og grad av pasientmedvirkning i behandlingen. Allikevel viser undersøkelsen at informantenes verdisyn og deres syn på pasienten ikke har forandret seg i betydelig grad. I regelen verdsetter de endringene mot en mer demokratisk og recoveryorientert behandling. Slik det framgår av undersøkelsen, opplever flere av informantene det som en lettelse å gi mer ansvar over til pasientene, og la dem ta del i egen behandling i større grad. Men det betyr ikke at informantene tar imot alle endringer og endringsforslag i denne sammenheng, med åpne armer. Informantene frykter at kommende lovendringer ikke bare vil være til beste for de aller sykeste pasientene. Flere av informantene frykter å bli låst av rammer og lovverk, på en slik måte at de tvinges til å bli tilskuere når pasienter overmannes av symptomer på alvorlig psykisk lidelse, og når pasientene befinner seg i gråsoner for samtykkekompetanse.

#### **4.2.1 Etske konfliktområder**

Ett funn går igjen hos flere av informantene. Det er frykten for å ikke kunne handle når pasienter får psykisk sammenbrudd og/eller når det er usikkerhet om hvorvidt pasienten er samtykkekompetent. I disse tilfellene sier lovverket at ved tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke, eller til å avslå hjelp fra helsevesenet (Lov om pasient- og brukerrettigheter). En informant sier at det var lettere å handle tidligere; «*med sunn fornuft*». Han viser til eksempler på at han har grepet inn for å hjelpe maniske pasienter, og at pasientene i ettertid takket ham for at de ble tatt vare på: «*I den tiden jeg jobbet på sikkerhetspost, var det ikke få ganger at vi måtte legge en manisk pasient i belter ... og det gjorde vi ... og det var tøft nok det ... men så gikk det noen dager, så kom pasienten ... og så takker han oss faktisk talt for at vi har tatt vare på han. Ja ... og det ser jeg for meg, at den terskelen er mye høyere i dag, til å håndtere de tingene.*»

Det ser ut til at informanten bruker ordene «sunn fornuft» om sin egen vurderingsevne. Det kan antas at dette dreier seg om den ekspertkompetansen han har bygget opp gjennom mange års erfaring. Da kan en si at det å gripe inn og sikre pasienten i manisk tilstand, handler om faglige og moralske handlinger, som bygger på fagkompetanse, etisk refleksjon, yrkesetikk, verdisyn og faglig og menneskelig integritet. Den samme tenkningen finner man igjen i helsefaglige profesjonenes etiske grunnlag (Slettebø, 2002). Yrkesetiske retningslinjer for helsefaglige profesjoner er standarder og normer for yrkesutøvelse, og er en viktig rettesnor for hva yrkesutøveren skal vektlegge i vanskelige situasjoner (ibid.). Og som det framgår av informantene, er det «tøft nok» å legge et annet menneske i belter. Likevel kan det

argumenteres for at tiltaket var i tråd med helsefaglig yrkesetikk. Ved å handle ivaretar behandleren den sykes helse, forebygger videre skade, gjenoppretter pasientens helse og lindrer ytterligere lidelse (ibid.). At pasienten takket informanten i etterkant, kan være en bekreftelse på at handlingen var etisk og moralsk riktig.

Samtidig kan det også være et uttrykk for den underdanige posisjonen pasienten sto i overfor behandleren. Ved å takke og vise ydmykhet, kan det tenkes at føyeligheten kunne gi fordeler for pasienten for eksempel ved ny vurdering av samtykkekompetanse. Behandleren kunne da vurdert pasientens takk som et uttrykk for at pasienten var i bedring, fordi pasienten viste evne til å resonnerer over sin egen sykdom og vurdere alternative handlinger (belite seg, heller enn å vise ytterligere opposisjon). Selv om pasientens opplevelse av å bli beltelagt var negativ, kunne pasientens uttrykk for takknemlighet føre til at relasjonen til behandleren ble styrket. Dermed kunne pasienten unngå å bli utsatt for å bli lagt i belter på ny. Dersom pasientens selvfølelse var lav på grunn av stigmaet som ofte følger psykiske lidelser, kan det være at pasienten takket behandleren fordi en selv kom til at en ikke fortjente bedre behandling.

Takknemlighet i denne sammenheng behøver dermed ikke være et bevis på at handlingen var riktig. Tvangstiltak som dette, og hendelsene som utløste tiltaket, bør alltid være gjenstand for refleksjon i praksisfelleskapet. Det er viktig for å validere handlingene, og for å kontinuerlig tilstrebe så god praksis som mulig.

Hos helsepersonell er begrepet integritet ofte knyttet til yrkesetikk og moral, og til begrepet *iboende verdighet* (Ekeberg, 2016). I denne sammenheng kan det hevdes at behandleren viste faglig integritet ved sine handlinger, fordi han sto fast i sin vurdering av at det var nødvendig å ta kontrollen fra pasienten, fordi pasienten hadde mistet evnen til å kontrollere seg selv. Han visste at handlingene hans sannsynligvis ville bli gransket i ettertid, og at faglige feilvurderinger kunne medføre klagesak fra pasienten og tap av anseelse i fagfelleskapet. Dersom feilvurderingen ble ansett som grov, kunne det få konsekvenser for ansettelsesforholdet. Allikevel valgte han å gripe inn.

Han kunne latt være å handle. Han kunne enkelt ha begrunnet faglig sin egen passivitet i pasientens journal, sannsynligvis uten å få kritikk for det i ettertid. Faglige vurderinger som helsepersonell gjør har større grad av troverdighet enn påstander om feilbehandling fra maniske og psykotiske pasienter. Han kunne også valgt å isolere pasienten, og observere fra utsiden av døren. Da hadde informanten byttet en form for makt med en annen. Det er ikke



sikkert det hadde hjulpet pasienten bedre eller hadde vært mer omsorgsfullt. Eller han kunne valgt å gi pasienten korttidsvirkende legemidler for å «slå pasienten ut». Pasienten kunne med det fått alvorlige bivirkninger både mentalt (mareritt, indre uro), og fysisk (ekstrapyramidale bivirkninger som parkinsonisme, stivhet, spasmer og økt spyttproduksjon). Det ville også i realiteten være et rent maktbytte. Sannsynligvis var handlingen et valg mellom tiltak som alle ville medføre maktbruk og tvang. Når informanten valgte å gripe inn og legge pasienten i belter, kan handlingen vise at informanten ivaretok pasientens iboende verdighet fordi han ivaretok pasientens liv og helse (iboende verdier), slik at pasienten raskest mulig kunne gjenvinne ansvaret for seg selv. Dette kan tyde på at informantens handlinger var moralske og i tråd med faglig integritet, og at han - ved å handle - også ivaretok pasientens integritet. Dette perspektivet finner man støtte for i teori der integritetsbegrepet forklares som det å opptre i samsvar med yrkesetiske normer og verdier, slik det kan hevdes at informanten gjør (ibid.).

En kan diskutere om det er en menneskerettighet å få gå til grunne. Slik lovverket legger opp til, kan en samtykkekompetent pasient avslå behandling, og deretter velge å leve et destruktivt liv ute av syne for hjelpeapparatet. Men når pasienten er så syk at samtykkekompetansen faller bort, og når pasientens handlinger av den grunn blir irrasjonelle og skadelige, kan det hevdes at det livreddende instrumentet behandlerne har når alt annet er prøvd, er tvang. Dermed vil noen kunne hevde at «målet helliger middelet» (Barbosa da Silva, 2010). En av informantene tenker at tvang først og fremst er et utslag av omsorg for folk som ikke kan ta vare på seg selv. Han kaller tvang for et for «*et nødvendig onde*», og viser samtidig til en landsomfattende spørreundersøkelse som ble initiert av Norsk psykiatrisk forening, Psykologforeningen og Sykepleierforbundet i 2009. Denne undersøkelsen viser at 96 % av de spurte var enige i at tvang er nødvendig dersom en ikke evner å ta ansvar for seg selv på grunn av psykisk lidelse.

En av informantene sier i denne sammenheng: «*Vi jobber i et felt der det er konflikt mellom autonomi og tiltak rundt pasienten ... noen ganger*». Dette kan dreie seg om etiske dilemma knyttet til å ivareta de sykeste pasientene. De helsefaglige profesjonenes verdigrunnlag bygger på et humanistisk menneskesyn, og på etiske regler som også finnes i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner (Sivilombudsmannen, 2016; Søvik, 2001; Nortvedt, 1998). Det betyr at respekten for menneskers liv, rettigheter og verdighet er innebygget i profesjonenes yrkesutøvelse (Aadland, 2001). Det betyr også at iboende verdier og etiske prinsipper som integritet, autonomi, velgjørenhet og rettferdighet er sentrale i helsefaglige profesjoners etiske grunnlag (Slettebø, 2002; Aadland, 2001; Barbosa da Silva, 2010).

