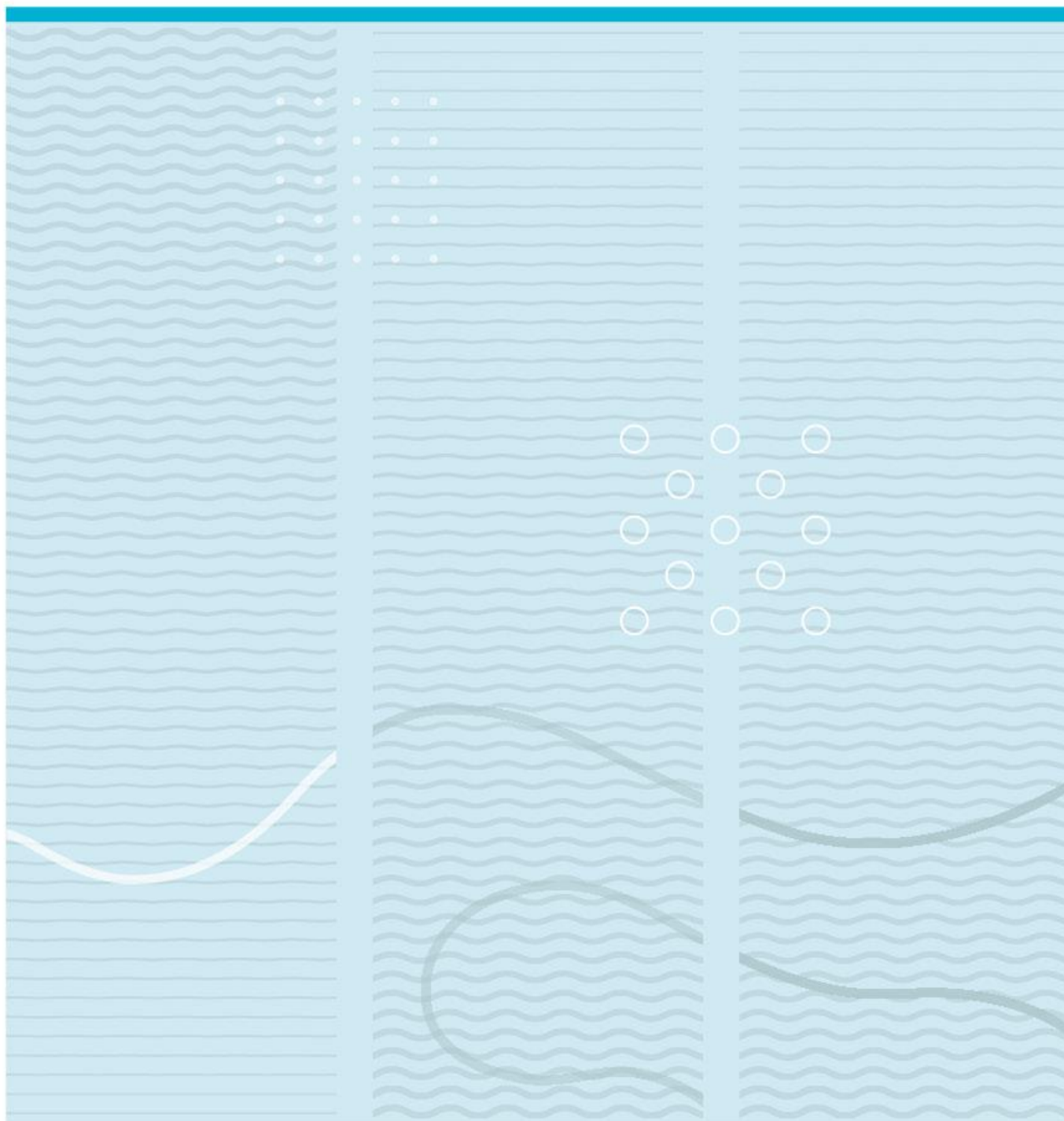


Andreas Riven

Helsepersonells erfaringer med relasjonsarbeid der pasienter er underlagt behandlingstvang



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Andreas Riven

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tema:

Studien ønsker å belyse relasjonsarbeid med pasienter underlagt tvang på institusjon. Jeg ser på relasjonens betydning mellom helsepersonell og pasienter i behandlingsforløpet.

Hensikt:

Hensikten med studien er å undersøke helsepersonells erfaringer med å opprette og opprettholde pasientrelasjoner på institusjon med døgnopphold. Det ble undersøkt erfaringer rundt tvangens betydning for relasjonsarbeid, samt relasjonsbyggende tiltak helsepersonellet bruker i sin arbeidshverdag.

Metode:

Det er benyttet kvalitativ metode, med dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Tre informanter fra spesialisthelsetjenesten deltok i studien. Informantene ble formidlet via avdelingen på institusjonen.

Funn:

Resultatene viser at det er en sammenheng mellom informantenes svar og teorien på feltet. Funnene i studien understreker viktigheten av relasjon i pasientbehandling i psykisk helsevern. Samtidig forteller informantene at å utøve tvang er en utfordring når man skal være pasients nærmeste kontaktperson. Pasientene viser i stor grad motstand til behandlingen, noen pasienter kan ha lav grad av sykdomsinnsikt. Gjennom innleggelsen kan pasientenes symptomtrykk og motstand bli mindre, og mulighetsrommet for relasjonsbygging større. Relasjonsbyggende tiltak som anvendes er å tilbringe tid med pasientene, vise empati og anerkjenne pasientens tanker og følelser. I stor grad opplever helsepersonellet at de klarer å opprette tillitsfulle relasjoner, til tross for at tvangsbehandling kan være et utfordrende utgangspunkt for samarbeid.

Nøkkelord/søkeord: tvang, tvangsbehandling, relasjon, psykisk helsevern

Abstract

Theme:

The study wants to enlighten the premise of relations between healthcare professionals in institutions, and how this affects the treatment proses.

Purpose:

The purpose of the study was to examine healthcare workers experiences in developing and maintaining patient relations in institutions. Experiences regarding the meaning of coercive measures' effect on relations were examined. As well as witch relation-measures the health care workers use on daily basis.

Method:

This is a qualitative study, using in-depth interviews. Three informants participated, from an institution in the Norwegian special health care. All informants was generated from the administration staff of the department.

Findings:

The results from the study shows coherence between the answers from the informants and the theory I have included. The findings underlines the importance of relations between healthcare workers and patients in psychiatric care. The health care workers express that the roles of managing coercion and being the patients closest contact person are conflicted. This can be a challenge because many of the patients don't grasp why they need treatment. In the duration of time in the institution it shows that the patients symptoms is decreasing, resistance is getting reduced, and the possibility to form a relation is increasing. Interventions to form relations is to spend time with the patients, show empathy and acknowledge the patients thoughts and feelings. The informants experience is that they in the majority of time are able to form trustful relations with the patients, even though there can be significant challenges on the way.

Key words: coercion, involuntary treatment, relation, mental health

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Introduksjon og presentasjon av tema	7
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Eksisterende kunnskap	8
1.3 Presentasjon av problemstilling	10
1.4 Avgrensning og presisering	11
1.5 Oppgavens oppbygning	12
2 Teoretisk rammeverk	13
2.1 Tvangsbehandling.....	13
2.1.1 Pasienters erfaringer med å bli utsatt for tvang.....	15
2.2 Relasjonsarbeid	16
2.2.1 Carl Rodgers relasjonsteori	19
2.2.2 Relasjon i arbeid med mennesker med psykiske lidelser	20
2.2.3 Forskning på relasjonsarbeid med pasienter i psykisk helsevern	22
3 Metode	24
3.1 Valg av metode og design	24
3.2 Utvalg	24
3.3 Datainnsamling.....	25
3.4 Analyse	26
3.5 Søkehistorikk	29
3.6 Metoderefleksjon.....	29
3.6.1 Forforståelse/intersubjektivitet.....	31
3.6.2 Validitet og reliabilitet	31
3.7 Forskningsetiske betraktninger	32
4 Resultater	34
4.1 Tvang.....	34
4.1.1 Pasientenes reaksjoner på tvang.....	34

4.2	Tvangens innvirkning på relasjon	35
4.2.1	Sykdomsinnsikt	36
4.2.2	Betydningen av tidligere relasjon ved tidligere innleggelse	37
4.3	Relasjonsarbeid	38
4.3.1	Relasjon som samarbeid.....	38
4.3.2	Relasjonsbyggende tiltak.....	39
4.4	Informantenes profesjonsrolle.....	41
4.4.1	Å være nærmeste kontaktperson når man utøver tvang	41
4.4.2	Profesjonalitet i rollen	42
4.5	Sammenfatning av resultatene	44
5	Diskusjon.....	45
5.1	Metodediskusjon.....	45
5.2	Resultatdiskusjon	46
5.2.1	Tvangsbehandling og tvangens påvirkning på relasjon	46
5.2.2	Relasjonsarbeid i tvungent psykisk helsevern	50
6	Konklusjon	55
6.1	Videre forskning	57
	Litteraturliste	59
	Oversikt over tabeller og figurer	63
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv	64
	Vedlegg 2 : Intervjuguide	67
	Vedlegg 3: Søkelogg.....	69
	Vedlegg 4: Godkjenning fra SIKT	70

Forord

Jeg har gjennomført dette masterstudiet på fulltid (to år). Det har vært en tidkrevende prosess, som har vært utrolig slitsom, men samtidig lærerik. Underveis i studiet fikk jeg tilbud om en stilling som fagkoordinator, og kunnskapen jeg har ervervet gjennom studietiden har kommet godt til nytte.

Som tema til masteroppgaven har jeg fokusert på noe jeg selv opplever daglig i mitt arbeidsliv. Å kunne gjøre ett dypdykk i kunnskapsgrunnet og kunne implementere det i arbeidshverdagen, er med på å øke kvaliteten i tjenestene.

Opgaven har vært ett selvstendig arbeid. Tidvis har dette vært en krevende prosess. Underveis i oppgaven dukker det opp mange etiske dilemmaer/spørsmål som det hadde vært fint å diskutere med en annen. Noe som har vært flott er en engasjert veileder som har tatt tak i de store spørsmålene med meg. Uten veilederen ville denne oppgaven blitt vanskelig å svare opp alene, da analysen av resultatene krever stor grad av refleksjon og ett godt oversiktsbilde. Så jeg retter en stor takk til Bente Weimand fra USN for et godt samarbeid og engasjement.

Jeg vil også rette en stor takk til samtlige informanter som har deltatt i med sine erfaringer. Jeg vil også rette en stor takk til FOU, utdanningsavdelingen, personvernombud, avdelingssjef og fagutvikler ved institusjonen. Jeg har fått hjelp og blitt henvist til de rette instanser gjennom oppgaven, og vil takke for ett godt samarbeid.

Å gjennomføre ett masterstudium på normert tid ved siden av full jobb og familieliv har vært krevende. Jeg vil derfor også takke min tålmodige familie som har støttet meg i denne perioden. Uten deres motiverende ord og tilretteleggelse hadde det blitt vanskelig å fullføre studiene.

Drammen 15.05.2023

Andreas Riven

1 Innledning

1.1 Introduksjon og presentasjon av tema

Jeg er utdannet vernepleier og har jobbet innen feltet psykisk helse og rus i åtte år. I dag jobber jeg som fagkoordinator på en sikkerhetsavdeling for pasienter med rus og voldspromatikk. Pasientene som er inne på denne avdelingen er innlagt på tvang, enten med vedtak på tvungen psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3) eller at pasientene er dømt til behandling (straffeloven, 2005, §62). Vilrårene for innleggelse på tvungen psykisk helsevern har et bredt innhold, i hovedsak er noen av kriteriene at man mangler samtykkekompetanse, det er stor sannsynlighet for forverring i egen tilstand, eller at man er til fare for seg selv eller andre (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Jeg har selv vært med på gjennomføring av tvang i psykisk helsevern, og har derfor erfaring knyttet til hvordan dette kan påvirke relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Når jeg jobber som vernepleier selv innenfor dette feltet opplever jeg mange dilemmaer og utfordringer som jeg syntes er verdt å utforske. En sentral utfordring knytter seg til å forsøke og bygge gode relasjoner med pasienter. Samtidig kan innholdet i arbeidshverdagen innen psykisk helsevern noen steder være preget av gjennomføring av ulike tvangstiltak.

I min oppgave har jeg derfor ønsket å belyse helsepersonell sine subjektive erfaringer i relasjonsarbeid, når man jobber med pasienter som blir utsatt for tvang. Psykiatri og rus har blitt løftet opp i samfunnsdebatten i mye større grad enn tidligere. I løpet av de siste årene har det også skjedd flere grusomme voldshendelser, mennesker har blitt drept eller alvorlig skadet av personer som har alvorlige psykiske lidelser (Kvigne, 2022, s. 6-7; Løvgren & Wiig, 2022). Noe av problemet kan være at man ikke får god nok tid til å behandle hver enkelt pasient, da det politisk kan være et økonomisk syn på psykisk helsevern med press på innleggelsestider (Skårderud, 2018, s. 49-50). Pasientene vil også skrives ut fordi de ikke kan holdes igjen til videre tvangsbehandling når de blir bedre. Disse pasientene følges ofte opp videre i kommunen gjennom ambulerende team (FACT), men her er det imidlertid mange som uteblir fra avtaler og oppfølgingen når de slipper ut fra tvangsinnleggelse (NOU 2011:9, s. 111). På bakgrunn av de samfunnsmessige ringvirkningene og det politiske fokuset som er rettet mot psykiatrien (Norges Sosial- og Helsedepartement, 1997; NOU 2011:9; Skårderud, 2018, s. 49; Ot.prp. nr. 65 (2005-2006)), ser jeg dette som en høyst relevant tematikk for master i samfunn og helse.

Relasjon mellom helsepersonell og pasienter er viktig i behandlingsforløpet (Aarre, 2018a, s. 125). Et intersubjektivt opplevelsesfellesskap danner grunnlaget for en felles forståelse mellom partene (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 39-42). I behandlingen vil relasjonens rolle inneholde samarbeid, respekt og likeverdighet. Gjennom en relasjonell tilnærming kan man hjelpe pasienten fra avmakt til makt (Askheim & Starrin, 2007, s. 23). Jeg tenker pasientrelasjon med behandlingstvang som en påvirkningsfaktor, sett fra helsepersonellets perspektiv, er et sentralt og viktig tema innenfor psykiatrien.

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet er valgt på bakgrunn av min arbeidserfaring og faglig interesse. Jeg sitter med et inntrykk av at psykisk helsevern kan ha et dårlig omdømme, spesifikt for å bedrive unødig tvang og krenke individets rettigheter (Gøtzsche & Lund, 2016). Jeg ble da nysgjerrig på hvordan dette perspektivet beskrives av de som opplever denne gruppen med pasienter på nært hold. Helsepersonellet er tett på pasientene i klinikken, og mange steder må man utøve behandlingstiltak mot pasientens vilje. Jeg er opptatt av hvilke utfordringer dette kan gi, i en rolle der man forsøker å balansere maktutøvelse og omsorg.

Temaet har også en samfunnsmessig interesse, da det har vært flere saker de siste årene som tar for seg tvangsbruk i psykiatrien (Kvigne, 2022). Jeg tenker det er spennende å se dette i lys av relasjonsarbeid fra profesjonsgruppen som står med et førstelinjeansvar for å ivareta pasientens rettsikkerhet. Samtidig må man ivareta potensielle skader på pasienten selv, personal eller samfunnet rundt.

1.2 Eksisterende kunnskap

Fagfeltet psykiatri og rus har vært gjenstand for kritikk, blant annet for frarøvelse av autonomi (NRK, 2021; Gøtzsche & Lund, 2016). Tvangsmedisinering har en omdiskutert effekt (Jardim et al., 2021), og noen mener det er for lite evidens som tilsier at gjeldene praksis har god nok effekt til at frarøvelse av autonomi kan anses som et adekvat tiltak (Gøtzsche & Lund, 2016). På den andre siden kan mennesker med psykiske lidelser være en fare for samfunnet, og flere leger/psykiatere

har tatt til ordet for at rammene for tvang ikke er stramme nok (NRK, 2021, 2:44-5:04; Løvgren & Wiig, 2022). Et grunnleggende poeng i diskursen omhandler frarøvelse av autonomi, og kritiserer at noen i det hele tatt skal kunne vite hva som er best for et annet menneske (NRK, 2021; Gøtzsche & Lund, 2016; Kvigne, 2022). Et overordnet mål med psykisk helsevernloven er å forebygge og begrense bruken av tvang i psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 2001, §1-1). Samtidig ser vi ulike nasjonale tiltaksplaner og strategier for å redusere tvangsbruk (Bremnes & Skui, 2020; Helse og omsorgsdepartementet, 2012).

En stor del av pasientgruppen har også mye vegring knyttet til psykiatrien. Pasienter kan kjenne på opplevelsen av invadering av eget privatliv, og flere ønsker seg fri fra det de opplever som umenneskelig behandling (Aarre, 2018a, s. 139). Som helsepersonell står vi tett på pasientene, og skal bistå de i sin sykdom og i sine utfordringer. Forskning på feltet viser at empati og hvem pasientene møter er av stor betydning (Aarre, 2018a, s. 125-126; Haugom et al., 2022; Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). I møte med pasienten må det være et helhetlig perspektiv med felles mål om recovery for å mestre sin sykdom (Borge & Hummelvoll, 2019). Det beskrives også at måten en snakker om pasientene i psykisk helsevern har en betydning for hvordan pasientene møtes (Thorbjørnsen et al., 2014). Hvis det snakkes mer verdig om pasientene vil fokuset kunne bli mer rundt det relasjonelle samarbeidet med pasientene (Westerhof & Knutsen, 2016). Annen faglitteratur og forskning på feltet beskriver relasjonsarbeid som meget viktig for å kunne utrette en endring (Eide & Eide, 2007, s. 142; Lorem et al., 2014; Røkenes et al., 2012, s. 24; Tingleff et al., 2017). Innfor psykiatri og relasjonsarbeid som fagområde finnes det ulike modeller og teorier knyttet til relasjon og kommunikasjon. Dette kan fort bli idealer, eller statiske eksempler på hva som defineres som «en forenkling av virkeligheten» (Eide & Eide, 2017, s. 378). Ut ifra dette forstår jeg at det kan være en tidkrevende og tillitsbasert prosess å bygge en relasjon med en pasient som ønsker alt annet enn å være låst inne på institusjon.

En stor del av forskning og litteratur jeg har funnet om behandlingstvang i psykisk helsevern, har fokus på helsepersonells erfaringer med pasientbehandling. Bakgrunnen for dette er at det av etiske hensyn kan være vanskelig å forske på pasientgruppen, med tanke på for eksempel samtykke (de nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Allikevel foreligger det noen studier som tar for seg pasienterfaringer fra å bli utsatt for tvang (Haugom et al., 2022; Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). Forskning på relasjonsarbeid blant helsepersonell som

jobber i psykisk helsevern diskuterer viktigheten av relasjon (Doedens et al., 2019; Larsen & Terkelsen, 2014; Myklebust et al., 2022; Næss & Biong, 2014; Thorbjørnsen et al., 2014), men jeg har i mine søk ikke funnet noe spesifikt om betydningen av konkrete relasjonsbyggende tiltak helsepersonellet tar i bruk.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Oppgaven retter fokus mot erfaringene om relasjonsarbeid og tvang i arbeidshverdagen til de som står tett på for å hjelpe disse pasientene, selv om pasientene ikke nødvendigvis ønsker denne hjelpen selv. Et fokus var å finne erfaringer som belyser muligheten for å oppnå gode relasjoner mellom helsepersonell og pasientene som motsetter seg behandling. Dette er en stor utfordring da man kan møte på verbal og fysisk motstand i forsøk på å skape en relasjon som kan gi grunnlag for godt samarbeid med pasienten, men jeg ønsket i dette prosjektet å finne ut hvordan dette lot seg gjennomføre i en klinikksituasjon. På bakgrunn av valgt tematikk ble det utarbeidet følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med å opprette og opprettholde en god pasientrelasjon, samtidig som man utsetter pasienter for tvang?

Problemstillingen ble utarbeidet med mål om å belyse muligheten for å danne gode relasjoner med pasienter som blir underlagt tvunget psykisk helsevern. Et mål er at pasientrelasjonene er meningsfulle, og kan være med på å løfte pasienten ut av avmakt (Askheim & Starrin, 2007, s. 23). Relasjon som et virkemiddel kan være med på å danne noen forventninger mellom partene, samtidig som man kan forsøke å danne et tillitsforhold hvor pasienten får støttespillere som vil det beste for deg (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178). Relasjonens betydning er i stor grad en vektende suksessfaktor for om man ønsker å samarbeide om en endringsprosess (Aarre, 2018a, s. 125). Gjennom å danne en relasjon kan ressursene til pasientene løftes fram, som kan gjøre noe med lysten og pasientens egenmotivasjon for å komme seg ut av situasjonen de står i. Uten en god relasjon kan det være vanskelig med en behandlingsallianse som grunnlag for et samarbeid om endringsarbeid (Aarre, 2018a, s. 125).

1.4 Avgrensning og presisering

I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i profesjonene sykepleier og vernepleier, det er disse vil jeg referere til som helsepersonell. Helsepersonell defineres derfor i oppgaven som personer som innehar en treårig bachelorgrad med medisinkompetanse, her inngår vernepleiere og sykepleiere. Jeg valgte disse profesjonene da disse har i oppgave å administrere tvangsmedisinering. Samtidig står de tett i dialog med pasientene, og kan oppleve dilemmaet problemstillingen beskriver. Til intervjuene fikk jeg kun informanter som hadde bachelorgrad i sykepleie, men jeg har valgt å fortsatt nevne begge profesjonene siden ansvarsområdet i avdelingene er det samme. Prosjektet har vært avgrenset til tre avdelinger på et sykehus i spesialpsykiatri. Avdelingene tar i mot pasienter i en akutfase, og pasientene blir værende alt fra få dager, uker til flere måneder. Prosjektet vil se på relasjonsarbeid i arbeid med pasienter underlagt behandlingstvang på institusjon med døgnopphold, jf. Psykisk helsevernloven §3-3 (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3).

Tvang blir belyst og spurt om i et helhetlig perspektiv, og ikke avgrenset til en enkelt form for tvangsutsettelse, f.eks. tvangsmedisinering. Grunnen til at jeg har valgt å favne tvang på generelt grunnlag er for å sette lys på hvor omfattende det kan være. Samt hvordan bredden av tvang kan påvirke relasjonen mellom pasient og helsepersonell.

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i relasjon som et vidt begrep, der det å opprette og opprettholde pasientrelasjonene vil diskuteres og sees opp imot tvang på institusjon. Relasjon er et begrep som er beskrivende ovenfor en samhandling mellom to individer. I dette så ligger det en felles tilhørighet til hverandre og at vi er deltakende aktører som investerer sosialt og emosjonelt i hverandre (Gustin, 2016, s. 277). Relasjon som begrep kan utspille seg i forskjellige kontekster, som kan omfavne mange måter å samarbeide og samhandle på gjennom et livsløp (Karlsson & Borg, 2017, s. 123). Samarbeid, kommunikasjon, deltakelse, tilhørighet, allianse og empati er sentrale stikkord som beskrives i faglitteratur innunder relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16-17; Hummelvold & Dahl, 2012, s. 422-423; Karlsson & Borg, 2013, s. 139-146; Karlsson & Borg, 2017, s. 123-124; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-23). I oppgaven vil relasjon ses på i denne brede mening, og vil diskuteres i en kontekst hvor helsepersonell skal bidra til bedring i behandlingsforløpet med pasienten.

1.5 Oppgavens oppbygning

Gjennomgående i oppgaven har jeg forsøkt å legge opp en struktur der de sentrale temaene bygger videre på hverandre. Kapittel en tar for seg innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling, tidligere forskning samt avgrensning og presisering. Kapittel to tar for seg teoretisk rammeverk, mer utdypende om forskning og litteratur som foreligger på feltet. Teorikapittelet er delt inn i hovedtemaene tvangsbehandling og relasjonsarbeid, denne strukturen følges også i kapittel fire og fem for å holde en logisk fremstilling. Kapittel tre beskriver metoden, med begrunnelser og en beskrivelse av prosessen for å gi et transparent bilde av prosjektets gjennomføring. Kapittel fire beskriver meningsinnholdet i resultatene fra prosjektet, som også inneholder et sammendrag av alle de viktigste funnene. I kapittel fem blir resultatene diskutert mot forskning og teori. Her er det også inndelt i en bolk om tvangsbehandling som knyttet til relasjon, før relasjonsarbeidet med pasienter underlagt tvangsbehandling drøftes mer i dybden. Til slutt kommer konklusjonen med sammenfatning av prosjektets hovedfunn. Etter denne fremstillingen kommer jeg med forslag til videre forskning og viktigheten av fokuset knyttet til denne tematikken i psykisk helsevern.

2 Teoretisk rammeverk

I mitt forskningsprosjekt ønsker jeg å belyse hvilke ulike faktorer som kan ha betydning for tvangsregulering jf. Psykisk helsevernloven og for helsepersonellens relasjonsarbeid i institusjon med døgnopphold. Teorikapittelet er delt inn i to, en del om tvangsbehandling og en større del om relasjonsarbeid. I del to presenteres Carl Rodgers ideelle relasjonsteori, samt faglitteratur og forskning som omhandler relasjonsarbeid spesifikt i kontekst med tvangsbehandling.

2.1 Tvangsbehandling

I 2018 var det i Norge totalt 8100 vedtak om tvangsinnleggelse i løpet av året (Helsedirektoratet, 2020, s. 16). Innleggelse på tvang skjer på bakgrunn av manglende samtykkekompetanse, for å hindre nærliggende og alvorlig fare på individet selv eller andre borgere i samfunnet rundt (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Å bli utsatt for tvang frarøver pasientens rett til autonomi. Det vil si at helsepersonellet kommer inn i en formynderrolle hvor de skal forvalte noe på pasientens vegne, som de ikke ønsker selv (Aarre, 2018a, s. 150). Ved gjennomføringen av tvang skal hensikten alltid være å ivareta pasientens beste når vedkommende ikke er i stand til det selv. Dette blir utfordrende i de tilfellene hvor pasienten likevel mener å være i stand til dette selv. En slik umyndiggjøring kan oppleves undertrykkende, samt at stigmaet man potensielt erfarer rundt egen sykdom blir forsterket. Dette kan skape utfordringer om ikke konflikter både for hvordan pasienten anser seg selv, men også holdningen knyttet til hjelpeapparatet (Aarre, 2018a, s. 150).

Når det blir snakket om tvang blir det ofte omtalt som medikamentell tvang, men jeg har sett på det i et bredere perspektiv. Grunnen til det er at tvangen er mye mer utbredt, da pasientene allerede er på en tvangsparagraf fra de kommer inn på sykehuset (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Dette omfattes i større grad, da det kan gjelde skjerming, medisiner, akutt medisinering, beltelegging, beslag av rusmidler, og kommunikasjon med omverdenen (psykisk helsevernloven, 2001, §4-4 - §4-8).

Medikamentell tvang omtales med ulike paragrafer. De vi må forholde oss til er §4-4 som omhandler langtidsvirkende medikamentell behandling (psykisk helsevernloven, 2001, §4-4). Og §4-8c som omhandler korttidsvirkende medikamentell behandling (psykisk helsevernloven, 2001, §4-

8c). Psykisk helsevernloven er et omfattende lovverk som har bredere innhold enn paragrafene nevnt ovenfor. For mange er ikke medikamentell behandling en behandlingsform som fungerer alene, da de psykiske lidelsene er komplekse og sammensatte (Aarre, 2018b, s. 56-57; Skårderud et al., 2018, s. 349). Det vil si at man kanskje må kunne begrense livsførselen til pasienten en periode, for å oppnå ønsket bedring.

Overordnet sett bør det alltid være etiske avveininger i tillegg til lovverket, som styrer den moralske utøvelsen av tvang. Man skal alltid forsøke lempeligere midler før man kommer til å fysisk regulere, stimuli-begrense, belte-legge eller isolere (psykisk helsevernloven, 2001, §4-8). Noen ganger kan en pasient være så syk at virkelighetsoppfatningen forringes i alvorlig grad. Den etiske avveiningen vil å så fall gå på at pasienten ikke er i stand til å ivareta sin egen autonomi. Hvis dette skulle være tilfelle ville det vært moralsk ansvarsløst og ikke ivareta pasienten (Aarre, 2018a, s. 150-151). Dette kan vi se på som å forvalte pasientens interesser for dem i den tid de ikke er i stand til det selv, men det er en viktig presisering som kommer til grunne her. Det er å ivareta pasientens ønsker rundt autonomi så langt det lar seg gjøre så lenge det er forsvarlig, og ikke de ønsker vi mener pasienten burde inneha (Aarre, 2018a, s. 150-151). Forskning viser også at refleksjoner etter hendelser blant helsepersonellet kan bidra til bedre etiske avveininger i bruken av tvang (Hammervold et al., 2020).

Tvungen behandling under døgnopphold oppleves som krenkende av mange pasienter. En undersøkelse viser at 36% av pasientene som hadde vært innlagt på tvang følte seg krenket i stor eller svært stor grad (NOU 2011:9, s. 121-122). Behandlingsformen i seg selv kan oppleves krenkende, samtidig som kunnskapsgrunnlaget om tvangsbehandling er svakt. På bakgrunn av den omdiskuterte effekten (Gøtzsche & Lund, 2016; Jardim et al., 2021), kan det tenkes at det burde være en umotviselig nytte for pasienten å gjennomgå denne formen for behandling. Gjennom anvendelsen av tvangsbehandling kan tillitten mellom pasienten og hjelpeapparatet forringes i vesentlig grad. Det finnes pasienter som har byttet navn og bostedsadresse i håp om å komme seg unna psykiatrien, dette er i møte med helsepersonell som bare ønsker å hjelpe. Et utfordringsbilde som dukker opp, er at pasienter kanskje sitter med unødige lidelser på bakgrunn av dårlige erfaringer. Forsøket på å skjule sine psykiske lidelser kan i tilfeller være foretrukket fra pasientenes side, da det oppleves mindre tyngende enn å få hjelp fra hjelpeapparatet (Aarre, 2018a, s. 154-156).

Tvangsbehandling er et omfattende tema, som omfatter ulike typer tvangstiltak. Medikamentell behandling skal dempe positive symptomer på for eksempel psykose, slik at mulighetsrommet for samhandling blir større. Til tross for en vist effekt er det enighet i dag at medikamentell behandling ikke helbreder den psykiske lidelsen (Skårderud et al., 2018, s. 349). Medikamentene som brukes kan oppleves negativt for den som tvangsutsettes for dem, som for eksempel å gi en følelse av å forandre tankemønstre samt å føle seg fremmed for seg selv og ikke lengre være i stand til å protestere (Kringlen, 2011, s. 594). Når man velger tvangsmedisinering som et behandlingsalternativ burde det være en forutsetning at man vet på forhånd hvilken effekt vi kan forvente å oppnå, det vil si at de positive effektene burde være såpass triumferende at vi kan si noe mer enn at de oppveier ulempene (Aarre, 2018a, s. 154-155).

Antipsykotiske legemidler kan gi alvorlige bivirkninger blant annet ufrivillige bevegelser og metabolsk syndrom. Pasienter som blir påtvunget denne formen for behandling ytrer bekymring rundt bivirkningene de kan oppleve (NOU 2011:9, s. 113-114; Aarre, 2018a, s. 154-155). Det må forekomme en solid avveining i forholdene mellom bivirkninger og det aktuelle behovet pasienten har for tvangsmedisinering. Når helsepersonellet skal forvalte dette på pasientens vegne må vi være sikre på at det er forholdsmessig, at det gir større nytte enn skade for pasienten (Aarre, 2018a, s. 155-156). I psykiatriboken (Kringlen, 2011) beskrives det at de fysiske tvangsmidlene er lempeligere for pasienten det blir anvendt mot, enn hva tvangsmedisinering er. Bakgrunnen for denne påstanden er at ved kjemisk tvang kan pasienten oppleve at evnen til protest blir lammet (Kringlen, 2011, s. 594).

2.1.1 Pasienters erfaringer med å bli utsatt for tvang

Det kan oppstå skade på pasienter ved bruk av tvang, ikke bare fysisk, men også emosjonelle og kognitive virkninger (Aarre, 2018a, s. 139). En norsk kvalitativ intervjustudie tok for seg erfaringen til pasienter som var innlagt i spesialisthelsetjenesten med psykoseproblematikk, og gir et innblikk i deres opplevelser og erfaringer. I studien fremkommer det at opplevelsen av tvang gir en følelse av mangel på kontroll og er frustrerende (Lorem et al., 2014). En internasjonal metaanalyse av pasienters opplevelse av tvang viser at mange pasienter erfarte mangel på empati, og at følelsen av å ikke bli hørt gjorde at man følte seg maktesløs (Tingleff et al., 2017). I 2010 og 2011 ble det utført en norsk offentlig utredning som så på lovverket til tvungen psykisk helsevern, med fokus på

pasientenes selvbestemmelse. Utredningen tar for seg mye av forskningen som foreligger på feltet. Det fremkom her blant annet at en tvangsinnleggelse kan oppleves traumatiserende og kan føre til mistillit til de psykiske helsetjenestene (NOU 2011:9, s. 118). I en annen norsk intervjustudie ytrer tidligere pasienter at de forsto at tvang var nødvendig i visse tilfeller, men synes tvangen varte for lenge og var ikke alltid enig i metodene som ble brukt. Pasientene i denne studien trekker også frem at det var viktig for de å bli behandlet som vanlige mennesker, at de ikke ble behandlet som diagnoser (Larsen & Terkelsen, 2014).

«Shared decision making» (SDM) er tanken om at helsepersonell og pasienter skal samarbeide om å ta felles beslutninger om behandlingen. SDM er bygget på å øke brukermedvirkning. En studie med intervju av ti tidligere pasienter med psykose i Norge viste derimot at pasientene ikke følte seg inkludert i beslutninger. Pasientene følte heller ikke at de fikk nok informasjon om behandlingen, medisinene og sykdommen (Haugom et al., 2022). En belgisk studie fant også at de ønsket mer human tilnærming fra helsepersonellet, og savnet mer åpenhet og informasjon (Verbeke et al., 2019). I hovedsak er pasienterfaringene av opplevd tvang negative, men det er også noen som trekker frem positive sider. Dette kan være at noen tok kontroll når de ikke klarte det selv, og at de innså at behovet for tvangstiltak var nødvendig i visse situasjoner (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2014). Det beskrives at empati og kommunikasjon var viktig for pasientene, og at nedverdiggende kommunikasjon fra helsepersonellet gjorde de negative følelsene sterkere (Tingleff et al., 2017). At helsepersonellet viste anerkjennelse og genuin omsorg gjorde opplevelsen av tvang lettere (Lorem et al., 2014).

2.2 Relasjonsarbeid

Som helsepersonell er man daglig i interaksjon med pasienter med ulike utfordringer. Mange av pasientene kan ha samme diagnose, men alle er unike individer med sin særegne historie. Historiene disse pasientene kan berette om kan være fulle av smerte og uro. Som helsepersonell lever vi også våre egne liv, med våre egne utfordringer. Derfor kan det være vanskelig å involvere seg i andres lidelse dersom man har nok med sine egne utfordringer. Som hjelpere skal vi imidlertid være empatiske aktører som viser forståelse for pasienten vi står ovenfor (Eide & Eide, 2017, s. 157; Hummelvold & Dahl, 2012, s. 422-423). Ofte kan modeller og teorier fremstå som et idealgrunnlag for hvordan vi møter mennesker og skal forstå hverandre i felleskap. Allikevel kan det være en

utfordrende posisjon å ta, da pasienten allerede eier sine egne utfordringer. Det kan være hensiktsmessig å tenke at vi skal prøve å sette oss inn i hvem pasienten er, og danne et intersubjektivt opplevelsesfellesskap ved å kommunisere og dele opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 41-42). Dette kan gi et mer åpent møte hvor man ikke tar over en pasients opplevelse, men kan gi grunnlag for å vise mer av seg selv (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 422-423). Det som har størst betydning for pasienter som har blitt friske fra alvorlige psykiske lidelser er hvem de møtte og relasjonen til støttespillerne de er i behov av. Relasjonskompetansen og hvordan de ble møtt var sentral i pasientenes opplevelse av hjelp (Aarre, 2018a, s.125-126). Hvis helsepersonellets egne utfordringer får prege samspillet mellom helsepersonell og pasienter kan det potensielt føre til utstrakt tvangsbruk, som igjen kan ødelegge etablerte relasjoner eller gjøre det vanskeligere å danne relasjon (Tingleff et al., 2017). Relasjonsetikk omhandler hvordan vi som mennesker bør være mot hverandre. Innholdet i relasjonsetikken dreier seg om ansvaret vi har i relasjoner med andre, og at det forgrener seg et moralsk ansvar om å ivareta det som er av betydning for den andre i møte med et annet menneske (Eide og Eide, 2007, s. 86). Litteraturen og forskningen på relasjonsarbeid belyser hvor viktig det er at helsepersonellet har fokus på egen praksis, og samspillet med pasientene.