Konfliktene kan oppstå når etiske prinsipp og/eller iboende verdier blir stående i opposisjon til hverandre - Skal pasientens rett til autonomi gå foran ikke -skade- /-og velgjøringsprinsippet? Isåfall kan helsepersonell i ytterste konsekvens bli reduserte til passive tilskuere når pasienter i gråsoner for samtykkekompetanse overlates til sine egne destruktive handlinger. Det kan argumenteres for at dette vil være ansvarsfraskrivelse fra systemet og samfunnet. En av informantene sier det slik: *«Jeg tror handlingsrommet til de som vil hjelpe, det blir mer begrenset, altså, dersom lovforslaget vedtas. Og det kan gi mer frustrasjon, på et vis altså, det tror jeg. Men det blir og en anledning til å skyve det vanskelige fra seg. Sånn sett, kan det bety en lette»*. Sitatet kan tolkes på flere måter. Det kan bety en lettere arbeidshverdag dersom pasientene som før var på tvang, nå enten er i ordensmaktens varetekt eller er overlatt til seg selv. Da kan en hevde at det er en lettelse fordi de mest krevende pasientene er «ute av syne – ute av sinn» for behandlerens system. Samtidig sier informanten at helsepersonell vil oppleve mer frustrasjon. Dette kan tyde på at realiteten vil bli motsatt; helsepersonell vil få et mer begrenset handlingsrom. De kan bli tvunget til å sitte på hendene der de tidligere var etisk og moralsk forpliktet til å hindre skade og ivareta pasientene. På den måten utfordres den faglige og personlige integriteten daglig i yrkesutøvelsen. Dette vil være en svært uheldig utvikling som vi bør gjøre noe med.

#### **4.2.2 Omsorgskultur**

Dette kan tyde på at synet på pasientene i psykisk helsevern er preget av omsorg og et ekte ønske om å hjelpe andre som er i nød. Det kan også tyde på at pasientsynet er nært knyttet til verdisyntet i profesjonene i psykisk helsevern. En informant beskriver det slik: *«... men jeg synes det er et veldig fint menneskesyn i psykisk helsevern, i psykiatrien. De som jeg har jobbet med og kjenner, har et veldig ... skal vi si humanistisk og omsorgsfullt menneskesyn, med et ekte ønske om å være til hjelp for andre som er i sjelelig og psykisk nød på et vis, altså. Det gjelder for meg selv også. Mottoet for vårt sykehus er jo Mennesker som hjelper mennesker ...»* Utsagnet kan peke på at det også er en sammenheng mellom synet på pasientene og behandlingskulturer som finnes i psykisk helsevern. Selv om vestlig kultur er sterkt preget av selvhevdelse og individorientering, finner man områder der solidaritet og fellesskap er framtrædende (Galtung, 2007). Kari Martinsen (1989) kaller denne fellesskapskulturen for «den etiske bør». Dette handler om en ytre fordring om å vise omsorg (bære andres lidelse) når et medmenneskes livsmuligheter er truet. Omsorgen kan komme med omkostninger og tyngde for dem som yter hjelpen. Inntrykkene fra andres lidelse kan følge hjelperne for alltid. Allikevel kan det å la være å handle når et hjelpeløst menneske er

innenfor ens rekkevidde, være både forsømmende og umoralsk (ibid.). For ansatte i helsevesenet betyr dette at en må ha stor grad av tålmodighet og utholdenhet for å kunne bistå pasienter som ikke vil ha hjelp. En må tåle at kontakt og relasjoner trenger tid for å etableres, og at det i noen tilfeller ikke lykkes, fordi negative motkrefter i pasientens omgivelser tar for stor plass. En kan erfare at selv om en har de beste intensjoner om å klare å nå inn til pasienten, forsvinner pasienten mellom hendene på behandlerne fordi deres hjelpetilbud ikke kan konkurrere med rusmidlenes umiddelbare og euforiske virkning. Dermed avslutter pasientene behandlingen så snart de har gjenvunnet sin samtykkekompetanse.

Slike scenarioer ser man daglig i psykisk helsevern. Fagfeltet rommer store kontraster. Det viser seg ved at små seiere kan bli store her. For pasientene kan dette bety at en ukes rusfrihet på lukket avdeling i psykisk helsevern kan være en milepæl. Det kan være en periode med hvile fra et strevsomt og utrygt liv, bak låste dører, der kreditorer fra et belastet miljø ikke når en. Dersom pasienten befinner seg i «målgruppen», kan en få tilbud om videre hjelp mot rusfrihet eller redusert rusmisbruk på en langtidsrehabiliteringspost. Men tilbudene er ofte svært begrensede, og pasientene som står på ventelister er mange.

For behandlerne kan dette bety at de må velge bort mange pasienter. Selv om de er syke, passer de ofte ikke inn i formen, som er målgruppen. En kan dermed hevde at samfunnet forsømmer seg mot de som faller ut, fordi døgnbehandling er nedskalert, og fordi mange av de tilbudene som var, nå er borte. Dette bør det endres på. En utvidet satsning på rehabilitering/habilitering vil være å legge til rette for «arbeid fra bunnen og opp» med mennesker som har omfattende hjelpebehov. Det er ikke funnet entydig forskning som støtter at dette virker. Det kan ha sammenheng med at det er få langtidsposter igjen, fordi politiske føringer har gjort at samfunnet har bygget ned slike tilbud til fordel for poliklinisk behandling (Vold, 1999; Heggen, 2019). Det teorien viser, er at relasjoner er virksomme i pasientbehandling, og at det kan ta lang tid å bygge opp en terapeutisk relasjon (Løvlie Schibbye, 2009; Opjordsmoen et.al., 2008). Dersom en i større grad la til rette for at dette kunne skje gjennom behandling ved langtidsposter, ville trolig utkomme, både målt i spart lidelse for pasientene, men også samfunnsøkonomisk, kunne gi positive resultater på sikt.

Tvangsbegrensingsutvalget foreslår at også alvorlig psykisk syke pasienter får velge selv om de ønsker å ta imot behandling (NOU 2019:14). En konsekvens av det kan bli at pasienter som er alvorlig syke noen ganger vil kunne bli overlatt til seg selv. Ved usikkerhet knyttet til pasientens samtykkekompetanse har pasienten rett til å avslå tilbud om behandling. Det kan

føre til at pasienter forsvinner «under radaren» til hjelpeapparatet i kommunene. Dermed kan de bli gående over lang tid med lidelse og økende symptomer på sykdom, uten at noen oppdager det, og kommer i posisjon til å gi nødvendig hjelp. Dette kan tolkes som en bevegelse mot en «jeg-kultur» (Galtung, 2007); individets rettigheter er sterkest (selv om individet er så preget av sykdom at det ikke kan ta vare på seg selv), og individet er løsrevet fra sosiale bånd som finnes i fellesskapskulturen. Slik kan en si at individets styrke også blir dets svakhet, i denne sammenheng. Tilhørighet, verdighet og fellesskap er faktorer som skaper helse (Fugelli og Solbakk, 2003). Når individets rett til å stenge andre ute blir overordnet dette, kan det føre til lidelse, uverdighet, og fremmedgjøring. Det kan føre til at syke mennesker forkommer i ensomhet, fordi ansatte i helsevesenet og kommunene er bundet av individets lovfestede rett til privatliv, og dermed ikke kan - eller våger - å ta seg inn til pasienter som har isolert seg i nedsøplede boenheter. Dette kan tolkes å være motsatt av solidaritetstenkningen, barmhjertigheten, nestekjærligheten og det sosiale fellesskap som kjennetegner begrepet «caritas», som står sentralt i helsefagene (Leenderts, 2014). Det bør en gjøre noe med, fordi det kan representere en alvorlig trussel, og i ytterste konsekvens et spørsmål om liv eller død for en gruppe mennesker som er alvorlig syke.

#### **4.2.3 Pasientenes helsetjeneste?**

Ikke alle informantene er enige i at pasientsynet og behandlingskulturen i psykisk helsevern er recoveryorientert og likeverdig. Selv om sentrale føringer sier at det er pasientenes helsetjeneste, og at det er pasientenes situasjon og deres liv som skal være i sentrum, mener en informant at det motsatte er mest rådende. Det er ikke alltid pasientene får et individuelt tilpasset behandlingsopplegg fordi lederes holdninger påvirker behandlingskulturen på en slik måte at pasienten må tilpasse seg systemet, ikke omvendt. Selv om informanten likevel er optimistisk for framtiden, uttrykker hun også en smertelig realisme når hun sier: «*Det er ikke bare sort-hvitt, tenker jeg. Det er mange plasser der en virkelig jobber med å gi reell brukermedvirkning. Gi reelt behandlingsvalg ... slik at folk kan gjøre det, og så tilpasse tilbudene sine individuelt, til den enkelte og til den sosiale konteksten som folk lever i. Men, dessverre ... er min hypotese at ... at den type miljøer er i mindretall, foreløpig*».

Det informanten sier, kan bety at selv om helsepersonell har et humanistisk menneskesyn, og omsorgstenkning er det som driver det arbeidet de gjør, kan rester av gammel autoritær og paternalistisk behandlingskultur eksistere, selv i moderne psykiatri. Informanten knytter dette til lederatferd: «*... ikke sant, at det der med miljøer med behandlingsideologi, dem med ... hva*

*er det som lederne, som de viktigste rollemodeller, nesten, hva er det slags standard det er de setter? Det at det har betydning ... og så kan gamle tradisjoner og gamle holdninger ... gjøre at en tror tvang er den enkleste løsningen ...».* Dette tyder på at ansattes pasientsyn og deres holdninger til tvangsbruk kan være påvirket av ulike faktorer. For det første kan informantens utsagn peke på betydningen av *leders* holdninger og *lederes* kraft som rollemodell for ansatte. Dersom behandlingskulturen er farget av at lederes holdning til tvangsbruk er «*den enkleste løsningen*», vil det være vanskelig for ansatte å gjøre motsatt eller stille seg kritisk til behandlingskulturen. Det kan føre til en aggregering av ansatte som stiller seg bak dette synet. I slike behandlingskulturer adapterer gjerne ansatte tvangsbruk som «normal» behandling av pasienter som yter motstand. Og da er det lett å tenke seg at behandlingsklimaet i en større sammenheng kan bli polarisert av ulike behandlingskulturer mellom poster i samme klinikk. Ulikhetene kan påvirke pasientene, og gjøre at de protesterer og vegrer seg for å søke hjelp i systemet. Dersom informanten har rett, er dette et åpenbart dilemma i psykisk helsevern, som må håndteres, mest sannsynlig på flere fronter enn ved lovendring.

En annen faktor som kan påvirke bruken av tvang, er hvis pasienter får akutte sammenbrudd og ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Da kan tvang være en umiddelbar løsning for å redde pasienten og/eller omgivelsene (Heggen, 2019). Slike akutte tilbakefall kan forekomme, selv i behandlingskulturer der det er åpne rammer, og der behandling og rehabilitering er basert på dialog med pasienten. Disse påvirkningsfaktorene er vesens forskjellige, selv om begge fører til tvangsbruk. Forskjellene ligger i holdningene til pasientene og i holdningene til fordringen om hjelp.

En informant oppfatter at det er mye å hente på å bruke *tid*, gå i dialog med pasientene og bruke *ressurser* på å finne ut hvilke behov for hjelp pasienten har. Det informanten sier, kan tyde på at psykisk syke pasienter vet mye om hva de selv trenger for å bedre sin egen psykiske helse. Det kan bety at de i regelen kan ha kontroll og styring over sin egen bedringsprosess dersom forholdene legges til rette for å ta i bruk ressursene deres. Men det kan til tross for dette forekomme unntak, der dialog og forebyggende tiltak ikke virker. Forverringen kan gå raskt, og særlig dersom pasienten har inntatt rusmidler. Det kan gjøre det vanskelig for behandlerne å få til et samarbeid med pasienten om frivillige løsninger som kan hjelpe. Når lovkravene er oppfylte og frivillighet er forsøkt uten å lykkes, eller det åpenbart er nytteløst å forsøke (Lov om psykisk helsevern), kan tvang være det siste verktøyet man har for å redde livet til pasienten.

#### 4.2.4 Rammer og verdisyn

SINTEF Helse har gjort undersøkelser av fagfolks erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus etter første året (Ådnanes m. fl. 2020). Undersøkelsene kan tyde på at tid til å bygge relasjoner, og dermed kunne forebygge akutte sammenbrudd er sjelden vare i psykisk helsevern (ibid.). Når behandlings- og døgntilbud legges ned (Vold, 1999; Heggen, 2019) kan det tenkes at styresmaktene har spent bena under en gruppe pasienter som ikke får det behandlingstilbudet de trenger for å bli bedre. For mange er dette *tid*. Dermed kan det være vanskelig for dem som skal hjelpe å lykkes med frivillige tiltak fordi pasientene ofte trenger tid til å bli trygge på relasjonen til behandlerne før de tar imot hjelpen. Når systemet ikke kan gi dem tid, møtes de ofte med løsninger som ikke er tilpasset pasientenes individuelle behov. Dette kan føre til motstand fra pasientene, og tvang når pasientene har blitt så syke at de ikke lenger er samtykkekompetente. Hjelpen kan noen ganger bli som «brannslukking», ved hjelp av tvangsinnleggelse eller andre tvangstiltak, i overfylte akuttmottak. Pasientene kan ende opp som «svingdørspasienter»; raskt inn og like raskt ut, fordi det ikke er kapasitet og ressurser i systemet til å gi dem nok tid.

Da regjeringen innførte Pakkeforløp for psykiske lidelser i januar 2019 (Helsedirektoratet, 2018), var målet å sikre at pasienter fikk et helhetlig og brukerorientert behandlingstilbud. Samtidig ble det ikke tilført ressurser i nevneverdig grad. Evaluering av pakkeforløpsmodellen viser at behandlere opplever et negativt arbeidspress som konsekvens av tiltaket. Det betyr høyere krav fra systemet i form av endrede arbeidsformer; mer tid på utredning, mindre tid på behandling, flere tidsfrister og krav om mer rapportering og dokumentasjon. Dette blir til barrierer for å kunne bygge opp terapeutiske allianser og for å kunne gi god behandling (Ådnanes m. fl. 2020). Det kan gjøre det lettere for behandlerne å ty til makt for å oppnå raske resultater. Pasientens tillit til behandleren og til systemet kan dermed ødelegges, slik at pasienten skyves bort i fra de som kan gi hjelp, heller enn imot. Det innebærer en risiko for pasienten, og for tilfriskningsprosessen, og bør gjøres noe med.

I teorien beskriver Galtung (2007) begrepet normpakke. I normpakkene ligger det antakelser om «en- til- en- forhold», der ulike «pakker» med hjelpetiltak forordnes til pasientene på bakgrunn av ulike diagnoser som psykose, rusmisbruk eller kreft. Tanken bak dette, er at det vil sikre pasientene systematisk utredning og faglig tilpasset behandling etter forhåndsdefinerte utrednings- eller behandlingsskjemaer.

Dette kan ha flere fordeler. Pasientene sikres det de har krav på av tjenester og hjelp fra systemet. Samtidig kan systematikken sikre økonomiske besparelser i samfunnet fordi ressursene dirigeres dit de er mest effektive. Men dersom pasientenes subjektive behov avviker fra standarden i hjelpepakken, kan det tenkes at det fører til problemer. Hva om pasienten ikke møter opp til avtalt time? Eller hva om pasienten har flere parallelle lidelser? Hvilken pakke skal da velges? En av informantene sier i denne sammenheng: «*Det er nok ofte fagfolkene og ledernes vurdering av hva som er den beste behandlingen som presenteres. Så får pasientene nesten tilpasse seg det tilbudet som finnes*». Dette kan tyde på at pasientsynet som ligger i rammene for behandling, noen ganger kan være preget av mindre omsorg for den enkeltes egenart, enn for hva en kan oppnå av effektiv og ressursbesparende behandling dersom flest mulig kan behandles gjennom standard pakker.

Dette kan representere et demokratisk problem, fordi statens beslutninger om hva systemet skal kunne tilby, bygger på kompromiss som noen ganger ikke er tilstrekkelige for alle pasientene. Det kan bety at rammene blir trange og at pasienter som ikke passer inn i rammen, faller ut av behandling med de konsekvensene det kan medføre. Pakkeforløp er brukt i drøftelsen som et eksempel på at «størrelse 40 i sko» ikke alltid passer, og at rammene dermed kan være utilstrekkelige til å kunne favne alle.

Denne delen av oppgaven har vist at det er en tydelig sammenheng og et tett forhold mellom pasientsynet og verdisynet som ligger i profesjoner, kultur og i rammer i psykisk helsevern. I siste delkapittel vil oppgaven drøfte maktstrukturer i psykisk helsevern, og hvordan makten i systemet kan påvirke bruken av tvang.

### **4.3 Hvilke maktstrukturer finnes i psykisk helsevern, som kan påvirke bruken av tvang?**

I intervjuene framkommer det at det finnes flere maktstrukturer i psykisk helsevern som kan ha betydning for bruken av tvang i behandlingen. Noen av disse maktstrukturene framtrer tydelig, mens andre er mer subtile. Undersøkelsen viser også at noen av maktstrukturene har røtter i gammel kultur og i tradisjoner, mens andre har vokst fram i nyere tid, gjennom endringer i organisering og ved endringer av rammene for arbeidet. Felles for alle informantene, er at de har en åpen holdning til å gi pasientene mer makt, medbestemmelse og råderett over egen recoveryprosess. De har likevel ulike perspektiver på hva dette kan bety i

praksis, og hvilke konsekvenser det kan få, både for pasientene, og for fagpersonene som jobber i psykisk helsevern.