Mentalisering er et begrep som omfatter forståelse om sinnet og mentale fenomener (Skårderud et al., 2018, s. 92). Som modell inneholder begrepet mentalisering fenomener og handler om sensitivitet for egne og andres følelser som er grunnlaget for sosial interaksjon og relasjonsbygging. I møte med andre mennesker i sosiale sammenhenger skjer interaksjonen på fortolkninger av hver enkelt deltager. Mentaliseringstradisjonen hevder at man aldri fullt ut kan forstå hverandre siden følelser er uklare og at subjektive tolkninger alltid vil inneholde usikkerhet. I det sosiale samspillet med pasienter kan helsepersonellets refleksivitet rundt mentalisering være hensiktsmessig å anvende. Ved å kunne ta et skritt tilbake og se situasjonen i et annet lys kan vi kanskje bearbeide og holde ut lidelsestrykket og regulere oss selv mer hensiktsmessig i møte med krevende pasienter. Dette kan være krevende da flere pasienter kan ha en kognitiv svekkelse som gjør mentaliseringsprosessen vanskelig. Relasjoner mellom helsepersonell og pasienter kan alltid slå sprekker når pasientene har alvorlige psykiske lidelser. For å kunne tilnærme seg helbredelsen av en relasjon igjen, beskrives en viktig terapeutisk intervensjon som å kunne si «unnskyld» (Skårderud et al, 2018, s. 92-96).

Innfor psykiatrien kan man basere forståelse og behandling av psykiske lidelser på to modeller. Den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen (Bøe & Thomassen, 2017, s.70-71). Den medisinske modellen har et overordnet behandlingsfokus på diagnosen som sykdom som skal helbredes, på samme måte som man ville kurert en infeksjon i somatikken. Den medisinske modellen tar for seg den konkrete diagnosen som foreligger. Modellen kan defineres som kontekstuavhengig, ved at modellen ikke tar høyde for pasienten sin livssituasjon, personlighet, sosiale relasjoner og verdier. Dette er et universelt syn på en hel gruppe pasienter som har samme form for diagnose, da noen medikamenter kan gi god effekt på f.eks. pasienter med en schizofreni lidelse. Grunnlaget i den medisinske modellen er kartlegging og diagnostisering der de ulike diagnosene utløser behandlingskriterier (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70-71; Aarre, 2018a, s. 35-36). Den kontekstuelle modellen er en motvekt til den medisinske modellen, og utfordrer tankesettet og praksisen knyttet til den. Selv om den beskrives som en modell, er ikke den kontekstuelle tilnærmingen til psykiske lidelser en modell i samme grad. Det baserer seg på at det ikke er et fast skjema som styrer behandlingsforløpet. Tanken bak den kontekstuelle tilnærmingen er at pasientens utfordringer må sees i lys av noe mer enn diagnoser (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71). Pasientens personlighet, livssituasjon og sosiale relasjoner må tas med i betraktningen. På bakgrunn av dette er den kontekstuelle modellen skeptisk til diagnosefokuset og dens ensidighet. Den kontekstuelle tenkemåten mener at symptomene som blir til en diagnose ikke oppstår alene, og ikke må tas ut av sammenhengen de oppstår i og hvordan det utvikler seg. En diagnose gir en indikasjon for hva pasienten har utfordringer med. Hvis vi skal bidra og være støttespillere i dette endringsarbeidet, trenger vi å utforske den enkelte pasienten. Denne utforskningen lar seg også bare gjøre om det er et gjensidig samarbeid. Her vil relasjonen i endringsarbeidet være avhengig av en gjensidig relasjon mellom helsepersonell og pasient, og kvalitetene i disse relasjonene er ofte viktigere for god behandling enn hva slags metode eller teknikk som anvendes (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70-71).

I forrige avsnitt gikk vi gjennom to måter å tenke på om hvordan man kan tilnærme seg og forstå psykiske lidelser. Ser man utover hvilke metode og tilnærming som har effekt, kan vi gå dypere inn i andre forhold som knytter seg til det som skjer i terapien. Rundt dette knyttes en samlebetegnelse som heter terapeutisk allianse (Bøe & Thomassen, 2017, s. 143-144). Dette går ifølge Bøe og Thomassen (2017) ut på at det er en profesjonell ramme i samhandlingen, hvor pasienten kan øve på hvordan man forholder seg til andre, fordi man er i en trygg kontekst som tester de

utfordringene som pasienten har eller vil møte på i det virkelige liv. En terapeutisk allianse vil derfor kunne differensieres fra en reell relasjon. Reelle relasjoner oppstår på bakgrunn av likeverdighet og har mer å gjøre med samspillet enn den profesjonelle behandlingstilnærmingen. Det vil si at det strekker seg utenfor psykologisk forståelse og metode. Denne formen for allianse er grunnlaget for et godt samarbeid i en terapeutisk kontekst. Det innebærer at det er en gjensidighet i tillit mellom terapeuten og pasienten. I tillegg er det også etablert tillitt slik at de i felleskap blir enig om mål og metoder i behandlingen (Bøe & Thomassen, 2017, s. 143-144). I en terapeutisk allianse er det ønskelig å skape ett trygt rom hvor pasienten kan ytre sin smerte. I det terapeutiske forholdet er det viktig at helsepersonellet som profesjonell aktør kan romme smerten i dette møtet. Dette henstilles til som en grunnleggende faktor for å fremme psykisk helse (Skårderud et al., 2018, s. 174).

Begrepet relasjon skiller seg fra den terapeutiske alliansen i form av at det inneholder noe mer enn et profesjonelt forhold. En relasjon kan beskrives som et bånd og deler en felles opplevelse av at en betyr noe for hverandre. Eksempler på slike forhold kan være gjennom følelsesmessige, tro og tanker og det kan henge sammen med opplevelser og felles aktiviteter. I boken til Bøe og Thomassen (2017, s. 144-147) tolkes det at relasjon er vanskelig å stadfeste som noe konkret, da det oppstår i samspill og må oppleves. Rammene som er tilstede i psykisk helsevern kan være et hinder for opprettelsen av gode relasjoner. Selv om det eksisterer motkrefter, må det være en iboende tro på at relasjoner fortsatt er mulig å oppnå. Å være personlig i møte med pasienter betyr ikke at man er utenfor en profesjonell kontekst. Det vil si at vi bruker oss selv slik at vår personlighet blir synlig i møte med pasienter. Tanken er at man kan tillate seg å dele noe av eget liv, eller rettere sagt innhold/historier som kan være relevante i samhandlingen. På denne måten trenger vi ikke nødvendigvis utlevere livene våres privat, men vi kan fortsatt tilføre en dimensjon som går på det personlige i relasjonen (Bøe & Thomassen, 2017, s. 144-147).

2.2.1 Carl Rodgers relasjonsteori

Prosjektet mitt tar utgangspunkt i blant annet Carl Rodgers relasjonsteori. Rodgers var en amerikansk psykolog som over tiår fra 1950 tallet utformet fire elementer knyttet til de mellommenneskelige relasjonene (Eide & Eide, 2017, s. 375). Disse var:

- Ubetinget respekt

- Empati
- Varme
- Genuinitet

Det trekkes frem at empati er den viktigste faktoren for god relasjonsbygging, som er avgjørende for behandlingsresultatet. Hvis en pasient ikke føler seg møtt eller forstått i henhold til sine utfordringer, vil dette kunne redusere utbytte av behandlingsoppholdet (Eide & Eide, 2017, s. 375). Empati beskrives som menneskets evne til å vise medfølelse, nærmere bestemt å leve seg inn i den andre sitt indre. Empati som begrep er knyttet til hvordan vi lever oss inn i historien som blir fortalt, å dele det andre menneskets emosjonelle tilstand. Dette beskriver Rodgers ifølge Røkenes og Hanssen (2012) som at vår subjektive opplevelse av situasjonen ikke vil bli lik som motparten, selv om vi viser empati (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181-182). Teorien er en ideell teori med fokus på et optimalt terapeut- pasient forhold som skal bidra til terapeutisk forandring. Målet er at relasjonen mellom helsepersonell og pasient skal kunne bli så fruktbar at man deler et opplevelsesfelleskap hvor hovedvekten av fokuset er på pasienten, men at tillitten er av så vesentlig grad at helsepersonellet kan bidra til refleksjon gjennom egenerfaringer og bekreftelse (Eide & Eide, 2017, s. 375-378). Det er kommet mer forskning siden den gang, men jeg syntes dette var en treffende grunnlinje å etablere for relasjoner mellom ulike individer. Det tradisjonelle synet på psykoterapi hvor terapeut hadde en passiv rolle, ble utfordret av Rodgers terapiform. Rodgers sin motsats til denne nøytrale tilnærmingen var å fremheve innlevelse, varme og ekthet som sentrale og viktige elementer i en god allianse. I de senere år har Rodgers terapiform gått bort i fra begrepet klientsentrert terapi, for å fremheve viktigheten av en likeverdige relasjon anvendes heller begrepet personorientert terapi. Denne forankringen har hatt en påvirkning på at vi snakker om personsentrert og ikke pasientsentrert omsorg i dag (Gustin, 2016, s. 277). Dette knytter seg også opp mot profesjonsrollen informantene har i sin hverdag. Å stå i en profesjonell rolle innebærer disse punktene i sin helhet, men allikevel kan man stå i ulike krysningspunkt hvor en blir satt på prøve.

2.2.2 Relasjon i arbeid med mennesker med psykiske lidelser

Som helsepersonell vil vi alltid stå i en maktposisjon ovenfor pasienten, da vi er giver av helsehjelp og de er mottaker (Eide & Eide, 2017, s. 26). Samtidig ser vi at relasjonen mellom helsepersonell og

pasient er av stor betydning for å hjelpe pasienten (Aarre, 2018a, s. 125). For at et individ skal kunne oppnå et autonomt selv er vi avhengige av ulike relasjoner. Rommet mellom individer åpner mange dører, både positive og negative. Hvis man ser på relasjonene mellom individer som avhengighetsforhold, der motparten kan gi tilbake en forståelse av deg selv kan det også dukke opp fenomener som makt og maktmisbruk i disse relasjonene. Dette maktforholdet beskrives i avhengigheten av validering fra en motpart, for å danne et forhold med deg selv.

Avhengighetsforholdet gir helsepersonellet makt til å være med på å definere pasientens opplevelser, tanker og følelser (Karlsson & Borg, 2013, s. 143). Dette kan knytte seg til forholdet mellom helsepersonell og pasient.

Innen helse og sosialsektoren handler profesjonsgruppene verne- og sykepleiere ofte om å fasilitere en eller annen form for forandring, eller opprettholdelse av funksjon hos mottakeren av helsetjenestene (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19). Typiske eksempler på dette kan være tanker, emosjonsregulering, holdninger eller atferd. For å kunne fremme vekst hos individene vi bistår, er det viktig å være bevisst i måten vi fremstår. Innenfor profesjonene som driver dette målrettede arbeidet, viser det seg at relasjons betydning ifølge Røkenes og Hanssen (2012) er meget sterk når det kommer til resultater i behandling. Ifølge systematiserte praksiserfaringer og undersøkelser hevdes det at relasjon er et mer sentralt element i suksessen i pasientbehandling, enn de instrumentelle, målrettede teknikkene og metodene fagpersonen bruker. En undersøkelse fra 1993 tok for seg betydningen av relasjonen mellom sosialarbeidere og klienter, og her kommer det frem at klientene understreker viktigheten av å bli forstått, og at sosialarbeiderne hadde troen på dem. Viktigheten av å bli tatt på alvor og bli møtt som et medmenneske var viktig for en god relasjon og et godt samarbeid (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19).

Relasjoner er et resultat av samhandling mellom individer. I en behandlingskontekst er det viktig at denne samhandlingen skaper forutsigbarhet, trygge rammer og at det gir en opplevelse av at situasjonen er genuin og troverdig. Dette er en hårfin balansegang profesjonsgruppene skal balansere. Det kan skape utfordrende og krenkende situasjoner hvis man går inn i temaer som er sensitive, hvor relasjonen ikke er bærende nok til å skape trygget. På samme måte kan det være problematisk å unngå sensitive temaer fordi man ikke ønsker å forringe en god relasjon, men dette kan bli paradoksalt da det kanskje akkurat er det individet trenger i den gitte konteksten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27-28).

Mennesker som er i behov av helsehjelp står allerede i en sårbar situasjon. Å skulle ta i mot hjelp kan være vanskelig da det går på individets integritet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179). I møte med fagpersoner kan konteksten være ladet fra start fordi mye kan oppleves fremmed og usikkert. Ved å være åpen, utforskende og vise forståelse i det intersubjektive fellesskapet kan man kunne komme med konstruktive tilbakemeldinger. Da snakker vi om tilbakemeldinger som kan være vanskelig å høre, eller krenkende om det kom fra en annen som ikke har en godt etablert relasjon. Når tillitten blir stor nok mellom fagperson og pasient kan man komme til det punktet at pasienten tar i mot potensielt kritiske kommentarer, som man kan bygge videre på i det terapeutiske bildet. Det er meget essensielt at vi kan vurdere hvor godt slike tilbakemeldinger vil bli tatt i mot med tanke på relasjonenes forankring, da det kan gi totalt motsatt effekt hvis man ikke treffer. Da kan kritiske kommentarer føre til avvisning eller potensiell sarkasme (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179).

I møte med pasienter med psykiske lidelser må terapeuten jobbe mye med seg selv, da man tar del i tunge følelser og smerteuttrykk. I disse situasjonene er det viktig at terapeuten er bevisst i seg selv og sin rolle. Hvis man mister seg selv i krevende øyeblikk som trenger ekstra skarphet kan det være en forklaring på hvorfor den terapeutiske relasjonen faller gjennom. Det vil si at pasienten kan oppleve å få det verre hvis vi ikke er godt regulert i rollen vi utøver. Hvis slike følelser blir trigget i helsepersonellet kan dette føre til en form for utagering fra helsepersonellets side. Allikevel vil dette skisseres som noe som var nødvendig i øyeblikket og legitimert som behandling. Resultatet av en slik situasjon er at pasienten kan oppleve å bli krenket eller retraumatisert (Skårderud et al., 2018, s. 125-127).

2.2.3 Forskning på relasjonsarbeid med pasienter i psykisk helsevern

Helsepersonells innstilling til bruken av tvang i psykisk helsevern har endret seg de siste tiårene. Tidligere ble tvang sett på som et behandlende tiltak, til nå å bli sett på som et nødvendig onde for å ivareta sikkerheten til helsepersonellet (Doedens et al., 2014). En kvalitativ studie av helsepersonell på en norsk åpen psykiatrisk institusjon beskriver deres fokus på relasjonell praksis. I relasjonsarbeidet med pasientene svarer helsepersonellet at de har stort fokus på å møte pasientene som enkeltindivider, der de gjør seg tilgjengelig for pasientene og forsøker å

ansvarliggjøre de i egen behandling (Næss & Biong, 2014). En annen norsk kvalitativ studie forklarer at helsepersonell er bevisst på hvordan ord som anvendes i møte med pasientene (Thorbjørnsen et al., 2014). Begrepet inntoning kan i terapeutisk kontekst brukes om helsepersonellens tilnærming og forsøk på å danne en relasjon med pasientene (Myklebust et al., 2022). Det vises i kvalitativ forskning et stort fokus på det relasjonelle i møte med pasientene i psykisk helsevern (Myklebust et al., 2022; Næss & Biong, 2014; Thorbjørnsen et al., 2014). Samtidig ser man at det er lite dokumentert i pasientenes journaler hvordan inntoning og relasjonsarbeid som benyttes i møte med pasientene (Myklebust et al., 2022). En stor internasjonal metaanalyse (Doedens et al., 2019) av helsepersonells innstilling til bruk av tvang i psykisk helse viste at innstillingen til tvang hadde betydning for beslutningene rundt tvangsbehandling. Det fremkom også at et behov for andre og mildere tiltak enn eksisterende former for tvang, samt at erfaring og trygghet i personalet hadde innvirkning på bruken av tvang (Doedens et al., 2019).

3 Metode

Forskningsmetode er verktøyene man bruker i søken etter ny kunnskap (Larsen, 2017, s. 17). Studien jeg har gjennomført er en kvalitativ intervjustudie. Jeg vil i dette kapitlet gå inn på bakgrunnen for valg av metode, beskrive prosessen og måten studien er gjennomført på, samt reflektere kritisk rundt utfordringer knyttet til metoden.

3.1 Valg av metode og design

Forskningsprosjektet er av kvalitativ metode, med et intensivt design som undersøker i dybden fra et fåtall av informanter (Busch, 2021, s. 52; Thagaard, 2018, s. 59). Bakgrunnen for valgt forskningsdesign er at problemstillingens art gjorde at det var naturlig å innhente subjektive erfaringer, gjennom å innhente informasjon fra profesjonsutøvere (Busch & Busch, 2021, s. 52-53). Jeg ønsket informantenes subjektive opplevelse knyttet til relasjonsarbeidet i arbeidet med pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern. Derfor er forskningsprosjektet basert på en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Thagaard, 2018, s. 36-37). Samtidig er det benyttet induktiv metode, som beskrives som at man i minst mulig grad har en hypotese eller forventning til det man ønsker å finne (Busch & Busch, 2021, s. 51). Ved at jeg kan innhente erfaringer får jeg muligheten til å formulere teorier på bakgrunn av erfaringene som informantene deler (Thomassen, 2006, s. 48-49).