### 4.3.1 Kultur og makt

Flere av informantene beskriver maktstrukturer i psykisk helsevern som er knyttet til kulturen i praksisfellesskapet og mellom profesjonene på samhandlingsarenaene. Dette betyr at det fra «gammelt» av har eksistert spenningsfelt mellom ulike profesjoner. En av informantene beskriver dette slik: «*Det ... det kan være dilemmaene som arbeidsmiljøet står i ... det er maktbalansen i forhold til profesjoner. Det kan være hvilke rettigheter som ligger til de ulike yrkesgrupper ... som noen tenker er mye viktigere enn det andre driver med.*» Tradisjonelt har enkelte yrkesgrupper, som leger, hatt mye strukturell makt i form av ekspertkompetanse og medisinkompetanse (Stang, 2001). Fra gammelt av kan det ha sammenheng med at andre yrkesgrupper, som for eksempel sykepleiere, hadde mindre kompetanse på medisinskfaglige områder. Dermed fikk legene forrang på bakgrunn av en fornuftstanke som ikke ble bestridt før sykepleiefaget kom etter som eget fag- og forskningsfelt, og krevde anseelse på lik linje med legene (ibid.). Det informanten sier, kan peke på at flere ulike profesjonsgrupper bør bidra med sine perspektiver for å få best mulig pasientbehandling. Dersom psykiske sykdommer kunne kureres ved hjelp av medisiner alene, hadde sannsynligvis fagfeltet sett annerledes ut. Dette innebærer at psykiske lidelser er svært komplekse, og oftest blir behandlet gjennom tverrfaglige tiltak, der det er *summen* av tiltakene som har betydning for pasientens bedringsprosess (Karlsson og Borg, 2017). Ved å sette inn tiltak på flere områder, som alle er viktige ledd i behandlingen, kan det oppnås synergieffekter. Dersom pasienten får hjelp fra sosionom med økonomien og et sted å bo, slipper pasienten å bekymre seg for tilgang til mat, et trygt stede å sove og et sted å slå rot. Dersom han får hjelp fra psykolog, medisiner fra psykiater og/eller støttesamtaler med psykiatrisk sykepleier parallelt, kan han bli i stand til å ta imot sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi og familieintervensjoner som kan gjøre at den psykiske helsen bedres, og hjelpebehovet reduseres (Helsedirektoratet, 2017).

I slike tverrfaglige praksisfellesskap kan det oppstå mektige subkulturer som ledere må være oppmerksomme på. Flere av informantene beskriver at dette kan vise seg i form av skjulte maktmekanismer som gjør at noen fagfolk blir lyttet til mer enn andre. Det kan i praksis bety at saker har vært gjenstand for både lobbyvirksomhet og for «saksbehandling» i rom som kun er forbeholdt noen få, og som de andre aktørene ikke får innpass i. Dette kan komme til



uttrykk når noen fagpersoner har kjent hverandre lenge og dermed er «samkjørte» både faglig og kulturelt, og kanskje også personlig. Dette er i tråd med teori om politisert makt, som beskriver måter å misbruke makt på. Teorien beskriver denne formen for makt som tydelig negativ (Sjøvold, 2016). Når makten brukes slik at den ekskluderer de andre aktørenes bidrag og argumenter i pasientbehandlingen, kan dette få negative konsekvenser på flere områder. Først og fremst for pasienten, som ikke får optimal utnyttelse av de tilgjengelige fagressursene. Det kan trenere bedringsprosessen. En annen konsekvens kan bli et fragmentert fagmiljø med ulike subkulturer som alle drar i hver sin retning og ikke er samkjørte. Da kan pasientene ende opp i et dårlig behandlingsklima der det er merkbare spenninger mellom profesjonene. På det viset kan systemet ende opp med å skyve pasientene ifra seg fordi tilliten, tryggheten og forutsigbarheten pasientene trenger, ikke er der.

Informantene oppgir også at det er et tydelig kulturelt maktskille mellom pasienter og behandlere i psykisk helsevern. Dette kommer til uttrykk på flere vis; når behandlerne «går på vakt», der andre arbeidstakere går på arbeid. Det vises også i avdelinger som helt åpenlyst diskriminerer pasienter ved å ha «vaktrom» (som om det er nødvendig å overvåke eller vokte på pasientene), «personalrom» og rom som har skilt der det står «kun for personal» og «personalkjøkken» (i stedet for «kjøkken» eller «felleskjøkken/treningskjøkken»). Dette kan være eksplisitte uttrykk for stereotypier om psykisk syke, som flere av informantene nevner i undersøkelsen. Disse stereotypiene kan handle om antakelser om at pasienter er ustelte, skitne og uhygieniske. Det kan også handle om fordommer, som at de stjeler, at de er ukritiske og ikke til å stole på. Psykiatriske pasienter har «alltid» vært stigmatiserte (Aarre, 2010). Ved å opprettholde stereotypiene og stigmaene, opprettholdes samtidig avstanden til de psykisk syke i samfunnet, og dermed også maktubalansen, kan det hevdes. Slike gamle kulturelle maktstrukturer kan forstås i lys av teori som hevder at makt i mange sammenhenger er autoritært og hierarkisk (Weber, 1971). Makten er i denne sammenheng *ikke* til for å få ting gjort, eller for å få organisasjonen til å fungere (Pfeffer, 1992; Bennis and Nanus, 1985; Thylefors, 2015). Dermed er den trolig illegitim (Sjøvold, 2016). Ved å sette dette på spissen, kan en til og med hevde at denne diskrimineringen av en pasientgruppe er et uttrykk for dominans, og at den bør opphøre snarest.

#### **4.3.2 Rammer og makt**

Informantene har erfaring fra flere sider av psykisk helsevern (akutt, intermediaer, rehabilitering og DPS). En av informantene mener at rammene for brukermedvirkning finnes

på ulike plan. Det ene er på et systemplan. Der beskriver han at det har foregått en positiv utvikling i retning av flere samarbeidsarenaer mellom pasienter og systemet. Konkret betyr det at en har fått brukerutvalg og brukerrepresentasjon i alle formelle organ, som i utdanning av helsepersonell, på forskningsfelt og i fora der en jobber med utvikling av tjenestene. Brukernes erfaringer og kunnskaper benyttes dermed aktivt for å videreutvikle beste praksis, og med det, for å kunne redusere tvangsbruk. Dette kan knyttes til teori om verdibasert makt. Her beskrives autoriteten, som er den erfaringskompetansen som pasientene har, som en konsekvens av at systemet aksepterer denne kompetansen som reell og betydningsfull (Pfeffer, 1992; Sjøvold, 2016). Systemet anerkjenner på denne måten pasientenes kompetanse som et viktig tilskudd til tjenesteutviklingen og i det systematiske forbedringsarbeidet som pågår i psykisk helsevern.

På et individplan kan behandlere og ledere i systemet drøfte brukermedvirkning, etiske dilemma og utfordringer i pasientbehandlingen direkte med brukerne selv og få mulighet til å justere praksis i tråd med brukernes anbefalinger og innspill. Dette kan være et ledd i å gi makt tilbake til pasientene, og bør videreutvikles for eksempel ved å ansette flere medarbeidere med erfaringskompetanse på enhetsnivå, og å ha jevnlig allmannamøter mellom ledere og pasienter i postmiljøet. Retten til brukermedvirkning er nedfelt i Lov om psykisk helsevern og i Lov om pasient- og brukerrettigheter. Det betyr at pasienter har rett til å medvirke i utformingen av sitt eget tjenestetilbud. Dette kan ha betydning for pasienters opplevelse av motivasjon i behandlingen og for redusert tvangsbruk, og bør dermed utnyttes i enda større grad.

Når behandlingstilbudene oppleves meningsløse og lite virksomme for mottakerne, kan det i seg selv føre til motstand og aversjon mot systemet. Dersom pasienten da går ubehandlet over tid fordi de tilgjengelige tjenestene ikke oppleves som meningsfulle eller anvendelige, kan pasienten få tilbakefall. Etter hvert kan da samtykkekompetansen gå tapt. Dermed kan det tenkes at en ender opp med fallitt der tvang blir løsningen. Det betyr at en har forspilt mulighetene til å løse situasjoner med tiltak som pasientene kan akseptere, og som de vil ta imot (Clegg and Haugaard, 2013). Dersom pasientene blir inkludert i utformingen av tjenester som ressursrike samarbeidsparter, kan det i seg selv medvirke til å styrke tilliten mellom pasientene og behandlingssystemet (Aarre, 2010). I motsatt fall ville behandlingssystemet på mange måter famle i blinde etter virksomme behandlingsmetoder, dersom pasientenes innspill, ideer og argumenter ikke skulle tas hensyn til. Det ville være å kaste bort åpenbare

muligheter til å bygge opp tilbud som pasientene ønsker, som kan redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.