3.2 Utvalg

Strategisk utvelging ble benyttet, ved at jeg søkte informanter som hadde erfaring og kompetanse til å belyse og svare på problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 58). På grunnlag av oppgavens omfang hadde jeg tatt sikte på å rekruttere tre til fem informanter. Det ble funnet tre informanter fra tre avdelinger. I utvalget var det to inklusjonskriterier knyttet til profesjon og ansettelsestid. Informantene skulle være utdannet med minimum bachelor i sykepleie eller vernepleie, da disse profesjonene gjennomfører selve behandlingstvangen. Disse har i tillegg medisinkompetanse til å blant annet sette tvangsinjeksjoner. Tvangsmedisinering er en stor del av behandlingstvangen som gjøres i psykiatriske institusjoner (Jardim et al., 2021, s. 15). Valget om at informantene skulle ha minst ett års klinisk erfaring fra slik avdeling var for å sikre at de har nok erfaring i utførelsen av behandlingstvang, samt deltatt på behandlingsmøter der tvangstiltakene drøftes. Grunnen til at jeg

har fokusert på to ulike profesjoner er at de gjerne har sammenfallende oppgaver og ansvarsområder innenfor psykiatrien. Det vil innebære at begge profesjoner har ansvarsvaks funksjon, medikamentell oppfølging, primærkontaktfunksjon for ulike pasienter og er ansvarlig ved gjennomføring av tvangsvedtak. Det var viktig for meg å fokusere på de som står nærmest pasientene i arbeidshverdagen, og samtidig er de som utfører tvangsbehandlingen. En av de tre informantene hadde jobbet på avdelingen rett over et år, en hadde 12-13 års erfaring i arbeid med pasienter underlagt behandlingstvang og den siste hadde nesten 20 års erfaring på feltet. Det har ikke vært fokus på hvilket kjønn informantene har, da det ikke har vært ansett som relevant for resultatene jeg søker etter.

3.3 Datainnsamling

Prosjektet ble utført på en institusjon som er spesialisthelsetjeneste innenfor spesialpsykiatri. Forskningsavdelingen til helseforetaket ble først kontaktet for avklaring og tillatelse for gjennomføring av prosjektet, samt utdanningsavdelingen som opprettet et område og mappe for prosjektet. Det ble opprettet kontakt med ledelsen ved aktuelle avdelinger for å søke etter informanter. Avdelingsleder og fagutvikler bisto i arbeidet med å finne informanter som kunne stille til intervju.

På grunnlag av at jeg ønsker å studere helsepersonells meninger og erfaringer i problemstillingen, ble det valgt å benytte dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode (Larsen, 2017, s. 105; Tjora, 2012, s. 100). Det ble vurdert fokusgruppeintervjuer, men dette så seg vanskelig å praktisk gjennomføre grunnet ressursbruken på avdelingene. Dette baserer seg på avdelingens risikoanalyse, og at det er vanskelig å frigjøre så mange informanter på en og samme tid med hensyn til sikkerhet og organisatoriske årsaker. Å få informanter til å delta utenom arbeidstid viste seg også vanskelig. Tidsbruken på intervjuene ble på forhånd beregnet til cirka en time, alle intervjuene holdt seg innenfor denne tidsrammen. Innenfor denne tidsrammen viste det seg å være god nok tid til å få fram og belyse erfaringer gjennom refleksive faser. Intervjuene ble basert på åpne spørsmål, og det var derfor ikke en fastlåst ramme i gjennomføringen. Informantene hadde mulighet for å gjøre digresjoner, som kunne vise seg relevant og sentralt i informantens egenopplevelse (Tjora, 2012, s. 104). Hensikten var å gi informantene frihet til å utdype temaer de anså som viktige, og kunne bidra til å gi et bedre bilde av erfaringer og holdninger til tematikken

(Larsen, 2017, s. 100) enn om det kun var fastlåste spørsmål som skulle besvares. En ulempe med en løsere ramme er at intervjuet kan bli forlenget, og det stilles krav til at intervjuer må holde tråden slik at informanten ikke blir sliten hvis det drar ut i tid (Tjora, 2012, s. 107).

Intervjuguiden ble utarbeidet i samråd med veileder for å sikre godt formulerte og åpne spørsmål. Den viktigste informasjonen fra informasjonsskrivet ble gjentatt i starten av intervjuet, før informantene introduserte seg med sin bakgrunn og arbeidserfaring. Informantene ble deretter spurt om hvilke typer tvang de hadde vært med på å gjennomføre i avdelingen, før det ble stilt mer inngående spørsmål rundt informantens erfaringer og refleksjoner til problemstillingen. Mot slutten ble det stilt spørsmål av mer nøytral karakter for å avstemme intervjuet, for eksempel om informanten fant arbeidshverdagen som meningsfylt på tross av at de kan møte på motstand til behandling. Til slutt ble alle informantene spurt om de hadde fått fortalt alt de ønsket rundt problemstillingen, eller om de hadde noe å legge til. Oppbygningen av spørsmålene var med tanke på å bygge en tillitvekkende og trygg arena for refleksjon og selvrefleksjon. Jeg var bevisst på å holde intervjuet meningsnøytralt fra intervjuers side, for å ikke overføre meningsinnhold til informantene (Thagaard, 2018, s. 100-101). For å få til dette ble det brukt aktiv lytting og bekræftende dialog, og finne en balanse på dette for å ikke påvirke informanten i en retning. Tillit til intervjuer er sentralt for en god og fortrolig dialog, og en løsere ramme i dybdeintervjuet kan gjøre informanten mer komfortabel i delingen av informasjon.

3.4 Analyse

Etter intervjuene ble de transkribert i sin helhet. Som analyseverktøy ble det brukt systematisk tekstkondensering (STK) (Malterud, 2012). De fire analysestegene består av totalinntrykk, identifisering og sortering av meningsinnhold, kondensering, og syntesering. Analysestegene skal til sammen gjøre at intervjumaterialet kan danne kondenserte konsepter. Dette skjer gjennom en trinnvis prosess hvor man analytisk gjennomgår transkriberingen av datamaterialet. En slik prosess er omfattende, da gjennomgangen aldri er helt lineær. Det vil si at jeg har måtte jobbe meg gjennom de ulike trinnene, for så å gå tilbake for å se om det stemmer med meningsinnholdet til informantene. Dette er med på og gi et godt oversiktsbilde, samt at det bidrar til refleksjoner hos meg som gjennomgår datamaterialet grundig. Det er også med på å selektere ut potensielle forutinntagelser som kommer med i kondenseringen av datamaterialet, forutinntagelser som går på

forforståelse uten at man tenker over det selv. Totalt sett i en slik gjennomgang så jeg viktigheten av å bruke god tid på analysen, slik at informantenes erfaringer blir representert i deres hensikt.

I første steg skal man danne seg et totalinntrykk, dette trinnet er beskrevet som at man går fra kaos til temaer (Malterud, 2012). Jeg begynte prosessen med å lese gjennom transkriberingen av intervjuene i sin helhet, noe som ga et oversiktsbilde. Ut i fra inntrykkene jeg satt igjen med etter gjennomlesingen ble det utformet fire hovedtemaer. Disse temaene var former for tvang, pasientenes reaksjon og sykdomsinnsikt, relasjonsarbeidet og refleksjoner rundt helsepersonellens rolle. Selv om jeg følte at jeg husket mye av innholdet fra intervjuene, var det nyttig med en gjennomlesing i flere omganger der jeg forsøkte å danne et godt oversiktsbilde over informantenes erfaringer.

Etter at jeg hadde gjennomlest transkriberingene gikk jeg over i trinn to. Her startet jeg med identifisering og sortering av meningsinnhold. I dette trinnet begynte jeg å utarbeide koder innunder hvert tema. Dette var en omfattende prosess hvor det ble nødvendig å legge til koder underveis. Grunnen til ekstra koder var at jeg fant sentrale temaer som de ulike informantene valgte å vektlegge, og som var viktig å ta med videre i arbeidet for å kunne svare opp problemstillingen. Totalt sett ble det anvendt 17 ulike koder. Noen av svarene fra informantene kunne passe under flere av kodene, i disse tilfellene ble det i første omgang lagt innunder begge kodene. Kodene med overlappende innhold ble videre bearbeidet i neste trinn.

Når kodingen var gjennomført var det tid for å gå videre til kondensering- fra koder til mening. I denne prosessen var hensikten at kodene skal omdannes til meningsinnhold (Malterud, 2012). Måten jeg gjorde det på var å skrive et resyme fra det totale innholdet fra hvert enkelt intervju under hver kode. På denne måte kunne jeg få et bredere oversiktsbilde over de ulike informantenes fokusområder, samtidig som jeg kunne sammenligne erfaringene deres på en oversiktlig måte. I denne prosessen ble også de overlappende kodene strukturert på nytt. Noen av kodene ble slått sammen, og noen steder ble overlappende innhold fjernet fra en av kodene. Her måtte jeg gå tilbake til transkriberingen og se hvor innholdet passet best. Denne struktureringen ble gjort fordi det ble uoversiktlig når et av informantenes svar var representert under flere koder. Derfor ble det viktig å spesifisere hvilket konkret innhold det var i svaret slik at det representerte kodegruppen den falt under.

Når jeg hadde oversikt gjennom resymeene rettet jeg fokus mot det siste steget i STK, som er syntesering - fra kondensering til beskrivelse og konsepter. I dette steget ble funnene analysert. Det vil si at den kondenserte oversikten fra trinn tre, ble til beskrivelser og konsepter (Malterud, 2012). Dette ble gjort ved å skrive en sammenhengende tekst i tredje person, der jeg under hvert tema arbeidet med hvordan resultatene skulle fremstilles i oppgaven. Her ble konseptene beskrevet, der sitater ble brukt for å understøtte analysefunnene. For at ikke meningsinnhold skulle gå tapt eller misforstås ble det ofte sett tilbake på transkriberingen for å passe på at meningsinnholdet ble forstått i riktig sammenheng. Det var viktig at denne analysen ble gjort grundig før resultatene kunne bli drøftet mot relevant teori (Malterud, 2012).

Tabell 1-1) Eksempel fra analyseprosessen

Kode	Meningsinnhold (kort utdrag fra kodenets resyme, trinn tre i STK)	Hovedfunn
Samarbeid	En informant trekker frem samarbeid med leger som viktig for å ivareta relasjonen med pasientene. Det kan være viktig at legene fremmer tvangsvedtakene for pasientene, så ikke helsepersonellet får all skylden. En annen informant trekker frem at samarbeid med pasienten for å spille inn kollegaer kan være behjelpelig hvis pasienten får god relasjon til noen i personalgruppa.	Relasjon dreier seg om samarbeid med pasientene, men også om samarbeid mellom behandlere/legene og andre kollegaer. Dette samarbeidet kan styrke relasjonene med danner med pasientene.
Relasjonsbyggende tiltak	Alle informantene trekker frem at å tilbringe tid med pasientene er et godt relasjonsbyggende tiltak. Å være innbydende til samtaler, spise sammen, gå turer når pasient har utgang (lov til å forlate avdelingen) og utforske pasientens interesser. Det legges vekt på å være ærlig, samt anerkjenne og validere pasientenes meninger.	Relasjonsbyggende tiltak som brukes er å tilbringe tid med pasienten. Det er fokus på kommunikasjon i form av å anerkjenne og validere pasientens meninger og tanker.

	<p>To informanter forteller at de bruker å få hjelp til å sette tvangsmedisinering fra andre avdelinger når det er mulig, for å forsøke å beskytte relasjonen.</p>	<p>Grunnet pasientenes motivasjon rundt tvangsmedisinering brukes helsepersonell fra andre avdelinger i disse situasjonene.</p>
--	--	---

3.5 Søkehistorikk

I prosessen for å finne relevant forskning startet jeg veldig åpent for å se hva som eksisterte av vitenskapelige artikler på feltet. Dette gjorde jeg gjennom databasene PubMed, Idunn, Tvangspub, Helsebiblioteket, og WebofScience.

Det ble skrevet søkelogg og gjennomført strategiske søk etter planlagte søkeord. Eksempler på søkeord som ble brukt var tvangsbehandling, relasjon, psykiatri og tvungen psykisk helsevern. Det er også anvendt flere kombinasjoner av søkeord etter hvert som man fant relevant artikler, dette er ytterligere beskrevet i søkelogg vedlegg tre. Som avgrensning ble det satt at artiklene skulle være fagfelleurdert og ikke eldre en 10 år. Grunnen til at jeg har avgrenset artiklene til 10 år er at jeg ønsker å ha oppdatert forskning, som følger utviklingen innenfor fagfeltet da det er i konstant bevegelse. Når det ble funnet relevante artikler ble det gjennomført ulike kombinasjoner med eventuelle nye søkeord. Via snøballmetoden ble det også inkludert andre relevante artikler via søkeresultatene. I begynnelsen av prosjektet var søkene mer rettet mot tvangsbehandling, før der ble søkt mer konkret etter relasjonsarbeid innen psykisk helsevern.

3.6 Metoderefleksjon

Alle metoder eller tilnærminger har styrker og svakheter, og anvendelsen av metode spisses mot hva man ønsker å belyse. I min studie har det vært ett fokus å få belyst helsepersonellens erfaring om relasjoner og tvang. En induktiv metode der man ikke har en hypotese, anser jeg som hensiktsmessig for å kunne besvare og belyse problemstillingen fra en kvalitativ orientering. Samtidig finnes det også svakheter til denne tilnærmingen. Gjennom intervjuer av ett gitt utvalg hvor alle er enige om samme utfordring, betyr det ikke at det har en overføringsverdi for resten av

populasjonen. Humes problem beskriver dette ved at man ikke kan trekke slutninger fra tidligere erfaringer, til fremtidige hendelser (Thomassen, 2006, s. 50). I en kvalitativ studie trenger man et godt nok utvalg for å undersøke problemstillingen. Samtidig vil man nå et metningspunkt der man ikke vil kunne analysere og innhente nye perspektiver rundt problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 59). Det ville vært ønskelig med flere informanter i studien, for å kunne komme nærmere et metningspunkt fra innsamlede data.

Oppgaven favner et bredt tema som kunne hatt en avgrensing knyttet til et spesifikt tvangstiltak i psykisk helsevernloven. Grunnen til at jeg har valgt og ha et bredt fokus på tvang i psykisk helvernloven, er at det ikke er tvangstiltakene som er hovedfokuset i oppgaven. Relasjonsbetyding i behandlingen er det sentrale fokuset. Tvang er en sekundærfaktor i oppgaven, en uunngåelig faktor å møte på i arbeid med tvangsinnlagte på institusjon. Derfor har det vært spennende å skulle utforske hvordan tvangen spiller inn i opprettelsen av relasjoner, samtidig hvordan det har innvirkning på relasjoner som allerede er etablert. Hvis det skulle vært konkretisert en form for tvang, f.eks. §4-4 tvangsmedikasjon, kunne jeg gått glipp av mange gode resonnementer i informantenes erfaringsgrunnlag. Livet i avdelingene er dynamiske og potensiell tvang kan trigges av flere uventede faktorer, og derfor tenker jeg det er vanskelig å begrense seg til en spesifikk form for tvang. Derfor har jeg introdusert psykisk helsevernlovens innhold, men ikke konkretisert dette noe mer, utenom de tilfellene det er relevant opp mot informantenes erfaringer fra intervjuene.

Oppgaven har en hovedvekt av studier som er gjort i Norge. I søkene mine fant jeg også flere internasjonale studier som hadde relevant innhold for å besvare problemstillingen. Siden hovedfokuset i oppgaven omhandler helsepersonellens relasjon til pasientene har jeg vurdert at disse er relevante å ha med. Bakgrunnen for dette valget er at mellommenneskelige relasjoner kan diskuteres på tross av lovverk. Samhandling blir ikke definert på samme måte som en lovtekst, og derfor tenker jeg det er hensiktsmessig å trekke inn disse perspektivene. I de vitenskapelige artiklene er det flere temaer som står sentralt i henhold til det informantene løfter frem av erfaringer og i annen teori. I en norsk offentlig utredning henstilles det til at det er vanskelig å adaptere internasjonal forskning på tvangsbehandling da lovverket er ulikt på tvers av landegrensler (NOU 2011:9, s. 117). Samtidig er psykisk helsevernloven anvendt som kunnskapsgrunnlag i oppgaven da den er en forutsetning for tvang på institusjon, men dog er det ikke lovverk som skal diskuteres fra det teoretiske rammeverket. Artiklene som er av internasjonal opprinnelse nevner

også former for tvang og disse tiltakene har vært sammenlignet på lik linje som mulighetene for tvang i Norge.

3.6.1 Forforståelse/intersubjektivitet

Gjennom oppbygningen av oppgaven har jeg fokusert på at min forforståelse i minst mulig grad skal prege analysen og dermed resultatene. Jeg har vært opptatt av at meningsinnholdet til informantene skal bli ivaretatt for det det er, og ikke tilpasse det til hva jeg mener det burde representere. Den empiriske informasjonen jeg har fått fra informantene vil drøftes mot gjeldene teori. Jeg har benyttet teorien på feltet i den grad det er presentert, og ikke tilpasset mine behov for resultater i oppgaven. Dette handler om å være redelig og etterrettelig når det gjelder eksisterende forskning på temaet, og ikke søke en subjektiv overbevisning om noe annet enn hva svarene gir (Thomassen, 2006, s. 98). Jeg vil i så objektiv grad jeg kan presentere ervervet kunnskap i den hensikt det er presentert. Et spesielt viktig punkt jeg fokuserte på var at ikke informantenes svar ble tolket videre utover det de faktisk sa, og jeg måtte passe på at ikke min forforståelse og tanker preget analysen. Dette har vært diskutert med veileder samt blitt ettergått av meg selv i flere omganger, slik at resultatene blir fremstilt så nøytralt og objektivt som mulig. Fagutvikling skjer ikke i et vakuum, og er avhengig av breddekunnskap fra flere parter. For å være tro mot fagfeltet må en være på søken etter den kunnskapen som kommer frem. Derfor er det viktig at en ikke gjør en egen dreining for å passe eget narrativ.

3.6.2 Validitet og reliabilitet

I en kvalitativ studie som jeg har gjennomført ser vi på validitet som bekreftbarhet, troverdighet og overføringsverdi. Validitet i en kvalitativ studie vil omhandle at det jeg ønsker å undersøke, faktisk blir undersøkt. Det vil si at det som blir konkludert med er valid på bakgrunn av datasamling som er relevant for problemstillingen (Larsen, 2017, s. 93). I forarbeidet ble det grundig utarbeidet spørsmål som i størst mulig grad var med på å gi meningsgrunnlag for det som faktisk undersøkes, noe som gjør at man enten kan bekrefte eller avkrefte våre funn. For å sikre validiteten i dette prosjektet var det derfor viktig å jobbe godt med en intervjuguide som sikret at spørsmålene som skulle stilles var gode nok for å svare på problemstillingen. Alle spørsmål ble drøftet i flere runder med veileder, for å sikre at de var godt formulert og omhandlet alt man ønsket å finne ut av. Det

var i denne sammenheng også viktig å være tro mot intervjuguiden og spørsmålene som var utarbeidet. Dette var for å sørge for at alle fikk mulighet til å svare på de samme spørsmålene, samt å kunne utdype der de ønsket det. For at funnene i studien skulle være troverdige var det viktig at jeg var tro mot informantenes svar i analyseprosessen. Svarene skulle presenteres slik de ble uttrykt, ikke fortolkes og tillegges en mening som ikke fremkom. I slike intervjustudier kan det være vanskelig å måle validitet (Larsen, 2017, s. 94). Fokuset mitt for å sikre god validitet har i hovedsak vært å utforme gode spørsmål i intervjuguiden, samt å være tro mot svarene til informantene.

Reliabilitet omhandler påliteligheten i hele prosjektets ramme, altså hvor valid totalgjennomføringen er (Larsen, 2017, s. 94). Det ble forsøkt å legge opp til en gjennomtenkt prosess og godt gjennomført datainnsamlingsmetode, for å etterstrebe god reliabilitet i studien. Målet var at datainnsamlingen skulle være en strukturert og systematisk prosess, så transparent som mulig. Informasjonen som ekstraheres fra informantene må presenteres for hva det faktisk er. I henhold til den kvalitative orienteringen til oppgaven vil reliabiliteten i større grad omhandle pålitelighet. For å styrke reliabiliteten ville det vært en fordel om flere var med i analyseprosessen, men dette lot seg ikke gjøre i dette masterprosjektet. Grunnen til dette er at forskningsprosjektet er et selvstendig arbeid som skal gjennomføres, og det vil derfor ikke være mulig å ha med-forskere som gjennomgår de samme prosessene. En løsning var å drøfte resultatene med veileder, selv om veileder ikke var direkte inne i praktisk utførelse av intervjuer eller analysering. Derfor ble det lagt stor vekt på nøyaktighet i datainnsamling og analyse, slik at prosessen ble så transparent som mulig (Larsen, 2017, s. 93-95).

3.7 Forskningsetiske betraktninger

Det er essensielt at personvernopplysningene til informantene behandles på korrekt måte. Fordi informantene måtte underskrive samtykkeskjema og at intervjuene ble tatt opp er det å regne som personopplysninger. Derimot skulle jeg ikke innhente sensitive personopplysninger (SIKT, 2023). Personvernombud ved USN ble kontaktet for koordinering av sikker lagring av data via USN safe. Taleopptaker på USN safe ble brukt i lydopptak, samt en diktafon som backup. Samtidig ble det søkt til SIKT, og godkjenning fra personvernombudet i helseforetaket (referansenummer SIKT 700210, referansenummer personvernombud i helseforetaket 25396731).

Av forskningsetiske hensyn er det fire hovedpunkter det ble fokusert på, informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle. Informantene skal få nok utfyllende og konkret informasjon om prosjektet til å ta et informert samtykke. For å oppfylle dette må det informeres om fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet, og at informantene forstår at de deltar frivillig og når som helst kan trekke tilbake sitt samtykke (de nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Kvale et al., 2009, s. 86-88). Utarbeidelsen av infoskriv ble gjort på grunnlag av disse betraktningene, og SIKT sin mal for informert samtykke ble tatt i bruk for å sikre at nødvendig informasjon var med. I tillegg ble dette informert om i introduksjonen av de enkelte intervjuene. Man skal ivareta anonymitet, og dataene informantene bidrar med skal ikke ha noen negativ konsekvens for deres privatliv (de nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Kvale et al., 2009, s. 90). I tillegg foregikk intervjuene et annet sted enn i avdelingen, med et tidsintervall mellom intervjuene. Det ble heller ikke brukt navn på informantene i datamaterialet eller transkriberingen. På denne måten ble det lagt til rette for å ivareta personvern og anonymitet.

En annen forskningsetisk vurdering var at prosjektet skulle ha et så lavt skadepotensial som mulig. Nytteverdien i slike forskningsprosjekter må ses opp imot eventuelle negative konsekvenser som kan påfalle informant eller gruppen (Kvale et al., 2009, s. 91). I denne studien ble det ikke spurt om spørsmål knyttet til privatlivet til informantene, eller inngående detaljer om pasientene som enkeltindivider man kan identifiseres på. Dermed ble det ansett å være ingen eller få negative konsekvenser for informantene.

I min rolle som forsker måtte jeg forsøke å være så objektiv som mulig. Som en reflektiv aktør i moralsk forstand, måtte min forforståelse og mine holdninger legges til side, slik at det ble dannet et bredt bilde i henhold til problemstillingen. Jeg måtte forholde meg lojal til funn, uavhengig av om det passer min forforståelse eller ikke. På denne måten kan forskningsprosjektet ses som en transparent prosess (Kvale et al., 2009, s. 91). Fordelen rundt dette i denne studien er at det ikke er en hypotese som skal støttes eller forsøkes avkreftet. Med tanke på at mitt arbeidssted er samme sykehus som studien er gjennomført, ble informantene valgt ut fra en annen avdeling. Dette med tanke på at jeg ikke hadde en relasjon til informantene, avdelingen eller deres administrasjon fra før.

4 Resultater

Resultatene er inndelt i hovedkategoriene tvang, tvangens påvirkning på relasjon, relasjonsarbeid og til slutt informantenes profesjonsrolle.

4.1 Tvang

Alle pasientene som blir innlagt på avdelingene informantene jobber på i spesialpsykiatrien er der på tvang. Det er noen pasienter som møter opp til poliklinisk time, og disse blir også formelt innlagt i den tidsperioden som er nødvendig i henhold til observasjon. Det er tydelig at tvang er et bredt spekter innenfor psykisk helsevernloven, og at samtlige informanter har vært med på alle gjennomførte av tvang. Utøvelsen av tvang starter allerede når pasienten får fattet et vedtak på §3-3-tvungen psykisk helsevern. Det betyr at du blir innlagt på sykehus i døgnopphold. Det vil si at du formelt må være på sykehus bak låste dører uten mulighet for utgang med mindre pasienten får samtykke fra behandler. §3-3 kan alene være med på å utløse mer tvang da pasientene ikke ønsker dette selv, og setter seg til motverge ifølge informantene. Dette gjør at man potensielt må fysisk inn å regulere pasienten, og da beveger vi oss inn i §4-8. Alle informanter har vært med på å gjennomføre alle ledd i denne paragrafen. Den er bygget opp på prinsippet om nødrett og er flerleddet med bokstav a, b, c og d (se teorikapittel for utfyllende informasjon). To av informantene forteller også at de har gjennomført §4-5 hvor man kan begrense kommunikasjon med omverdenen, samt ransakelse av rom og person uten samtykke.

4.1.1 Pasientenes reaksjoner på tvang

Alle informanter sier at pasientene gir en eller annen form for reaksjon når de blir utsatt for tvang. I hovedsak er derfor informantenes erfaring at pasientenes reaksjoner er av negativ karakter. Reaksjoner på tvang kan f.eks. være en følelse av overgrep, krenkelse og kan øke grad av angst og paranoide vrangforestillinger. To informanter sier at reaksjonene er så sterke i uttrykk fordi pasientene dette skjer med er så fundamentalt uenig i at de trenger medisiner. «Slik jeg forstår det når de først kommer til oss, så opplever de nok ofte det som et overgrep. Da er de jo i utgangspunktet ikke enige i at de skal få den medisinen».

En informant opplever også direkte negative konsekvenser for seg selv i etterkant av tvangsutsettelse. Dette kan komme i form av trusler, at pasienten forsøker å ta bilde av personalet eller at pasienten blir fysisk utagerende mot personalet. Informanten forklarer at pasienten ofte reagerer sterkere på helsepersonellet som må administrere injeksjonen, og ikke alle de andre som er i rommet som må fysisk regulere pasienten i situasjonen.

«Det er veldig mange som opplever det som en krenkelse på seg selv. For det er ofte fem stykker som også er rundt og holder, også kommer jeg og trekker ned buksen. Så bryr de seg ikke så mye om de andre rundt, da er det meg som faktisk gjennomfører handlingen».

4.2 Tvangens innvirkning på relasjon

Alle informanter er enige om at tvangsbehandling er en negativ faktor for relasjonsskapende arbeid. «Det at man har opparbeidet seg en relasjon, så er man jo syndebukken som må sette den depoten [planlagt langtidsvirkende medikament, jf. Psykisk helsevernloven, 2001, §4-4] som ødelegger så mye for den relasjonen man har bygget opp». Samme informant forteller senere direkte at allerede opprettede relasjoner har blitt ødelagt på bakgrunn av tvang. «Jeg har ødelagt en del relasjoner på at jeg må gjennomføre det. Det har jeg. Å måtte gjennomføre noe de stritter veldig imot». To informanter forteller også at det har en variasjon i hvor langt ut man er i behandlingen og hva slags syn pasienten har på tvangen. Noen pasienter uttrykker takknemlighet for at noen hjalp dem med å ta kontroll når de er tilstrekkelig tilfrisknet. «Det har vært ganske mange oppgjennom som har sagt at jeg trengte at du og dere tok kontrollen».

En informant forklarer at vedkommende har erfart at det kan forekomme traumer i etterkant av tvangsutsettelse, og det kan komme utsagn om mistillit til helsepersonellet. Alle informanter utdyper at det er viktig å reflektere over hvordan man tilnærmer seg pasienter som skal bli utsatt for tvang. De forteller at god tilnærming kan være med på å ikke forringe relasjonen i like stor grad, med tanke på at dette er oppgaver man må gjennomføre som helsepersonell. «Hvis man i relasjonen med pasienten på en måte legger ned loven, og forteller at hvis du utagerer f.eks. så kan det hende at vi blir nødt til å fastholde og de tingene. At man er konsekvent og tydelige på det, så trenger ikke det nødvendigvis ødelegge relasjonen for det. For da er du forutsigbar».

4.2.1 Sykdomsinnsikt

Alle informanter sier det ut fra deres vurdering ser ut til at en overvekt av pasientene har lav grad av sykdomsinnsikt. «For disse menneskene er det helt reelt at de ikke ser noen grunn til at de må ha det her. Og da er det jo noe hvordan du skal møte det som helsepersonell, den innstillingen, denne motstanden som ofte kommer til uttrykk». I den akutte fasen er det få pasienter som uttrykker en forståelse for hvorfor de blir påtvunget behandling, og er fundamentalt uenig i at de trenger tvangsmedisinering. Ifølge informantene ser de etter hvert som pasienten har vært inneliggende på avdelingen underveis en endring i dette for noen pasienter. Informantene beskriver også en erfaring med at det etter hvert som symptomtrykket avtar er større sannsynlighet for at pasientene åpner for en forståelse for hvorfor de trengte den hjelpen de ble påtvunget. En informant sier også at det er ulikt i hva slags tilstand pasienter kommer inn i, og det har blitt opplevd at pasienter beklager seg for tidligere episoder eller hendelser ved reinnleggelser. «Så har jeg også gjort meg erfaringer med nettopp denne pasienten som kommer inn en annen gang igjen, og sier beklager at jeg prøvde å slå deg den ene gangen. Da var jeg litt syk og det var ikke greit».

En informant forteller at «noen skjønner jo at det er litt unormale tanker de har, og andre har ikke innsikt i det hele tatt. Og når man prøver å danne en relasjon så kan det være vanskelig». En annen informant beskriver også at sykdomsinnsikten er en påvirkningsfaktor i arbeidet med å kunne opprette og/eller opprettholde relasjonene. To informanter sier at det ofte er knyttet paranoide vrangforestillinger til behandlingen de blir foreskrevet. Det kan f.eks. være forgiftningstanker eller frykt for å bli tatt livet av. «Vi hadde en pasient her [informant forklarer spesifikke vrangforestillinger] at vi skulle ta livet av han med sprøyter. Og da når du gir den sprøyta. Så blir den angstreaksjonen, den er vond å kjenne på, ikke sant».

En informant sier at enkelte pasienter som blir innlagt for første gang kan ha en større tiltro til hjelpeapparatet. På den andre siden er det pasienter som kanskje har vært inne i psykiatrien i flere ti år som føler på total motløshet og håpløshet. Dermed kommer det frem fra informantene at sykdomsinnsikten til pasientene spiller en rolle i hvordan deres innstilling til innleggelsen er. Samtidig spiller også sykdomsinnsikt inn på hvordan syn de har på tvangen de blir utsatt for, og forståelsen for hvorfor de for eksempel får tvangsmedisinering ifølge informantene. På denne måten fremkommer det at sykdomsinnsikt kan være en utfordring i relasjonsarbeidet på institusjonen.

4.2.2 Betydningen av tidligere relasjon ved tidligere innleggelse

Alle informantene beskriver at det er mange kjente pasienter som kommer tilbake innen kort tid til akuttavdelingene for behandling. Alle informanter er enige om at det er i stor grad en positiv faktor at man kjenner pasienten fra tidligere innleggelser. Begrunnelsen for dette er at det er kjente ansikter og oppleves trygt å komme inn på en seksjon hvor man har bekjenskaper fra tidligere. «I den skuffelsen og sorgen som ligger i å bli lagt inn på nytt er det hvert fall en trøst at det er kjente fjes, da vet de hva de skal forholde seg til».

To av informantene sier at pasientene ønsker tilbake til seksjoner hvor de har vært tidligere. To informanter sier dog at en tidligere eksisterende relasjon i enkelte tilfeller kan ha en negativ innvirkning. Dette knyttes til negative opplevelser pasienten har erfart fra tidligere innleggelser. Det kan også være spesifikt knyttet til et personal som har måttet utøve tvang ovenfor en pasient, som igjen resulterer i mistillit fra tidligere relasjonsbrudd. En informant forteller også at tidligere relasjoner potensielt kan føre til inhabile vurderinger fra personalet sin side i situasjoner som betinger en form for tvang. Dette skjer fordi man blir mer restriktiv på bakgrunn av hva man subjektivt tenker om sin relasjon til pasienten. Et eksempel som trekkes frem av informanten kan være en negativ erfaring med tvangsmedisinering hos pasienten, som fører til at personalet ønsker å beskytte pasienten for denne opplevelsen igjen.

En informant vektlegger også viktigheten av tidligere bekjenskap på pasientens voldsrisiko. Det er lettere å gå i dialog med en pasient som man tidligere kjenner som kanskje har en alvorlig voldshistorikk, enn pasienter som man ikke vet noen ting om, utenom at de har et voldspotensiale.

«Hvis det er en som kanskje ikke har vært så mye hos oss før, og kommer inn og har veldig høy voldsrisiko. Da kan det kanskje oppstå mer vegring, men hvis det er en kjent pasient som kommer inn som har høy voldsrisiko og man kjenner vedkommende. Da er det lettere å ta de daglige samtalene, spille kort og sette i gang det. Fordi da har de allerede en relasjon til deg».

En informant forteller at man kan bli oppgitt når man ser pasienter på inntakslister som man har møtt mange ganger før. Allikevel er det viktig at man tenker at dette er pasientens form for mestringsstrategi, og til nå har de ingen andre måter å håndtere bagasjen sin på enn ved å ruse seg. Ved å være bevist på dette er det viktig å jobbe videre med de utfordringene pasienten har uavhengig av repeterende innleggelsesårsaker. Eksempler på traumer som pasientene kan slite med er vold, dårlig barndom og negative miljøer som er rusorienterte.

4.3 Relasjonsarbeid

4.3.1 Relasjon som samarbeid

Informantene presenterer et noe ulikt fokus rundt samarbeid mellom pasientene og helsepersonellet. På den ene siden ser man viktigheten av at pasientrelasjonene vi forsøker å opparbeide er autentiske, og på den andre siden kan det oppleves vegring med tanke på voldsrisiko. For å kunne etablere noen form for samarbeid med pasientene er vi avhengig av å få en form for kontakt med dem. Ved å være forutsigbar og anerkjennende vil vi kunne fremstå som trygge rollemodeller for pasientene. I dette innebærer det at vi kan være med i de gode og dårlige dagene til pasienten, og å kunne bistå i de dårlige uten at det går utover behandlingen som skal ytes. Som for alle andre mennesker går også pasientene bedre overens med noen enn en hel personalgruppe. Allikevel er avdelingene store og har mye ulikt personal innom, og derfor er det viktig at pasientene får en god relasjon til flere i personalgruppen. To av informantene forteller om at det kan være lurt å bruke kjent personal for å kunne spille inn andre kollegaer for pasientene. Dette er noe som ansees som viktig der det i tilfeller bare er f.eks. en person som pasienten har tillit til.

Ved spørsmål om i hvor stor grad man klarer å opprette tillitsfulle relasjoner svarer en informant at det i majoriteten av tilfellene er mulighet for å opprette en eller annen form for relasjon. «Det er svært få, kanskje mindre enn fem prosent, hvor jeg opplever at jeg ikke har noe form for relasjon til vedkommende». Det knyttes en analogi til pasientrelasjonen, hvor man alltid har noen mynter på en relasjonskonto, selv om totalkapitalen på disse kontoene vil være ulike. Det vil si at det alltid er rom for å etablere noe relasjonelt mellom personalet og pasienten, uavhengig av motstanden man møter hos pasienten. På samme spørsmål svarer en annen informant «Det er nok en av de tingene

jeg føler jeg er ganske flink til da. Så det er nok en stor overvekt av tilfellene. Så finnes det enkelttilfeller hvor det skjærer seg».