På individnivå fremhever informantene at det finnes mange instanser som ivaretar rettighetene til den enkelte pasient. I denne sammenheng nevnes Kontrollkommisjonen, Fylkeslegen og Pasientombudet. En av informantene sier om brukerrepresentasjon: *«Vi burde få til mer. Det fungerer bra på administrativt nivå og i opplæring av helsepersonell. Men de må ikke ta rollen til andre instanser, som fylkeslege og helsetilsyn! De skal være advokat for pasientgruppen, ikke enkeltpasienter»*. Det informantene sier, kan i seg selv være et uttrykk for strukturell utøvelse av makt når han med sin ekspertkompetanse definerer hvor grensene for pasienters makt skal gå. Det behøver allikevel ikke være feil eller illegitim bruk av makt. Det han sier kan ha sammenheng med at mange pasienter ikke er vant med å bli formelt inkludert i utviklings- og samarbeidsprosesser, og at de da ikke vet hvordan de skal ta sin plass på samhandlingsarenaen. For pasienter som i lang tid har blitt loyet gjennom systemet, og som kanskje aldri har blitt spurt om hva de mener, kan det ta tid å endre posisjon i systemet. Det betyr at det kan ta tid å gå fra å være «Nemo», den betydningsløse og anonyme pasienten, til å bli «Omnia», den som anerkjennes for sin egen distinkte ekspertkompetanse som pasient og tjenestemottaker i psykisk helsevern (Monsen, 2000). Dette må ledere og behandlere være spesielt oppmerksomme på, og i stor grad legge til rette for å kunne endre på.

Samtidig vil denne - demokratiske - utjevningen av makt også bety at pasienten får mer ansvar og må ta sin del av skylden når forhold ved behandlingssammenheng går galt. «Fordelen» med å være underlegen pasient og ha posisjonen til den underdanige Nemo, er jo at en kan skyldes på behandlerne eller lederne når tiltakene ikke virker, når en blir holdt på tvang og økonomien allikevel går over styr, eller når de maniske symptomene øker på og behandlerne ikke griper inn før pasienten har skadet viktige relasjoner i livet sitt. Da kan pasienten (med rette?) peke anklagende på behandlerne i systemet, og kritisere dem fordi ingen grep inn i tide (Monsen, 2000).

Ved å få rettigheter i form av makt, utløses samtidig plikter og forventninger (ibid.). For pasientene kan det bety at det forventes at de kan bruke den erfaringsbaserte makten de har på en måte som gjøre at andre, i en større sammenheng, kan dra nytte av den og at den kommer hele pasientgrupper til gode. Ledere i psykisk helsevern må på sin side legge til rette for at dette skal kunne skje.

### 4.3.3 Åpenbare og skjulte former for makt i psykisk helsevern

Makten i psykisk helsevern er ofte både tydelig og åpenbar. Likevel nevner flere av informantene at det også kan ligge skjult makt i fysiske rammer, som i arkitektur og i utformingen av behandlingposter. En av informantene sier at fysisk utforming ble vektlagt da sykehuset var nytt, og at en bevisst ønsket å tone ned (skjule?) den makten fasilitetene utstrålte. Han erkjenner allikevel at «... *en bygning, en post, en skjerming utstråler jo makt*». Dette kan være et viktig funn, og samsvarer med relevant teori. Steder som forbindes med ubehag, kan skape sterke følelser bare ved å nevne det konkrete stedet (Stang, 2001). Det kan være at makten ikke bare ligger i selve handlingene og i det livet som har utspilt seg inne i bygningene. Selv om behandlingstilbudene har endret seg med tiden fra å være autoritære til å være recoveryorienterte, og de gamle lokalene er malt lyse, kan det tenkes at for pasienter som kommer tilbake dit vil noe av makten som var tydelig før, fortsatt være tilstede i de fysiske veggene, som minner om opplevd maktesløshet og fremmedgjøring (ibid.). En kan dermed hevde at arkitektur og romforhold kan bidra til hvorvidt pasienter opplever behandlingen som verdig eller uverdig.

En annen av informantene sier om dette, at omgivelsene i psykisk helsevern må være lyse og innbydende. Han sier at han har stor tro på at de fysiske forholdene rundt pasientene har mye å si for trivselen og for behandlingmulighetene: «*Jeg må si at jeg har alltid ønske om at ... at vårt institusjonspreg skal være preget av ... jeg sier som et vip-hotell ... du skal være oppgradert når du kommer på sykehuset, tenker jeg*». Også dette finner man støtte for i teori. Kari Martinsen (1989) beskriver spenningen mellom et sted en kan være trygg i og finne ro, og behandlingsfasiliteter som er mer nyttige og produktive. Det bør la seg gjøre å kombinere disse forholdene. Selv om bruken av rommene og bygningene på en psykiatrisk klinikk er vesens forskjellig, bør ledere bruke ressurser på at også rom som benyttes til å skjerme svært syke pasienter i, i særlig grad bør prioriteres med kontinuerlig vedlikehold. Dessverre kan undersøkelsen tyde på at det er motsatt flere steder i systemet. En av informantene beskriver det slik: «*Men ofte utstråler bygningene og rommene jo mer forfall. Så ... det er en type skjult makt*». Det informantene peker på, kan ha betydning for hvordan pasienter opplever det å være innlagt, og hvilken verdi de opplever å ha som pasienter i systemet. Når pasienter tas imot til innleggelse i nedslitte, ødelagte og utdaterte lokaler, kan det sende et signal til både pasienten og pårørende om flere ting. Først kan det synliggjøre hvor presset helsevesenet er for økonomiske ressurser. Men det kan også signalisere underforståtte forventninger i systemet til hvordan pasienter som legges inn oppfører seg. Slik kan en si at makten, skjult eller åpenlys,

får en symbolsk betydning (Thylefors, 2015). Den kan symbolisere at behandler-systemet forventer å ta imot pasienter som ikke kan kontrollere seg selv, og at det dermed vil være bortkastet bruk av ressurser å tilby vip-standard, slik den ene informantene ønsker.

Det burde være innbydende og pene behandlingsposter og skjermingslokaler, også i akuttpsykiatrien. Kan hende det i seg selv ville kunne bidra til å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern. Synlig ressursbruk ville sende signaler til pasientene om at de er verdifulle borgere, selv om de har alvorlige psykiske lidelser med tilbakefall, kaos og desorganisert atferd i perioder. En kan si at pasientene - i faser der systemet må ivareta dem - er psykiatriens intensivpasienter, og at det i seg selv fordrer det beste systemet har å tilby av både rom og behandling. Dette bør ledere og behandlere i psykisk helsevern gjøre noe med. Teori viser at når pasienten er i oppløsning psykisk, med stort indre kaos, kan det å ha trygge og harmoniske omgivelser føre til bedring (Aarre, 2010; Karlsson og Borg, 2017). Det er ikke sikkert den tryggheten eller harmonien finnes i lokaler der det er sparket hull i veggene, der det er avskallet maling eller der møblene er boltet fast i gulvet.

Ingen av informantene oppfatter at fagfeltet er på vei mot et paradigmeskifte. De er enige i at det har vært mange endringer gjennom årene, både mer omfattende og i form av mindre justeringer. Alle nevner de at mesteparten av pasientene i psykisk helsevern mottar hjelp på frivillig basis, og at inntrykket deres nå og gjennom en lang karriere, er at de fleste av pasientene er fornøyde med behandlingen. En av informantene hevder at det er mellom 200-250 000 mennesker som behandles i psykisk helsevern hvert år, og at «så og si alle» behandles frivillig. I siste statistikk fra Helsedirektoratet (2019) framgår det at tallet mer nøyaktig er 243 000 unike pasienter. Samtidig viser samme statistikk at bruken av tvang var på nesten syv prosent i 2019. Det er trolig mye gjenstående arbeid både for ledere og behandlere i fagfeltet før bruken av tvang blir «optimal». Noen ganger må en allikevel erkjenne at bruk av tvang er det som betyr forskjellen mellom liv og død for enkelte av de sykeste pasientene.

Dette kapittelet har pekt på de vesentlige funnene som ble gjort i intervjuene. Funnene er analysert og drøftet i lys av teori og forskning. Drøftelsene er gjort med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, som er strukturerte etter oppgavens tema; ledelse, verdisyn og makt. I kapittel fem gjøres en kort oppsummering av oppgaven og konklusjonen presenteres.

## 5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I kapittelet som følger kommer en kort oppsummering av oppgaven og konklusjon fra forskningen.

Undersøkelsen omhandler ledelse og makt i psykisk helsevern. Temaene i oppgaven er delt i tre; ledelse, verdisyn og makt. Målsettingen med studien er å undersøke hvilken betydning lederrollen har for å legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i psykisk helsevern. Dette søkes det å svare på ved å undersøke hvilket forhold det er mellom pasientsyn og verdisyn i profesjoner, i kultur og rammer i psykisk helsevern, samt ved å finne ut hvilke maktstrukturer i psykisk helsevern som kan påvirke bruken av tvang.

For å finne svar på problemstillingen ble det benyttet kvalitativ forskningsmetode, der det ble gjennomført semistrukturerte intervju med fire ledere og tre behandlere i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern er et fagfelt i stadig endring. Det innebærer endringer i rammevilkår og lovverk. Det innebærer også krav og forventninger fra pasientene og brukerorganisasjoner om å redusere bruken av tvang i behandlingen. Det følger naturlig av dette et krav om økt innflytelse over egen bedringsprosess og økt innflytelse over fagfeltet på systemnivå.