En informant påpeker viktigheten av nøyaktighet i arbeidet fra helsepersonellens side. I kontekster som betinger en form for tvang er det viktig at personalet er trygge og effektive i vurderingene. Hvis man er utrygg og vegrer seg for å ta en beslutning, kan det resultere i at pasientens lidelse blir unødvendig utsatt i tid. Tvang kan utspille seg i flere kontekster, men hvis personalet er trygge nok i situasjonen og kan tilpasse seg dynamisk til forløpet kan det forekomme at man ikke må fysisk intervensjon fysisk og påføre pasienten mer stress. Å kunne gjennomføre et slikt samarbeid, hvor pasienten opplever soliditet og empati fra personalet kan det bli et godt samarbeid hvor man potensielt heller kan oppnå et kraftig hopp i relasjonsbyggingen. Hvis man i slike situasjoner klarer å unngå å bruke nødrettsparagrafen har man i dette samspillet stått sammen i noe vanskelig sammen med pasienten.

4.3.2 Relasjonsbyggende tiltak

For å ivareta pasientrelasjoner benyttes det ulike tiltak i tilnærmingen til pasientene. Alle pasienter som er innlagt i avdelingene er der på tvang. Dette betyr også at de kommer til å måtte få en eller annen form for medikamentell behandling. Det innebærer ofte et §4-4 vedtak med tvangsmedisinering. Denne medisineringsen er en injeksjon med psykofarmaka depotpreparat. I disse fasene er ofte pasientene i en allerede sårbar situasjon, hvorpå relasjonen som prøves å etableres også er sårbar. I lys av det er det viktig å planlegge potensiell tvangstiltak godt, og la pasienten medvirke det dem kan i situasjonen. To av informantene trekker frem at det er viktig å anerkjenne pasientens motstand og vise forståelse for det. I denne konteksten sier en informant at man kan utforske pasientens meninger og perspektiver, selv om det ikke nødvendigvis fører til noe større enighet.

«Hvis jeg prøver å anerkjenne vedkommens perspektiver, altså bruke bekræftende kommunikasjon og validering [...] La pasienten komme med sine perspektiver. Jeg ser at du strever nå, jeg ser at du har et annet perspektiv. Utforske det hele sånn at vedkommende i hvert fall får lagt frem sin side av saken. Så er min erfaring at det kan hjelpe og beskytte relasjonene».

I et tidlig sykdomsforløp er ofte motstanden stor. Alle informantene forklarer også at det kan anvendes annet personell i situasjoner med tvangsmedisinering, for å ivareta relasjon vi bygger opp eller har opprettet. Da kan det brukes personell fra andre avdelinger, eller en kan bytte personell innad i avdelingen, mellom skjermingsavsnitt og den resterende seksjonen. Personalet må ta innover seg den psykiske og fysiske smerten som påføres og anerkjenne at dette er vanskelig for pasienten.

I prosessen mot en relasjon er det flere viktige parametere som må til ifølge informantene. Pasientene kommer inn i avdelingen i en fase hvor de er i en krise, og derfor krever det mye av personalet i tilnærmingen. Personalet må fremstå stødig og konsekvent, samtidig som man er empatiske og tilpasser informasjonen til de ulike pasientene. «Jeg må være tydelig og ikke vag, være forutsigbar ikke uforutsigbar». En informant trekker også fram at man kan være kreative i hvordan man presenterer innholdet i den potensielle tvangen pasienten vil bli utsatt for. Viktigheten av at vi alle bare er mennesker med ulike utfordringer, med fokus på det mellommenneskelige i samhandlingen.

Informantene forteller at relasjonsbyggende tiltak knyttet til tvangsmedisinering handler om å være transparent og tydelig. «Jeg tror veldig på autentiske relasjoner, som er ekte hvor du opptrer med respekt, interesse, og at man er forutsigbar og pålitelig». Informanten forteller også at det legges til rollen man har som helsepersonell, og ikke hvem man er som person inn i relasjonen. Det kan også være hensiktsmessig å legge loven til grunn. En informant trekker i denne sammenheng frem at det kan være til hjelp at legen som fatter vedtakene presenterer og informerer om dette. En informant sier også at det kan være viktig å forberede pasienten på hva som skal skje. Det vil si at man i dialog går igjennom hvordan man skal gjøre det på enklest mulig måte for pasienten, uten å måtte komme til det punktet hvor man må fysisk regulere.

Alle informanter la vekt på at det er viktig å være kontaktsøkende og bruke tid med pasientene. Dette kan forekomme på flere måter, selv om seksjonene kan fremstå sterile og har lite stimulerende innhold. Personalet kan tilby kortspill, samtaler, måltider og turer om pasienten har muligheten til utgang. To informanter sier at i dialog med pasienter som er innelagt, er det viktig å oppfordre de til å ta kontakt når de selv føler for det. Det kan være pasientene er reservert, redde

eller opplever andre grunner til å ikke snakke med personalet. Her forteller de at man kan være innbydende uten å presse på for mye. Da settes pasienten i førersetet i relasjonen, og personalet kan ta en passasjerrolle.

En informant sier også at man kan møte pasienter på sykehuset, som man har jobbet med tidligere og at dette kan være vanskelig. I disse tilfellene har han opplevd at driften må tilpasses og at personalet må omfordeles for å ivareta roen i avdelingen og for pasienten sin skyld.

4.4 Informantenes profesjonsrolle

4.4.1 Å være nærmeste kontaktperson når man utøver tvang

Alle informanter syntes det er en utfordrende situasjon å skulle administrere tvang på behandlerens vegne, da det formelt sett er andre som bestemmer hva en skal påføre pasientene. En informant sier at det er vanskelig i situasjoner hvor man kanskje er uenig med legen i medisineringsvedtaket, da man ikke opplever de samme indikasjonene for at dette skal opprettholdes. Dog forklares det at man er kjent med at pasientens grunntilstand kan forverres om de ikke får medisiner. To av informantene sier også at rollen som helsepersonell automatisk får mye skyld da man er den som faktisk administrerer tvang. Selv om det er noen andre som står formelt ansvarlig for det, men samtidig ville skylden vært enda større om sykepleieren skulle stått ansvarlig for alt.

En informant sier at de har faste primærkontakter samt sekundærkontakter til alle sine pasienter. Samtidig dannes det egne kontakter på hvert enkelt vaktskift til den enkelte pasient. En informant sier at de ikke har en etablert praksis for dette på sin avdeling. Det kan forekomme i tilfeller som krever det, at de etablerer et lite team rundt pasienten, men dette er ikke noen fast praksis som anvendes. Det uttrykkes også usikkerhet til hvorfor man ikke har faste primærkontakter til pasientene.

Alle informanter sier at det kan oppstå konflikter på bakgrunn av sin profesjon. Ved å inneha en rolle som helsepersonell er du automatisk predisponert til å måtte gjennomføre tvang. Dette er i kraft av den medisinske kompetansen, og i rolle som ansvarsvakt. Som ansvarsvakt kan man potensielt måtte stå ansvarlig for å lage hastevedtak på f.eks. kortvarig fastholding. På grunn av

rollen man innehar kan det hende at relasjoner som en nyopprettet, eller som man prøver å opprettholde blir kompromittert. Det knyttet et klinisk eksempel fra en informant hvor det var opprettet en meget god relasjon mellom informant og pasient, men denne ble totalt ødelagt da pasienten forsto at informanten var sykepleier og måtte administrere medisiner.

En informant sier også at det kan være vanskelig i kraft av sin rolle å måtte påføre andre en opplevd smerte ved å utsette pasienten for tvang, og at dette kan være vanskelig å stå i. «Det stikker litt innimellom å gjennomføre det». En annen informant legger til at det kan hjelpe på relasjonen å legge gjennomføringen av tvang på rollenivå. «Jeg og er ofte opptatt av å fremme min rolle som helsepersonell i en gitt situasjon, altså legge den frem. Type, nå må jeg som sykepleier og helsepersonell her på sykehuset sette en sprøyte for det er bestemt at du skal ha den. Og hvor vil du ha den, sant. I armen eller rumpen om de kan velge».

4.4.2 Profesjonalitet i rollen

Alle informanter er opptatt av at man skal være en rollemodell med gode holdninger, empati og ærlighet. En informant forteller om viktigheten av å kunne innta pasientens perspektiv og være anerkjennende ovenfor hva de står i. «Jeg tenker det er viktig å være nysgjerrige for oss som er miljøbehandlere i psykisk helsearbeid, utforske den andres perspektiver og anerkjenne det».

Det sies også at vi som helsepersonell har en privilegert rolle og at det må være stor bevissthet i ansvaret vi innehar. Å være profesjonell i denne sammenhengen krever mer av deg enn en tilfeldig person som opplever et sykt menneske i samfunnet. Det krever stor grad av refleksjon, trygghet og en empatisk tilnærming. En annen informant trekker også frem at miljøpersonalets rolle er vesentlig i behandlingen.

En informant sier at det på bakgrunn av utrygghet hos helsepersonellet, kan oppstå uønskede situasjoner med bruk av tvang. I disse situasjonene kan det reflekteres om man benytter tvang på bakgrunn av å hjelpe pasienten, eller at personalet opplever utrygghet i situasjonen. «Noen ganger må man spørre seg, hvem hjelper vi mest her? Er det pasientene eller personalet?».

Det reflekteres rundt forståelsen av hva man utsetter pasientene for, at helsepersonellet kan ha vansker med å se situasjonene fra pasientens side. «Hvis du hadde lagt fra deg nøkkelen og lagt deg selv to timer i en belteseng, så tror jeg vi hadde skiftet perspektiv». Det er viktig å ikke dømme pasientene, og behandle pasienten som du ville blitt behandlet selv. I denne konteksten nevnes det at man må se mennesket og det hele bildet, ikke nødvendigvis bare diagnosene på papiret.

En informant understreker viktigheten av å være trygg nok i sin rolle, og ha god nok erfaring til å deeskalere utfordrende situasjoner. Her har informanten erfart at det kan forekomme at personalet ikke har nok erfaring til å se løsninger for å roe og trygge pasientene. Dette skjer på bakgrunn av at personalet er raske på å lese situasjonen og være kreative til å finne de passende løsningene i situasjonen. Høy turnover og lite erfaring kan i denne konteksten skape unødvendige konflikter og tvangsbruk. «Det er jo et lite problem jeg kan oppleve til tider. At personalet ikke er trygge nok til å kunne deeskalere sånne situasjoner på en funksjonell måte». På oppfølgingsspørsmål om dette forklarer informanten videre «Det krever trygt personal, og det har vi ikke til enhver tid».

Alle informantene opplever hverdagen sin som meningsfulle, til tross for at man kan oppleve stor motstand i behandlingsforløpet. Dette begrunnes i bedringsprosessen man deltar i over tid. Da sies det at man utgjør en faktisk forskjell i møte med pasienter som har det vanskelig. En informant vektlegger at man opplever tidvise solskinnshistorier og opplevelsen av at pasienten er takknemlig for hjelpen de har fått når de skal skrives ut av seksjonen. «Det takket man får innimellom, det er gull å ha med. Selv om det er mange innimellom som nesten løper ut av døren når de får utskrivelse. Så er det noen som skal gå klemmerunden til alle eller takke ordentlig for seg».

En informant opplever i mange tilfeller at det skjer en stor endring på relativt kort tid, og at den hjelpen man bidrar med i dette løpet oppleves meningsfullt. En informant sier at det fortsatt oppleves meningsfullt samt at man utgjør en forskjell selv om pasientene stritter imot og at flere er innlagt på tvang. En informant vektlegger at man føler seg privilegert ved at man kan bidra til tilfriskelse sammen med et menneske som har det vondt. Informanten beskriver det som å være en innovatør i pasientens reise.

4.5 Sammenfatning av resultatene

Resultatene beskriver flere faglige utfordringer i arbeidet med pasienter innenfor psykisk helsevern. Det beskrives at pasienter reagerer med motstand på tvangstiltakene, og informantene gir uttrykk for at det kan føre til forsterkning av angstsymptomer og en følelse av at de blir utsatt for et overgrep. Siden tvangstiltak preger en stor del av hverdagen til pasientene, viser resultatene at det gir et vanskelig utgangspunkt for relasjonsarbeid. Alle informantene forteller at tvangsutøvelse i stor grad kompliserer arbeidet med å opprette tillitsfulle relasjoner. På tross av dette opplever informantene at det lar seg opprette relasjoner i krevende omstendigheter. Både sykdomsinnsikt og pasientenes historikk innenfor behandling i psykisk helsevern kan være av betydning for relasjonene som dannes i avdelingene. Hvor gode relasjonene blir avhenger av tillitt mellom helsepersonell og pasientene. Relasjonsbyggende tiltak de bruker i arbeidshverdagen kan være tilpasning i hvem som utfører tvangsmedisinering, hvordan helsepersonellet innbyr til samtaler og tilbringer tid med pasientene, å vise empati og anerkjennelse av pasientenes tanker, samt å være trygg og tydelig er noe informantene trekker frem. Informantene forteller at rollen man har som helsepersonell kan by på utfordringer i relasjonsarbeidet. Siden helsepersonellet har medisinkompetanse må de utøve og stå for mye av tvangstiltakene som en behandler rekvirerer. I møte med pasienter med høyt lidelsestrykk er det også fokus på å inneha perspektivene til pasientene som blir utsatt for noe de ikke er enige i. Gjennom refleksjoner og økt bevissthet rundt disse etiske utfordringene vil man ha mer trygghet til å tørre å stå i situasjoner som kan oppleves ubehagelig. Å stå i noe krevende sammen kan også bidra til å danne gode relasjoner. På bakgrunn av dette skal jeg ta med meg disse hovedpunktene i resultatdiskusjonen.

5 Diskusjon

I diskusjonen vil jeg først se med et kritisk blikk på denne studien i metodediskusjonen. Etter dette diskuterer jeg resultatene opp mot relevant forskning i resultatdiskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

Gjennom dette prosjektet har jeg forsøkt å ha en strukturert prosess og gjennomføring. Det ble lagt ned mye arbeid i intervjuguide og analyseprosessen, for å forsøke å ivareta en god validitet og reliabilitet i studien. Allikevel ser jeg det viktig å stille spørsmål og vurdere styrker og svakheter ved gjennomføring, analysen og søkestrategien.

Et dybdeintervju er en god måte å finne mening til komplekse fenomener (Larsen, 2017, s. 100), men det kan tenkes at fokusgruppeintervju ville gitt informantene mer mulighet for felles refleksjon som kunne gitt flere synspunkter rundt temaet. Fokusgruppeintervju kan være en god måte å finne kollektive meninger som informanten ikke er like bevisste på (Larsen, 2017, s. 100-101). Underveis i intervjuet forsøkte jeg å stille gode oppfølgingsspørsmål, og å få informantene til å presisere svarene sine for å unngå misforståelser. Det kan dukke opp spørsmål man i etterkant kunne spurt mer om. For å øke sannsynligheten for at informantene fikk fortalt og reflektert rundt sine erfaringer, forsøkte jeg å stille flere spørsmål rundt samme tema.

For å kunne gjennomføre studien min har jeg vært avhengig av andre innenfor helseforetaket. Jeg har snakket med avdelingssjefer og en fagutvikler. Disse har rekruttert informanter fra avdelingene og sendt ut informasjonsskrivet til personalgruppen. Jeg har derfor ikke hatt noe reell innvirkning på hvilke personer som har deltatt i studien, utenom inklusjonskriteriene som var presentert i informasjonsskrivet. I studien hadde det vært ønskelig med flere informanter, for at det skulle hatt en større overføringsverdi. En masteroppgave er av et begrenset omfang, og har ofte ikke så mange informanter. Til tross for at oppgaven ikke har et stort utvalg mener jeg studien belyser viktige erfaringer fra informantene, og er med på å løfte en tematikk som trenger mer fokus og forskning.

Søkene etter forskning og litteratur som ble gjennomført hadde som utgangspunkt å finne forskning som ikke var eldre enn 10 år. Dette var på grunnlag av at man skulle finne nyeste forskning på tematikken, og at det stilte seg mest mulig relevant til dagens samfunn. Derimot ble det også tatt i

bruk relevant litteratur som mine funn refererte til, via snøballmetoden. Her ser man at det kan være en svakhet at man ikke nødvendigvis får med all relevant forskning på temaet hvis man setter et slikt eksklusjonskriterie i søkene. Noen av artiklene som omhandler relasjonsarbeid med pasienter i psykisk helsevern er ikke gjort på pasienter underlagt tvangsbehandling (Næss & Biong, 2014; Thorbjørnsen et al., 2014). Disse artiklene er fortsatt inkludert fordi de omhandler helsepersonells erfaring og fokus på relasjonsarbeidet i møte med pasienter med psykiske lidelser. Derimot kan det stilles spørsmål til om disse studiene er helt representative, fordi motivasjonen og relasjonen har et annet utgangspunkt når man har gått med på behandling frivillig. Jeg har valgt å presentere disse artiklene i prosjektet fordi jeg tenker at det mellommenneskelige samspillet fortsatt er relevant uavhengig om pasienter er underlagt tvang. Forutsetningen for å få til det samme som man gjør når pasienter er frivillig innlagt er kanskje ikke tilfellet, men fokusområdene er fortsatt relevante og kan adapteres.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er strukturert i henhold til oppsummeringen i resultatkapitlet. Jeg ønsker å belyse oppgavens problemstilling, om helsepersonells erfaringer med å opprette og opprettholde en god pasientrelasjon, samtidig som man utsetter pasienter for tvang. For å svare på problemstillingen vil jeg først diskutere tvangens påvirkning på relasjon, før jeg vil drøfte hvordan helsepersonellet arbeider med å opprette og opprettholde relasjon med pasientene. Her vil de relasjonsbyggende tiltakene informantene trekker frem drøftes mot forskning på feltet. Jeg ser det også relevant å diskutere helsepersonellens rolle, og informantenes syn på hvordan det er å stå i krysspresset med å være nærmeste støtteperson og være den som utøver tvang. Helsepersonellens rolle har en betydning for etableringen av relasjoner, samtidig som man skal ivareta relasjonen over tid. Etter hvert som pasientene er innlagt ser man at mangfoldet i helsepersonellens arbeidsoppgaver kan skape et utfordringsbilde for å opprettholde relasjoner over tid.

5.2.1 Tvangsbehandling og tvangens påvirkning på relasjon

Informantene forteller om pasienter som er så syke at de ikke kan ivareta seg selv. En utfordring det møtes på i den akutte fasen, er pasientens evne til å se seg selv i et utenfra perspektiv.

Informantene forteller fra sine erfaringer at en vesentlig stor andel av pasientgruppen som blir

innlagt på institusjon har lite til ingen innsikt i eget sykdomsbilde. Det vil være et mål å ivareta pasientens autonomi så langt det lar seg gjøre, men her spiller sykdomsinnsikt, vrangforestillinger og evnen til å forstå behovet for hjelp inn (Aarre, 2018a, s. 150-151; Skårderud et al., 2018, s. 152). Sykdomsinnsikten varierer ifølge informantene i stor grad av hvor pasienten er i behandlingsforløpet, men det kommer fram at i den akutte fasen opplever informantene at det er få pasienter som har forståelse for at de blir holdt igjen på tvang. Ut ifra informantenes beskrivelser handler det om pasientens virkelighetsbrist, altså at opplevelsen de har er basert på eventuelle vrangforestillinger. Informantene forteller om paranoide vrangforestillinger om helsepersonellens hensikter, noe som ikke er uvanlig hos for eksempel pasienter med schizofreni og paranoide psykoser (Aarre, 2018b, s. 110; Kringlen, 2011, s. 94). Virkeligheten pasientene opplever i øyeblikket beskrives som høyst reell for de, men speiler ikke nødvendigvis det helsepersonellet oppfatter. Ved opplevd psykose kan pasienten ha et helt annet syn på fenomener og egen psykisk helse enn omgivelsene. Pasientene vil derfor ikke alltid forstå hvorfor de blir innlagt på en institusjon i psykisk helsevern (Skårderud et al., 2018, s. 152). I kontekster som er beskrevet ovenfor er det mange etiske problemstillinger som skjer i løpet av kort tid. I disse tilfellene kan det oppleves vanskelig å ivareta pasientens autonomi i øyeblikket, og at det krever at helsevesenet og helsepersonellet tar kontroll (Aarre, 2018a, s. 151). Pasienter som opplever psykose beskrives som tidvis vanskelige å forholde seg til av informantene, men dette baserer seg på atferden og pasientens innsikt i øyeblikket (Skårderud et al., 2018, s. 152). Det å kontinuerlig tenke på etiske betraktninger i situasjonen er viktig, og noe som vil læres over tid (Aarre, 2018a, s. 150-151; Hammervold et al., 2020). Å gjennomføre refleksjoner i etterkant av tvangshendelser kan også være med på å øke de etiske avveiningene til helsepersonellet rundt tvangstiltak (Hammervold et al., 2020). Informantene trekker frem viktigheten av å ha erfaring og være trygg når man skal stå i krevende situasjoner, noe som er i tråd med forskning på temaet (Doedens et al., 2019; NOU 2011:9, s. 119). Slik jeg forstår informantene vil dette kunne påvirke både relasjonsbyggingen, samt at en informant sier erfarent personal kan være med å redusere akutte tvangstiltak etter §4-8 (psykisk helsevernloven, 2001, §4-8).

Informantene forteller at samtlige pasienter de har inneliggende på seksjonene er der på §3-3, tvungen psykisk helsevern med døgnopphold (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Allerede her har hjelpeapparatet tatt formell kontroll over pasienten, noe som ifølge informantene kan gjøre det utfordrende å danne en relasjon mellom pasienten og helsepersonellet. Dette kan forstås i lys av at

den formelle kontrollen i mange tilfeller kan skape en form for motstand fra pasienten fra første stund (Aarre, 2018a, s. 139; NOU 2011:9, s. 118). På bakgrunn av sin psykiske lidelse kan pasientene ha paranoide vrangforestillinger over hensikten til helsepersonellet, dette er noe alle informantene forteller at de har erfart. I tilfeller hvor vrangforestillingene er i form av at helsepersonellet ønsker dem vondt eller skal ta livet av dem, blir det særlig utfordrende å opprette en trygg relasjon. Dette inntrykket nevnes også i forskning, blant annet at noen helsepersonell synes tvangsmedisinering var verst å gjennomføre av ulike tvangstiltak, fordi det føltes som et overgrep ovenfor pasientene (Larsen & Terkelsen, 2014). Mange pasienter har en langvarig historikk med psykisk helsevern, og har i denne erfaringen opplevd traumatiserende hendelser som er krenkende for selvet (Aarre, 2018a, s. 155-156; NOU 2011:9, s. 121-122; Skårderud et al., 2018, s. 348).

Den formen for tvang som er hyppigst omtalt av informantene er tvangsmedisinering ved §4-4. Dette er planlagte injeksjoner hvor det anvendes tvang med hjemmel i psykisk helsevernloven §4-4, fordi en behandler faglig argumenterer for nødvendigheten for å ivareta pasienten selv og andre individer i samfunnet (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Konteksten med tvangsmedisinering omtales som en krenkende og potensielt traumatiserende prosess for pasienten selv av alle informanter. Forskning på pasienters opplevelse av tvang viser også at tvangen oppleves som frustrerende og krenkende (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). Tvangsmedisinering kan ses på som mindre krenkende enn andre tvangstiltak på bakgrunn av pasientens aktiveringsnivå i aktiv psykose (Doedens et al., 2019), og at den sederende effekten av psykofarmaka er anslått å være mer skånsom (Doedens et al., 2019; Skårderud et al., 2018, s. 375). Samtidig kan den sederende effekten av tvangsmedisinering gjøre at pasientens evne til å vise motstand blir mindre (Kringlen, 2011, s. 594). Paradokset med den medikamentelle behandlingen er at resultatene av medisinene ikke har så stor grad av dokumentert effekt (Skårderud et al., 2018, s. 349). Pasienter som mottar frivillig behandling med medisiner, opplever også større grad av effekt enn pasienter som tar medisiner ufrivillig (Jardim et al., 2021). Samtidig ser vi at pasienter ytrer bekymringer rundt bivirkningene av medikamentene, alvorlige bivirkninger de ikke selv kan velge om de vil ta sjansen på (NOU 2011:9, s. 113-114). Informantene hadde derimot ikke et fokus på bivirkningene pasientene kan oppleve, selv om de forteller om motstanden pasientene har mot tvangsmedisinering. Noen pasienter opplever god effekt av medikamentell behandling, dette forteller informantene om ved blant annet at de ser pasientene får økt forståelse for tvangstiltakene utover i innleggelsen. Selv om psykofarmaka har en rekke negative bivirkninger kan

det også argumenteres for at plagene man opplever er større en bivirkningene (Aarre, 2018a, s. 154-155). Samtidig forteller også informantene om pasienter som kommer inn på institusjon i akutt fase mangler stor grad av innsikt. Det kan også forekomme hendelser som gjør at medisinerer er det eneste adekvate tiltaket man har tilgjengelig, siden pasienten ikke greier å prosessere informasjonen som blir forsøkt gitt, på bakgrunn av for eksempel en pasient i manisk tilstand (Skårderud et al., 2018, s. 375). Slik jeg forstår informantene vil en effekt av medisinerer kunne gjøre utfordringene med å danne relasjoner mindre.

Gjennom oppgaven har det vært et bredt syn på tvang som utøves i spesialisthelsetjenesten, det er ikke begrenset til et type tvangstiltak. Gjennom intervjuene jeg har gjort oppfatter jeg at informantenes hovedfokus på spørsmål om tvang, var den medikamentelle behandlingen. Da planlagt tvangsmedisinerer skjer kontinuerlig på planlagt datoer, mens andre vedtak skjer i akutte hendelser. Det er allerede benyttet tvang ved at du har makt i posisjonen din og pasientene er innelåst. Ringvirkningene av tvangen ved å være innelåst kan skape mer motstand som igjen kan resultere i mer tvangsbruk (Aarre, 2018a, s. 152-153; Lorem et al., 2014). Makten helsepersonellet besitter i sitt arbeid er verdt å utforske. Informantene forteller også at det er viktig å være reflekterende i henhold til sin rolle i avdelingen. Helsepersonellet styrer mange av de hverdagslige handlingene man ellers gjør når man ikke er innlagt på tvang. Utenfor institusjon er pasienten et autonomt individ som kan styre mange av sine hverdagslige valg selvstendig. På en institusjon blir mange av de hverdagslige handlingene satt i system og forhåndsbestemt. Dette viser også forskjellen i maktforholdet mellom helsepersonell og pasientene. Makten kan være på grunnlag av etablerte rutiner i avdelingen, og at ikke helsepersonellet kanskje tenker over det. Pasientene har heller ikke mulighet til å nekte helsehjelpen (psykisk helsevernloven, 2001, §3-3). Pasientene må derfor tåle maktforholdet selv om de ikke ønsker det (Eide & Eide, 2017, s. 26; Karlsson & Borg, 2013, s. 143).

Innenfor psykisk helsevern er det mange pasienter som er tilbake i avdelingene flere ganger gjennom året, noe alle informantene snakker om. Pasienter skrevet ut siste del av 2017 hadde 40% en ny tvangsinnleggelse innen et år (Helsedirektoratet, 2020, s. 16). Som helsepersonell på disse avdelingene møter man ofte pasienter med lang erfaring fra psykiatrien og dets behandlingsregimer. Disse blir ofte referert til som svingdørspasienter, og helsepersonellet har ofte god kjennskap til dem fra tidligere. Alle informantene forteller at dette kan være en positiv faktor

og at de har erfart at pasientene i stor grad opplever en trygget ved å se kjente ansikter når de blir lagt inn. Dette tyder også på at man greier å danne en eller annen form for relasjon, da pasienten finner en større ro av å se/oppleve noe kjent som en trygghet. Videre kan dette resulterer i at pasientene kan oppleve å møte de som direkte har utsatt dem for tvang ved tidligere innleggelser hvor det har blitt et relasjonsbrudd og blitt dannet mistillit. En informant forteller også at det kan slå tilbake på helsepersonellet da man kan bli inhabil i situasjoner hvor man potensielt ønsker å verne om pasienten for tvang, på bakgrunn av tidligere hendelser. Å ha en relasjon med pasientene fra tidligere innleggelser kan være en positiv faktor med tanke på voldsrisiko ifølge en informant. Noen ganger kan personalet oppleve pasienter som er verbalt og fysisk utagerende. Dette kan skape vegring i personalet fra å bli kjent med pasienten, og hvem pasienten egentlig er bak lidelsestrykket. Ved å ha en etablert relasjon eller bekjentskap fra tidligere, kan denne terskelen være lavere hvis det oppstår opphetede situasjoner.

5.2.2 Relasjonsarbeid i tvungent psykisk helsevern

For å kunne komme i posisjon for å gi god behandling er vi som helsepersonell avhengig av at pasienten ønsker det. Det krever et samarbeid, frivillighet og et dedikert ønske om bedring (Kringlen, 2011, s. 594). Her står vi allerede i et krysspress, da samtlige av behandlingsalternativene som introduseres på de aktuelle avdelingene informantene arbeider på er med tvang. Vi vil stå i en maktposisjon ovenfor pasientene i denne sammenhengen (Aarre, 2018a, s. 139; Karlsson & Borg, 2013, s. 143). Selv om dette ikke er en ideell posisjon for å skape et samarbeid og tillit mellom pasienten og helsepersonellet, hevder informantene at det fortsatt er mulig å danne relasjoner. Det beskrives at det krever mye av personalet, og at man må bruke mye av seg selv for å skape tillitt. Pasienter som er blitt friskere henstiller ofte til hvem som hjalp dem i prosessen og karakteristikk rundt helsepersonellet (Aarre, 2018a, s. 125; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19). Dette kan for eksempel være at pasienter følte seg hørt eller at noen brydde seg (Aarre, 2018a, s. 125). Alle informantene fokuserer mye på å opptre genuint, og legger vekt på de relasjonsbyggende tiltakene de bruker i arbeidshverdagen. En informant beskriver at han føler han er god på å danne relasjon med pasientene, og legger vekt på nettopp å opprette autentiske relasjoner ved å opptre med respekt og pålitelighet. Tiltak knyttet til å danne tillitt er å være åpen og transparent i samhandlingen med pasientene, noe som også trekkes frem i litteraturen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19).

Carl Rogers teori med fokus på empati, varme, ubetinget respekt og genuinitet (Eide & Eide, 2017, s. 375), er også noe informantene snakker om i sine svar rundt hvilke tiltak som kan være med på å bidra til en god relasjon. Rogers teori er referert til som en idealteori. I dette begrepet ligger det til at alt ligger til rette for et godt samarbeid mellom to parter, at det er et optimalt terapeut-klient forhold. I boken til Eide & Eide (2017) beskriver Per Nerdrum at «idealet om den gode relasjonen kan virke fremmedgjørende og demotiverende». Dette sitatet legger til grunn at ikke alle er motiverte for å jobbe med denne siden av seg selv, samt at ikke alle er interessert eller i stand til å ta del i en slik relasjon. Selv om de fire betingelsene i Rogers teori blir anvendt i møtet med mennesker som sliter er det ikke nødvendigvis nok for å igangsette en endring. Hvis vi som helsepersonell skulle kreve denne formen for ideell tilnærming, hevdes det at kravene til en optimal relasjon ville vært for høye (Eide & Eide, 2017, s. 378). På den andre siden vil noen mennesker være i behov av styring og ledelse. Noen viktig poenger ut ifra kritikken som blir rettet er at vi aldri skal slutte med å jobbe med vår evne til å lytte, ta del i andres liv, anerkjenne den andre som person og at vi etter beste evne bruker våres ferdigheter til det beste for pasientene og deres ressurspersoner på best mulig måte (Eide & Eide, 2017, s. 378). I konteksten om en ideel teori ser vi at den ene informanten reflekterer rundt hva som er en god relasjon i situasjonen der pasienter er underlagt behandlingstvang. Informanten snakker om relasjon som en konto, der man alltid vil kunne ha noen mynter og dermed kunne ha en form for relasjon. Ideelle teorier som Rogers teori ser ikke nødvendigvis ut til å kunne gjenspeile hvordan erfaringen er i arbeid med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig belyser alle informantene at man i stor grad klarer å opprette en relasjon med de fleste pasientene, selv om det kanskje ikke lever opp til standarden om en ideel relasjon fordi man må utsette pasientene for tvang.

5.2.2.1 Relasjonsbyggende tiltak

I møte med pasienter som ytrer stor motstand til behandling forklarer informantene at det er fokus på det mellommenneskelige i samhandling. Det man må gjøre er som helsepersonell, men hvem man er ellers trenger ikke representere det samme. Man kan fortsatt møte pasientene med forståelse og empati er noe informantene fokuserer på i intervjuene. Dette støttes også av forskning gjort på pasienters erfaring med tvangsutsettelse, hvor viktig kommunikasjon og empati er (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). Informantene fokuserer også på viktigheten av å

validere pasientens følelser og mangel på mestringsstrategier da det alltid er en årsak bak handlingene. Dette gir også et utgangspunkt som signaliserer at helsepersonellet bryr seg, og ønsker å være med på pasientens reise ut fra institusjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27-28). Pasientene bør etter informantenes erfaringer få mulighet til å uttale seg. Selv om man ikke kommer til en konkret enighet med pasienten fremkommer det fra informantene og i forskning, en viktighet i at pasienten får luften sin motstand eller frustrasjon i en krevende situasjon (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). På en side er forståelse noe informantene fokuserer på, samtidig trekker en informant også frem at det ikke er lett å sette seg inn i deres situasjon. I en pasientrelasjon vil det kunne bli et balansepunkt der man må tørre å ta opp sensitive temaer, men man må være sikker på at dette er noe relasjonen kan bære da det kan gi en motsatt effekt om man ikke treffer. Da kan det resultere i avvisning fra pasientens side (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178-179). Her beskriver en informant at det er relasjonsbyggende å stå i noe vanskelig sammen, og her kan man tenke at det inkluderes å gå inn i de vanskelige samtale.

I en studie rundt tidligere psykotiske pasienters erfaring til shared decision making (SDM), fremkommer det at de ikke følte at de fikk være med i beslutninger rundt egen behandling og synes de fikk for lite informasjon underveis (Haugom et al., 2022). Informantene i denne studien belyser også viktigheten av informasjon, og at de selv forsøker å være transparente og anerkjenner pasientens perspektiv. Her vil en kunne stille spørsmål rundt om helsepersonellens inntrykk av å være transparent, forståelsesfull for pasientens meninger og at de viser gir informasjon underveis, stemmer overens med pasientenes følelse av hvordan de blir møtt. I mange tilfeller vil ikke pasientene forstå hva som er det beste for en selv, og det vil derfor ikke være mulig å hensynta deres innspill (Aarre, 2018a, s. 151). Samtidig kan det se ut til, både ifølge informantene og forskning, at det vil hjelpe relasjonen at pasientene får mulighet til å uttrykke sine meninger og tanker (Haugom et al., 2020; Larsen & Terkelsen, 2014; Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017; Verbeke et al., 2019).

En informant vektlegger at helsepersonellet må være erfarne og trygge i seg selv. En metaanalyse beskriver også at økt erfaring, trening og informasjon fra helsepersonellet gir en økt følelse av sikkerhet og trygghet, som igjen kan redusere bruken av tvang (Doedens et al., 2019). Resultatene i denne studien viser at tvangssituasjoner generer mye stress og kaos for en pasient, som kan bli ytterligere forsterket hvis personalet også fremstår stresset, nervøse eller redde (Doedens et al.,

2019). En informant skisserer et scenario hvor man selv skulle lagt seg i belteseng for så og kaste nøkkelen. Dette mener informanten er noe som ville fått flere til å endre perspektiv på innvirkningen dette har på pasienten. Fokuset knyttet til pasientbehandlingen er at vi er likeverdige i samhandlingen. Hvis helsepersonellet også kommer inn med en forforståelse som ikke hensyntar lidelsen pasienten innehar, vil det være vanskelig å danne meningsfulle relasjoner som kan bidra i behandlingsforløpet. En sterk faglig forankring i avdelingen blir sett på som et godt tiltak for å møte pasientene på en deeskalerende måte ifølge en informant. Dette bunner i en sammensatt forståelse for den psykiske lidelsen pasienten har og dens livshistorie. Alle mennesker er forskjellige, og selv om pasienter har samme diagnose på papiret vil det være store forskjeller (Aarre, 2018b, s. 46). Pasienter har ytret at de ønsket at helsepersonellet behandlet de mer som mennesker og ikke som en diagnose (Larsen & Terkelsen, 2014). En kollektiv tenkning og ivaretagelse av dette perspektivet gir større muligheter for å møte pasienten på det nivået/stedet den er i øyeblikket fremkommer av både informantene og i forskning på feltet (Doedens et al., 2019; Hammervold et al., 2020; Larsen & Terkelsen, 2014).