Intervjuene viser at informantenes synspunkter er sammenfallende på flere områder. De er åpne for at pasienter får mer makt og medbestemmelse, både over egen tilfriskningsprosess, men også når det gjelder arbeid på systemnivå med forbedring av tjenestene og i utdanning av fagpersonell. Funn viser at lederes holdninger kan bidra til mer brukermidvirkning og redusert bruk av tvang, når ledere har en åpen holdning og legger til rette for en åpen læringsdiskurs i fagfellesskapet, der en *sammen* utvikler beste praksis. Funnene viser at en viktig del av lederes arbeid med holdningsendringer innebærer å legge til rette for kompetanseøkning i personalgruppen, samtidig med *kontinuerlig* arbeid med holdninger, samarbeid, veiledning og kulturen forøvrig. Undersøkelsen peker på at organisasjonens kultur kan være et viktig bidrag for å løse oppgaver på en god måte, og med det redusere bruken av tvang. Dersom ledere mister fokus i endringsarbeidet, viser funn at tvangsbruken øker igjen. Analysen peker på at lederskap som er inspirerende, transformasjonsorientert og demokratisk, kan bidra til at ansatte lykkes i å mobilisere energi og ressurser, slik at nødvendige endringer kan skje. Det er motsatt, dersom leders holdninger preges av gamle tradisjoner og paternalisme. Da viser analysen at ansatte vil farges tilsvarende, og med det

behandlingskulturen og pasientsynet. På bakgrunn av dette, kan en derfor konkludere med at lederrollen har betydning for økt grad av brukermedvirkning og redusert bruk av tvang.

Alle informantene er kjent med NOU 2019:14, Tvangsbegrensingsloven. De er samstemte i at intensjonen bak dette lovforslaget er god. Allikevel viser undersøkelsen at holdningene til Tvangsbegrensingsloven ikke er utelukkende positive. Selv om en intensjon med dette lovforslaget er å gjøre lovverket mer oversiktlig og enhetlig, tyder analysen på at Tvangsbegrensingsloven ikke vil bli lettere å forholde seg til, fordi den oppfattes som mer komplisert enn det eksisterende lovverket. Informantene frykter også at dette lovverket vil kunne føre til dårligere pasientbehandling, mer bruk av tvang og flere selvmord, fordi lovverket blir stående i veien for å gi nødvendig hjelp til de aller sykeste pasientene.

Undersøkelsen antyder at ordensmakten vil måtte ivareta flere pasienter som før ble behandlet i psykiatrien. Dette utfordrer helsepersonells faglige og personlige integritet, viser analysen og peker på risikoscenarioer knyttet til NOU 2019:14. Her framkommer det at lovverket i ytterste konsekvens kan medvirke til at syke pasienter forkommer uten at helsepersonell kan gripe inn. Analysen kan tyde på at lovforslaget fremmer en «jeg-kultur» som er motsatt av menneskesynet og omsorgstenkingen som er sentral i helsefagene. Alle informantene frykter en slik utvikling, viser undersøkelsen.

Det framgår av funnene og i analysen at bruk av tvang i enkelte tilfeller kan redde liv. Dette tyder på at tvang i noen sammenhenger er nyttig og god behandling. Dersom holdningen i behandlingskulturen er at tvang brukes som siste utvei, når en har brukt *tid* på å gå i dialog og *ressurser* på å finne alternative løsninger, viser analysen at tvang kan være en etisk og moralsk vei for å kunne redde pasienten.

Undersøkelsen viser at *tid* kan være en nøkkel til frivillig behandling. Når pasienter får tid til å bli trygge på behandlerne, og når forholdene legges til rette for å ta i bruk pasientens egne ressurser, viser analysen at en kan unngå bruk av tvang. Det er dermed grunn til å advare mot for stor grad av standardiserte løsninger for pasientene i dette fagfeltet. Funn peker på at enkeltmenneskets subjektivitet, egenart og individuelle behov bør veie tyngre enn effektivitet og kortsiktig økonomi. Analysen viser at pasienter kan ta gode valg i egen behandling når forholdene legges til rette, og når tilbudene er utformet slik at pasientene ønsker å ta imot. Dette samsvarer med informantenes syn, som bygger på lang erfaring fra fagfeltet, og som peker på at pasienter som oftest har mye kompetanse på sitt eget beste i behandlingssammenheng. En finner - på bakgrunn av dette - å kunne si at det er en tydelig

sammenheng og et tett forhold mellom synet på pasienten og verdisynet i profesjoner, kultur og i rammene i psykisk helsevern.

Flere av funnene peker på muligheter for å kunne bedre maktbalansen mellom pasientene og behandlingssystemet. En mulighet ligger i å sørge for gode, tverrfaglige behandlingsklima, der alle aktørene samarbeider for å nå målene. Ledere bør jobbe for å identifisere subkulturer i fagfellesskapet som kan hindre god pasientbehandling og trenere bedringsprosesser, slik analysen viser til. Det bør også tilstrebtes å eliminere gamle kulturelle maktskiller som framhever en diskriminerende inndeling mellom «de og oss»; pasientene og behandlerne/lederne. Ved å videreutvikle beste praksis i et fagfellesskap som inkluderer pasientene som gyldige autoriteter, og ved å utforme tjenestene på en slik måte at de vil ta imot, kan en trolig øke pasientenes tillit til systemet. Kanskje vil da flere selv søke seg dit når de trenger hjelp. Da vet de at de får trygge tilbud, og at de ikke blir fanget av tiltak og tvang som er motsatt av det de ønsker. Dette kan bety at begrepet tillit er et sentralt funn her, og at utgangspunktet for å redusere bruken av tvang og makt i psykisk helsevern er å jobbe for å øke pasientenes grad av tillit til systemet. Undersøkelsen viser at alle informantene er opptatt av dette. Det pågår alt kontinuerlig arbeid for å bedre tjenestene slik at tvangsbruken går ned.

Analysen av intervjuene viser at minst mulig tvangsbruk har vært et mål for ledere og behandlere i psykisk helsevern i mange år. Det framgår at dette målet eksisterer uavhengig av endringer i lovverk og i rammevilkår. Endringene innebærer heller ikke en kollisjon med profesjonenes etiske og moralske verdier og forpliktelser, viser analysen. Det er ikke funnet at informantene ønsker makt for maktens skyld, eller at de ønsker å ha makt over pasienter. Det som framkommer i analysen av intervjuene, er at makten ses på som et redskap som kan benyttes i en kort periode for å redde pasientens liv, for å hindre skade eller for å hindre at pasienten forkommer. Dermed sammenfaller dette med det verdimesige grunnfjellet som profesjonene hviler på, kan en si. Det er lite i denne studien som tyder på at dette er i endring.

Analysen tyder på at det i noen få tilfeller er viktig og rett å kunne benytte tvang. NOU 2019:14 åpner da også for det. Derfor kan endringene som Tvangsbegrensingsloven foreslår, ikke ses på som et paradigmeskifte i norsk psykiatri, men kanskje heller som et tydelig «nudge» fra lovgiver om å fortsette arbeidet for redusert - og riktig - bruk av tvang i behandlingen.

Studien finner at lederrollen har betydning for å kunne legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre bruk av tvang i psykisk helsevern. Lederrollen er derfor sentral



i den maktglidningen som fortsatt pågår mellom systemet og pasientene som mottar behandling der.

Gjennom hele studien er det funnet et tydelig samsvar mellom teorien og det informantene sier. Det er også funnet samsvar mellom ny og eldre forskning, og svarene fra informantene. Studien vil dermed ikke ha teoretiske konsekvenser. På bakgrunn av studiens omfang, kan det ikke generaliseres fra funnene som er gjort. Graden av samsvar mellom det informantene sier, og mellom funnene, teorien og forskningen bidrar allikevel til å validere studien.

## REFERANSER

1. Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 50 (4), 326-336.
2. Barbosa da Silva, A. (red.) (2010). Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Barker, R.A. (2001). The nature of leadership. *Human Relations*, 2001, 54(4), 469-494.
4. Barker, R.A. (1997). How can we train leaders if we do not know what leadership is? *Human Relations*, 50(4), 343-62.
5. Bass, B.M. (1990). Handbook of leadership: A survey of theory and research. New York: Free Press. I: Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations. Harlow: Pearson Education Limited.
6. Bass, B.M. og Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *Leadership Quarterly*, 10(2), 181-217.
7. Bennis, W.G. (1959). Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority. *Administrative Science Quarterly*, 4, 259-260. I: Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations. Harlow: Pearson Education Limited.
8. Bennis, W.G. og Nanus, B. (1985). The strategies for taking charge. New York: Harper & Row. I: Barker, R.A. (2001). The nature of leadership. *Human Relations*, 2001, 54(4), 469-494.
9. Bjartveit, S. og Eikeset K. (2008). Makt og verdighet. Perspektiver på ledelse. Oslo: Cappelen akademisk.
10. Blaikie, N. (2010). Designing social research. Cambridge: Polity Press.
11. Burns, J.M. (2010). Leadership. New York: Harper Perennial.
12. Burns, J.M. (1978). Leadership. New York: Harper & Row.
13. By, R.T. (2020). La oss snakke om ledelse! Handelshøyskolen UiS.
14. Byrkjeflot, H. (2015). Ledelse på norsk: motstridende tradisjoner og idealer. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) (2015). Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel. Bergen: Fagbokforlaget.
15. Clegg, S.R. and Haugaard, M. (2013). The SAGE handbook of Power. London: SAGE Publications Ltd.

16. Diefenbach, t., By, R.T. & Klarner, P. (2009). A multi-dimensional Analysis of Manager`s Power – Functional, Socio-political, Interpretive-discursive, and Socio.cultural Approaches. *Management Revue*, 413-431.
17. Ekeberg, V. (2016). Integritet som moralsk relevant fenomen. *Salongen. Nettidsskrift for filosofi og idehistorie*. <http://salongen.no>.
18. Filstad Jakobsen, C. (2010). Suksesskriterier for etablering av sterk læringskultur. *Magma*, 3.
19. Foucault, M. (1976). *The History of Sexuality*, Vol. 1. Harmondsworth: Penguin. I: Clegg, S.R. and Haugaard, M. (2013). *The SAGE handbook of Power*. London: SAGE Publications Ltd.
20. Foucault, M. (1986). *Power/Knowledge*. Brighton: Harvester. I: Clegg, S.R. and Haugaard, M. (2013). *The SAGE handbook of Power*. London: SAGE Publications Ltd.
21. Fugelli, P. og Solbakk, J.H. (2003). Forebyggende selvransakelse. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening*, 123 (12), 1721-22.
22. Galtung, J. (2007). *Menneskerettigheter – vestlige, universelle eller begge deler?* Oslo: Humanist Forlag.
23. Gemmill, G. og Oakley, J. (1992). Leadership: An alienating social myth? *Human Relations*, 47, 953-75.
24. Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, Volume 4, Issue 3.
25. Grund, J. (2000). Sykehus – hvordan bør de styres? *Magma*, 5.
26. Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care Supplement*. 1:188-96.
27. Harboe, T. (2006). *Kvalitative og kvantitative metoder. Indføring i samfundsvidenskabelig metode*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
28. Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
29. Heggen, F. (2019). Om tre år vil bruk av belter være ulovlig. *Nettavisen Nyheter*.
30. Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*.
31. Helsedirektoratet (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*.

32. Helsedirektoratet (2019). Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI).
33. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (1996). Stortingsmelding 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
34. Hem, Erlend (2018). Inflasjon i paradigmer. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*. Utgave 20.
35. Heskestad, S. og Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. (1) 128, 32-35.
36. Husum, T.L. og Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskriftet for Norsk psykologforening*, (46) 12. 1169-1174.
37. Husum, T.L., Pedersen, R. og Hem, M.H. (2017). En brytningstid i synet på psykiske vansker og behandling – Etske utfordringer ved bruk av tvang. *Michael*, 14, 55-67.
38. Høibraaten, H. (1999). Kommunikativ makt og sanksjonsbasert makt hos Jürgen Habermas. I: Engelstad, F. (1999). Om makt, teori og kritikk. Oslo: Gyldendal Ad Notam.
39. Høstmælingen, A. (2017). Et forsvar for diagnoser. *Psykologtidsskriftet, augustutgaven*.
40. Jacobs, T. O. and Jaques, E. (1990). Military executive leadership. I: Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations*. Harlow: Pearson Education Limited.
41. Johannessen, B.F. (2004). Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. *Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier*, notat 22.
42. Karlsson, B. og Borg, M. (2017). Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser, Oslo: Gyldendal Akademisk
43. Kempster, S., Jackson, B., Conroy, M. (2011). Leadership as purpose: Exploring the role of purpose in leadership practice. *Leadership*. 7(3), 317-334.
44. Kotter, J.P. (1990). A force for change: How leadership differs from management. New York: Free Press. I: Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations*. Harlow: Pearson Education Limited.
45. Kringlen, E. (2007). Norsk psykiatri gjennom tidene. Oslo: N.W. Damm & søn.
46. Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE.
47. Kvale, S. og Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

48. Laloux, F. (2015). The Future of Management is Teal. *Strategy + Business*. Issue 80.
49. Lambert, V.A. and Lambert, C.E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 255-256.
50. Leenderts, T.Aa. (2014). Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
51. Lewin, K. (1950). The consequences of an authoritarian and democratic leadership. I: Barker, R.A. (2001). The nature of leadership. *Human Relations*, 2001, 54(4), 469-494.
52. Locke, E. (2003). Foundations for a Theory of Leadership. I: E. Murphy og R. Riggio (red.). The future of leadership development. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) (2015). Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel. Bergen: Fagbokforlaget.
53. LOV-1999-07-02 nr. 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
54. LOV -1999-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
55. LOV -1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
56. Lyngstad, G.D. (2000). Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Utgave 18.
57. Løchen, Y. (1976). Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget. I: Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. og Bjelland, A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19-23.
58. Løvlie Schibbye, A-L. (2009). Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
59. Machiavelli, N. (2003). Fyrsten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
60. Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
61. Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Universitetsforlaget.
62. Mintzberg, H. (1997). Health and Management. Foredrag. I: Grund, J. (2000). Sykehus – hvordan bør de styres? *Magma*, 5.

63. Monsen, N.K. (2000). Det kjempende menneske. Maktens etikk. Bergen: Fagbokforlaget.
64. Myklebust, I. og Zimmermann, C. (2015). Retting og sletting av journalopplysninger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
65. Måseide, P. (1975). Paradoksal kommunikasjon i et terapeutisk miljø. Magisteravhandling i sosiologi. Universitetet i Tromsø.
66. Nortvedt, P. (1998). Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk. Oslo: Tano Aschehoug.
67. Norvoll, R. (2007). Det lukkede rommet. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Universitetet i Oslo.
68. Norvoll, R., Hatling, T. G. og Hem, K. (2008) Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). SINTEF Helse.
69. NOU 1997:2 (1997). Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
70. NOU 2019:14 (2019). Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
71. Opjordsmoen, S., Vaglum, P. og Bloch Thorsen, G-R. (2008). Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse. Stavanger: Hertervig Akademisk.
72. Ot.prp. nr. 12 (1998-99). Regjeringen.no.
73. Pfeffer, J. (1992). Understanding power in organizations. *California Management Review*, 34(2) 29-50.
74. Rogow, A.A. & Lasswell, H.D. (1963). Power, corruption and rectitude. Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
75. Rost, J.C. (1991). Leadership for the twenty-first century. Westport, CT: Greenwood.
76. Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations. Harlow: Pearson Education Limited.
77. Schein, E.H. (1985). Organizational Culture and Leadership. San Fransisco: Jossey-Bass John Wiley & Sons Inc. I: Sjøvold, E. (2016). Makt og maktbruk i arbeidslivet. Oslo: Universitetsforlaget.
78. Sivilombudsmannen. (2016). Helsepersonellens rolle ved behandling av mennesker som er fratatt friheten. <https://www.sivilombudsmannen.no/>.
79. Sjøvold, E. (2016). Makt og maktbruk i arbeidslivet. Oslo: Universitetsforlaget.
79. Slettebø, Å. (2002). Sykepleie og etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

80. Stang, I. (2001). Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Gyldendal Akademisk.
81. Stenstrøm, O. (Programleder). (2020, 28. mars). Mental Helse (podcast) Hentet fra <https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse-lanserer-podcast>.
82. Strand, N. (2011). Høyere terskel for bruk av tvang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. (48) 7, 676-677.
83. Stogdill, R.M. (1974). Handbook of leadership: A survey of the literature. New York: Free Press. I: Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations. Harlow: Pearson Education Limited.
84. Storvik, M. (2017). Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern. *Avhandling ved UiT Norges arktiske universitet*.
85. Sørhaug, H.C. (1982). Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus. *Occasional Papers in Social Anthropology*. No. 6. Universitetet i Oslo.
86. Søvik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening*, 121 (22), 2624-2627.
87. Talseth, A.G. (2001). Psychiatric care of people at risk of committing suicide; narrative interviews with registered nurses, physicians, patients and their relatives. Universitetet i Umeå.
88. Terkelsen, T., Blystad, A. og Hydle, I. (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizofrenia.: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit. *Ethnic Human Psychology and Psychiatry*. 7 (3), 229-252.
89. Thagaard, T. (2010). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.
90. Thowsen, S.L. og Overrein, P. (2017). Psykisk syke mangler rettssikkerhet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 137 (10), 704.
91. Thylefors, I. (2015). Lederskap i velferdsorganisasjoner. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) (2015). Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel. Bergen: Fagbokforlaget.
92. Vold, B. (1999). Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet*, utg. 1, Statistisk sentralbyrå.
93. Weber, M. (1971). Makt og byråkrati. I: Engelstad, F. (1999). Om makt, teori og kritikk. Oslo: Gyldendal Ad Notam.
94. Weibell, M. og Bjørke-Bertheussen, J. (2019). Lovutkastet om begrensning av tvang – et behandlingsdiktat. *Dagens Medisin*, (11) 2.

95. Wikan, U. (2003). Kultur, makt og smerte. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 123 (10), 1484.
96. Willmott, H.C. (1987). Studying Managerial Work: A Critique and a Proposal. *Journal of Management Studies*, 24(3), 249-270. I: Diefenbach, t., By, R.T. & Klarner, P. (2009). A multi-dimensional Analysis of Manager`s Power – Functional, Socio-political, Interpretive-discursive, and Socio.cultural Approaches. *Management Revue*, 413-431.
97. Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations*. Harlow: Pearson Education Limited.
98. Øhra, T. (2018). *Maktens historie. Mytene skaper verden*. Oslo: Solum bokvennen.
99. Aadland, E. (2001). *Etikk for helse og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.
100. Ådnanes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L. og Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året*. SINTEF Helse.
101. Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
102. Åsebø, S. og Norman, M.G. (2019, 16.02.17/13.10.19) *Strammer inn på beltebruk etter VG-avsløring*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/E8pz3/strammer-inn-paa-beltebruk-etter-vg-avsloering>.



# VEDLEGG

## Vedlegg 1

### **Henvendelse vedrørende mastergradsprosjekt knyttet til lederutdannelsen Executive Master of Business Administration, EMBA, ved universitetet i Stavanger.**

De siste 15 årene har jeg jobbet med ledelse i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. For tiden jobber jeg som enhetsleder ved spesialposten Engelsvoll i Helse Stavanger, der jeg har vært i fem år.

I denne forbindelse har jeg valgt å gjøre en studie av hvordan ledere i fagfeltet kan legge til rette for endringer i maktbalansen mellom pasienter i psykisk helsevern, og «systemet» som behandler dem. Oppgaven tar utgangspunkt i at det foreligger et nytt lovforslag om tvangsbegrensning (NOU 2019-14), og at Pasient- og brukerrettighetsloven ble endret høsten 2017, i tråd med krav fra pasientene, deres pårørende og pasientorganisasjoner.

Et sentralt spørsmål i oppgaven vil være om en slik maktglidning fra «system» til bruker er realistisk, og om en endring vil kunne være et paradigmeskifte.

Oppgaven har betydning for ledelse av fagfeltet, fordi fagfeltet er i endring. Pasienter er i større grad bevisste på egne behov når det kommer til behandling. Medarbeidere i psykiatrien kan noen ganger oppleve maktesløshet fordi pasienter har endrede forventninger til dem, og ønsker å ta mer kontroll og styring over sin egen bedringsprosess. Det eksisterende paradigme i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er rotfestet i profesjonene, deres forskning og kunnskap. Psykiatri som fagfelt har dermed «alltid» vært preget av maktubalanse, der pasientene tradisjonelt har vært underlagt fagfeltets bestemmelser og faglige vurderinger.

Å være leder av tjenestene når rammene er i endring, slik vi erfarer, er uten tvil utfordrende. Men det er også spennende og faglig stimulerende å ta del i prosessen med å finne rett vei videre.

Jeg ønsker å ta med meg dine erfaringer og din kunnskap om pasientsyn i psykiatrien, og dine tanker om lederskap i et fagfelt i endring, og dine erfaringer og kunnskap om maktbalansen som eksisterer på samhandlingsarenaene der du arbeider i det daglige.

Oppgaven legges opp som et semi-strukturert intervju med varighet en time. Jeg vil intervju fire ledere og tre behandlere på samhandlingsarenaene i fagfeltet, på ulike behandlingsposter i spesialisthelsetjenesten, og på ulikt ledernivå. Intervjuene vil danne datagrunnlaget for oppgaven.

Materialet vil anonymiseres.

Tidspunkt for intervjuet vil avtales i mail, alt etter hva som passer for informantene.

Oppgaven kan danne grunnlag for ideer til endring av praksis, og for optimalisering av pasientbehandlingen, i tråd med det pasienter selv har signalisert at de ønsker. Oppgaven gjøres på grunnlag av genuin interesse for psykiatri som fagfelt, men også for ledelse av tjenestene og for utvikling av beste praksis.

Jeg gleder meg til å snakke med deg!

Med vennlig hilsen

Liv Gunhild Aase

MBA-student

---

## Intervjuguide

---

**Mål med intervjuet:** Få tak i lederes og behandleres oppfattelse av hvordan lederskap kan legge til rette for økt pasientmedvirkning og mindre maktbruk i psykisk helsevern, og slik optimalisere maktbalansen mellom aktørene på samhandlingsarenaene.

**Innledning til intervjuet:** Dette arbeidet er et mastergradsprosjekt i ledelse. Temaene for prosjektet er delt i tre; ledelse, verdisyn og makt. I arbeidet vil jeg undersøke hva som skal til for at ledere i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten kan tilrettelegge for optimal maktbalanse på de arenaene der samhandling og samspill med pasienter foregår. Jeg vil også se på forholdet mellom pasientsyn og verdisyn i profesjoner, i kultur og i rammer i psykisk helsevern, og på maktstrukturer her som kan påvirke bruken av tvang i behandlingen.

Det tas lydopptak av intervjuet. Alle informantene er anonyme. Intervjuer har taushetsplikt. Det betyr at opplysninger som framkommer i intervjuet ikke vil kunne identifisere informanten. Intervjuet blir transkribert, og informasjonen blir brukt i oppgaven. Etter at oppgaven er sensurert slettes alle lydopptak som er gjort under intervjuet.

## **INTERVJUGUIDE 1 Ledere**

### **Pasientsyn**

1. Hvordan vil du beskrive det rådende pasientsynet i psykiatrien?
2. Hvilken sammenheng ser du mellom pasientsyn og bruk av tvang?
- Hva oppfatter du som de viktigste effektene av at pasientene får større innflytelse/ makt?

### **Lederskap**

3. Hva oppfatter du er hovedintensjonen med NOU 2019:14, Forslag om Tvangsbegrensningslov?
4. Hvilke konsekvenser får denne endringen for det faglige lederskapet ditt?
5. Hva vil kreves av deg som leder for å lykkes med de endringene som er påkrevd?
- Hvor er de viktigste barrierene slik du ser det?

### **Maktbalansen på samhandlingsarenaene**

6. Hvilke erfaringer har du med tiltak som har endret maktbalansen på samhandlingsarenaene?
7. Hvilke rammer for brukermedvirkning har dere i din avdeling?
8. Hvilke skjulte former for makt finnes i din avdeling?
9. Hvordan kan disse påvirke endringen i makt, slik lovverket legger opp til?
10. På hvilken måte følger du som leder opp tvangsbruk i egen avdeling?
11. Hvordan vil akutte situasjoner påvirkes av de foreslåtte endringene i lovverket mht bruk av makt/tvang?
12. Hvilken betydning vil en eventuell lovendring ha for ditt lederskap?
13. Mange snakker om behovet for et paradigmeskifte når det gjelder bruk av tvang. Hva tenker du om det?

## **INTERVJUGUIDE 2 Ansatte/behandlere**

### **Pasientsyn**

1. Hvordan vil du beskrive det rådende pasientsynet i psykiatrien?
2. Hvilken sammenheng ser du mellom pasientsyn og bruk av tvang?
  - Hva oppfatter du som de viktigste effektene av at pasientene får større innflytelse/ makt?

### **Lederskap**

3. Hva oppfatter du er hovedintensjonen med NOU 2019:14, Forslag om Tvangsbegrensningslov?
  4. Hvilke konsekvenser får denne endringen for deg som leder/fagperson?
    - Vær konkret i forhold til hva som påvirker ditt lederskap
  5. Hvilket lederskap trengs for å lede den endringen som trengs for å oppfylle intensjonene i NOU'en?
  6. Hvordan påvirkes du som behandler at det skal foregå en maktforskyvning fra fagpersoner/systemet over på pasienten?
  7. Hva er nødvendige endringer for at denne bevegelsen skal skje? (holdninger, ledelse, samarbeid, kunnskap ...)
    - Hvor er de viktigste barrierene slik du ser det?

### **Maktbalansen på samhandlingsarenaene**

8. Hvilke rammer for brukermedvirkning har dere i din avdeling?
  - Hvordan er de påvirket av det temaet vi nå snakker om? Har de blitt endret? Hvordan?
9. Vi snakker av og til om skjulte former for makt. Hvordan tenker du at det kan komme til uttrykk på din arbeidsplass?
10. Hva mener du skal til for at vi klarer å oppfylle de endringene i forskyvning av makt slik lovverket legger opp til?
11. På hvilken måte følger du som ansvarlig behandler opp tvangsbruk i egen avdeling?
  - Hvilke endringer har dere gjort for å imøtekomme nye lovkrav/forskrifter?
12. Hvordan vil akutte situasjoner påvirkes av de foreslåtte endringene i lovverket mht bruk av makt/tvang?
13. Mange snakker om behovet for et paradigmeskifte når det gjelder bruk av tvang. Hva tenker du om det?