5.2.2.2 Helsepersonellens rolle

Som helsepersonell inntar man ulike roller i samspillet med pasientene, dette er noe informantene forteller om. Som helsepersonell lever man også sine liv ved siden av og har med egen bagasje i ryggsekken. I den rollen man innehar i møte med pasienter med komplekse psykiske lidelser, kan det oppleves som vanskelig å involvere seg i andres lidelse og informantene forklarer at dette tidvis kan være krevende. Det krever stor refleksjonsevne for å kunne innta pasientens perspektiv i disse krevende møtene, selv om det er en selvfølge at man skal fremstå som en profesjonell aktør i dette møte (Hummelvold & Dahl, 2012, s. 422-423). Som helsepersonell skal du fungere som primærkontakt, gjennomføre tvang, stå ansvarlig for tvang og samtidig være en trygg støttespiller. Alle disse rollene kan ifølge informantene skape konflikter innad i relasjonen med pasientene. Informantene forteller at tvangstiltak har vært med på å ødelegge pasientrelasjoner de over tid har etablert. Det kan fremstå som at tvang som en hemmende faktor på relasjon er et bevisst fokus man har med seg i arbeidshverdagen. Informanter forteller om tilrettelegging av miljøet og tvangen, for å ivareta den viktige pasientrelasjonen. Da anvendes andre avdelinger, eller personal fra andre avsnitt i avdelingen for at relasjonen mellom det konkrete helsepersonellet og pasienten ikke skal bli ødelagt. Samtidig kan dette skape frustrasjon hos pasienten da informantene tidligere

har ytret at stødighet og rammer er en viktig del av behandlingen og tryggheten for pasienten. Slik jeg forstår på informantene vil trygt personal kunne redusere bruken av tvangstiltak og minske motstanden til tvangstiltakene med samarbeid og dialog. Dette står i motsetning til å innhente ukjent helsepersonell fra andre avdelinger til gjennomføring av tvangsmedisinering. Det kan tenkes at det blir vanskeligere hvis pasienten opplever at alle trygge personer blir borte, og helt ukjente personer kommer til i en situasjon som oppleves svært krenkende eller traumatiserende (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). Her vil man kunne stille spørsmålet om det er mest hensiktsmessig å stå i det vanskelige sammen for å bruke det til å styrke en relasjon, eller å innhente ukjent personal for å forsøke å beskytte en skjør relasjon.

Å jobbe med pasienter som er så psykisk syke at de må innlegges på tvang på institusjon kan være krevende (Aarre, 2018a, s. 149). Når man skal på jobb tenker jeg at det er en viktig faktor at man trives og gjør noe meningsfylt. Ut fra min erfaring har dette noe å si for hvordan man møter pasientene i kanskje den mest sårbare perioden i deres liv. Alle informanter opplever en meningsfylt hverdag selv om de jobber med pasienter som kan yte stor motstand (Aarre, 2018a, s. 151-153; Lorem et al., 2014; NOU 2011:9, s. 118). Informantene vektlegger at reisen med pasienten fra dem kommer inn i en akutfase til utskrivelse er givende. Da har man som regel vært innom de mørkeste stunder, og de dypeste daler sammen med pasienten. Det er noe som skaper tillit mellom helsepersonellet og pasienten, og det kan fremstå som at disse relasjonene eksiterer over tid (Aarre, 2018a, s. 125). Motstanden som er igjen flyttes i stor grad over på systemnivået, og hvordan behandlingen gjennomføres. Informantene forteller at det kan være hensiktsmessig å knytte utføring av tvangstiltak til rollen som helsepersonell. Det vil si at man knytter det til profesjonen. I kraft av rollen som helsepersonell er det noen krav i arbeidet som må gjennomføres, om man er enig eller ikke.

6 Konklusjon

I min masteroppgave har jeg ønsket å forstå hvordan relasjoner kan opprettes og opprettholdes med pasienter som er underlagt tvang på institusjon. Gjennom intervjuene jeg har gjort kommer det frem mange interessante erfaringer. Gjennomgående svar fra informantene er at vi må møte pasientene som de menneskene de er, og ikke objekter som skal behandles. Å bli innlagt på tvang kan oppleves som en stor krenkelse på individet, og det er ikke sikkert pasienten er enig eller har forståelse for hvorfor de blir utsatt for tvangsbehandling (NOU 2011:9, s. 118; Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017). Tiltakene som anvendes på institusjon i behandlingsøyemed omtales også som krenkende (Aarre, 2018a, s. 155-156; Lorem et al., 2014; NOU 2011:9, s. 121-122; Skårderud et al., 2018, s. 348; Tingleff et al., 2017). Erfaringene fra helsepersonellet samsvarer i stor grad med hverandre når det gjelder målfokus, etiske avveininger, relasjonsbyggende tiltak og utfordringsområder. Det er ulike erfaringer knyttet til hvordan man oppretter relasjoner med pasientene. Dette baserer seg på at det er subjektive personlige forhold som ligger til grunn i de ulike kontekstene. Allikevel oppleves det at man kan opprette en eller annen form for relasjon til pasientene, uansett om den ikke oppleves som optimal. Dette viser at Rodgers ideelle teori for klient-terapeut forhold (Eide & Eide, 2017, s. 378) kan være vanskelig å danne i praksis, da det er mange uforutsette faktorer som spiller inn i samhandlingen mellom helsepersonell og pasienten. Det kan være at pasienten ikke er mottakelig for å jobbe med seg selv, eller ikke ønsker å ta del i behandlingen (Eide & Eide, 2017, s. 378).

Virkemidlene som kan anvendes gjennom psykisk helsevernloven skaper utfordringer for helsepersonellet i relasjonsarbeidet. Dette skjer gjennom ansvarsområdet man har som helsepersonell, særlig med tanke på medisinkompetansen. Og det er særlig de situasjonene som omfatter tvangsmedisinering informantene opplever som mest utfordrende, samtidig som det kan gi et emosjonelt ubehag for dem selv. Tvangen man kommer til å måtte anvende som helsepersonell beskrives som omfattende, men også nødvendig. Derfor blir helsepersonellet stående i et krysspress. De skal være en av pasientens nærmeste kontaktpersoner, men de skal også være ansvarlige for gjennomføringen/administrasjonen av tvangsbehandling. Informantene erfarer at det er flere situasjoner hvor man må administrere medikamentell tvang som utløser uønskede situasjoner, og at pasienten ikke lenger har tillit til helsepersonellet.

Som beskrevet er tvangen man utsetter pasientene for utfordrende med tanke på opprettholdelse av relasjoner. For å være forut situasjoner hvor dette kan skape et problem med tanke på mistillit viser informantene til en rekke tiltak for å bevare relasjoner. I tilfeller hvor helsepersonell må administrere injeksjoner med psykofarmaka tilstrebes det at det er et annet helsepersonell fra en annen avdeling eller i seksjonen som kan administrere tvangen, slik at det ikke går ut over relasjonen pasienten har med ett gitt helsepersonell. Siden rammene rundt en tvangsinjeksjon kan være skremmende og fremstå traumatisk for en pasient (NOU 2011:9, s. 118; Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017), erfarer informantene at en empatisk tilnærming er hensiktsmessig. Det vil si at det brukes god tid i situasjonen og at pasienten får medvirke, og ytre sine synspunkt på tross at medisinerer vil skje med tvang. Selv om det ikke er en grunnleggende enighet mellom helsepersonellet og pasienten er det fortsatt viktig at pasientens følelser blir anerkjent (Lorem et al., 2014; Tingleff et al., 2017; Verbeke et al., 2019).

Når pasienter kommer inn på institusjonen forklarer informantene at det er viktig at helsepersonellet viser at de er tilgjengelig og faktisk bruker tid sammen for å bli kjent. Samtidig er det viktig i disse situasjonene at pasienten har noen faste holdepunkter når det først opprettes en relasjon ved å ha fast og trygt personal tilgjengelig. Dette understrekes også i forskningen på feltet (Doedens et al., 2019; Hammervold et al., 2020). Erfaringene fra informantene sier også noe om viktigheten av at helsepersonellet er trygge i sin rolle. Hvis helsepersonellet kan beholde roen i vanskelige situasjoner basert på sin erfaring og refleksjonsevne, kan det danne grunnlag for tillit i vanskelige situasjoner, og bidra sterkt inn i relasjonen man forsøker å opprette eller opprettholde (Doedens et al., 2019).

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg ønsket å belyse relasjonenes betydning i en kontekst hvor pasienter er underlagt tvang. Gjennom informantens erfaringer og det teoretiske rammeverket jeg har funnet og anvendt, fremkommer det at relasjoner mellom helsepersonell og pasienter er av betydning. Graden av relasjon kan variere ut ifra hvem pasientene er, men viktigheten av å ikke gi opp stiller seg stor. Det belyses at viktigheten av det mellommenneskelige er avgjørende for hvor godt resultatet av behandlingen blir, og ikke hvilken metode eller medisin som anvendes mot pasienten (Aarre, 2018a, s. 125).

Psykiatrien er et fagfelt med mange utfordrende problemstillinger, men ut ifra min erfaring i helse ønsker alle å levere god kvalitet i tjenestene. Innfor psykisk helsearbeid vil vi kunne møte på skuffelser og misnøye. Grunnlaget for en slik påstand er at feltet jobber med sinnets smerte, eksistensielle vansker og konflikter i relasjoner, slik at nedslagsfeltet i fagutøvelsen er individets vanskeligste opplevelser (Skårderud et al., 2018, s. 51). Det er stort fokus på det relasjonelle i arbeid med pasienter underlagt psykisk helsevern (Lorem et al., 2014; Myklebust et al., 2022; Næss & Biong, 2014; Thorbjørnsen et al., 2014; Tingleff et al., 2017), og dette er noe som gjenspeiler seg i informantenes fortellinger om tiltak for å opprette tillitsfulle relasjoner.

6.1 Videre forskning

Det er behov for videre forskning rundt denne problemstillingen, med fokus på relasjonen i arbeid med pasienter underlagt behandlingstvang. Bakgrunnen for påstanden er at gjennom søk i artikler og teori finner jeg lite om relasjonens betydning i sammenheng med tvang på institusjon.

Forskningen som ble funnet understreker viktigheten av tillitsfulle relasjoner i arbeid med pasienter med psykiske lidelser, men det ble funnet lite på relasjonsarbeid med pasienter underlagt psykisk helsevern. Tvang i seg selv er et mer omfattende tema som det eksisterer mer forskning rundt og mye om de ulike formene for tvang. Derfor tenker jeg det er nødvendig å belyse de mellommenneskelige faktorene i behandlingen, og hvilken betydning det har for å styrke det autonome individet i veien for å mestre livet etter behandling på institusjon. Flere understreker at det er viktig med den mellommenneskelige relasjonen og at helsepersonell viser empati (Lorem et al., 2014; Myklebust et al., 2022; Næss & Biong, 2014; Thorbjørnsen et al., 2014; Tingleff et al., 2017), men det er funnet lite forskning konkret på hvordan dette kan implementeres i psykisk helsevern. Videre ser jeg behovet for at det undersøkes hvilke relasjonsbyggende tiltak pasientene ser på som viktigst og som har best effekt. Samtidig kan det være fordel at det forskes videre på både helsepersonellens og pasientenes perspektiv samlet i en større undersøkelse.

Litteraturliste

- Askheim, O. P. S., B. (2007). Empowerment. Gyldendal norsk forlag AS.
- Borge, L., & Hummelvoll, J. K. (2019). Miljøterapi – samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering. *Klinisk Sygepleje*, 33(1), 40-54. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04>
- Bremnes, R., & Skui, H. (2020). Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017 (IS-2888). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_/attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf
- Busch, T. (2021). Akademisk skriving : for bachelor- og masterstudenter (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Bøe, T. D. T., A. (2017). Psykisk helsearbeid (3. utg). Universitetsforlaget.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 27(4), 446-459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Gøtzsche, P. C., & Lund, K. (2016). Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk juss (Online)*, 42(2), 118-157. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-4546-2016-02-03>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Vevatne, K., & Sagaag, H. (2020). Post-incident reviews-a gift to the Ward or just another procedure? Care providers' experiences and considerations regarding post-incident reviews after restraint in mental health services. A qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 499-499. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05370-8>
- Haugom, E. W., Stensrud, B., Beston, G., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2022). Experiences of shared decision making among patients with psychotic disorders in Norway: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 192-192. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03849-8>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

- Hem, M. H. (2015). Personer med psykisk lidelse. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/psykisk-lidelse/>
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jardim, P. S. J., Borge, T. C., Dahm, K. T., & Muller, A. E. (2021). Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling: en systematisk oversikt. In The effect of involuntary treatment with antipsychotic medication: a systematic review: Folkehelseinstituttet, Område for helsetjeneste.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/effekt-av-antipsykotika-ved-behandling-uten-pasientens-samtykke-sammenlignet-med-frivillig-behandling-v2-rapport-2021.pdf>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). Psykisk helsearbeid. Gyldendal akademisk forlag AS.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). Recovery. Gyldendal akademisk forlag AS
- Kringlen, E. (2011). Psykiatri (10. utg.). Gyldendal akademisk forlag AS.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvigne, K. (2022). Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser. Kripos.
<https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold/vold-begatt-av-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser2.pdf>
- Larsen, A. K. (2017). En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 115-124. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>
- Løvgren, P. J., & Wiig, P. T. (2022). Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 142(13).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0536>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

- Meld. St. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Myklebust, K. K., Rønning, S. B., Bø Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2022). Terapeutisk relasjon – en hjørnestein i miljøterapi – hva viser sykepleierapportene? *Nordisk sykeplejeforskning*, 12(3), 1-15. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.3.2>
- NOU 2011:9. (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet : balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- NRK. (2021). Tvang i psykiatrien (Oktober 2021, Episode 6). In V. F. Hansen, *Debatten*.
<https://tv.nrk.no/serie/debatten/202110/NNFA51102121/avspiller>
- Næss, H. E., & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 25-33.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-04>
- Ot.prp. nr. 65 (2005-2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b324bd1623454222adefa9ccd4191c1d/no/pdfs/otp200520060065000dddpdfs.pdf>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Personer med psykiske lidelser*. (2015).
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/psykisk-lidelse/>
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller briste : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- SIKT. (2023). Hva er en personopplysning? SIKT. <https://sikt.no/hva-er-personopplysninger>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Straffeloven (2005) Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

- Thomassen, M. (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis. Gyldendal akademisk.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(9-10), 681-698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 328-338. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-05>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskaplig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Soc Sci Med*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Westerhof, L. L., & Knutsen, S. E. (2016). Fra dehumaniserende til humaniserende språk i psykiatrien. *Fokus på familien*, 44(2), 153-169. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-02-05>
- Aarre, T. F. (2018a). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2018b). *Psykiatri for helsefag* (2. Utg.). Fagbokforlaget.

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1-1) Eksempel fra analyseprosessen

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Vernepleiere og sykepleieres erfaringer med relasjonsarbeid der pasienter er under behandlingstvang”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på vernepleiere og sykepleieres erfaringer med relasjonsarbeid i arbeid med pasienter under behandlingstvang. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave som gjennomføres ved Universitetet i Sørøst-Norge. Masteroppgaven ønsker å rette fokus på relasjonsarbeid med pasienter under behandlingstvang.

Problemstillingen er som følger: Hvilke erfaringer har vernepleiere og sykepleiere med å opprette og opprettholde en god pasientrelasjon, samtidig som man utsetter pasienter for tvang?

Grunnen til at jeg lurer på dette er fordi relasjonens betydning i endringsarbeid er meget sentral. Vernepleiere og sykepleiere står tett på dette hver dag de er på jobb. Det er også disse profesjonsgruppene som har det delegerte ansvaret fra behandlere om å gjennomføre behandlingstvang. Samtidig skal de være nære støttespillere og omsorgspersoner for pasienter som undergår noen av sine største kriser. Derfor lurer jeg på om dette lar seg gjennomføre i praksis, eller om det er mange hindringer eller etiske problemstillinger som gjør dette vanskelig.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet, i samarbeid med forsknings- og utviklingsavdelingen i Vestre Viken.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalgskriteriene for deltakelse er at man er utdannet vernepleier eller sykepleier, og at man har jobbet med pasienter under behandlingstvang i minst ett år. Utvalget har ingen spesifikke kriterier utenom dette, og deltakerne som har interesse for deltakelse i prosjektet vil få et tilbud om å delta. Dette skjer gjennom samarbeid med avdelingsleder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil gjennomføres personlige intervjuer som tar for seg informantens empiriske erfaring knyttet til relasjonsarbeid ved behandlingstvang. Det vil være en åpen samtale om informantens subjektive erfaringer. Samtalen vil bli tatt opp med lydopptak på datamaskin. Intervjuene vil beregnes til omtrentlig 60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det er ingen informasjon eller svar knyttet til prosjektet som vil gå tilbake til arbeidsplassen din som omhandler informantens personlige meninger eller syn.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun student/forsker som får tilgang til dine personopplysninger. Navn vil erstattes med en kode i databehandlingen, slik at det i etterkant ikke vil være mulig å koble nummeret mot identiteten til informanten. Datainnsamlingsmaterialet vil lagres eksternt på USN safe, slik at personlig data ikke kan spores mot bearbeidelse av data på felles nettverk. Informantene vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 3. juli 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet (lydopptak og samtykkeskjema) med dine personopplysninger slettes. En anonymisert transkribering av intervjuene vil lagres videre for forskningsformål og etterprøvbarehet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandørs personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
 - innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
 - å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
 - å få slettet personopplysninger om deg
 - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Andreas Riven, student/forsker. Epost: andreas_riven@hotmail.com
- Bente Weimand, veileder. Epost: bente.weimand@usn.no
- Pål Are Solberg, personvernombud. Epost: paal.a.solberg@usn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen av prosjektet som er gjort av Sikts personverntjenester ta kontakt på:

- Epost: personverntjenester@sikt.no, eller telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Andreas Riven
(Masterstudent/forsker)

Bente Margrethe Weimand
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Vernepleiere og sykepleieres erfaringer med relasjonsarbeid der pasienter er under behandlingstvang», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 : Intervjuguide

Spørsmål som er markert som kulepunkter er eventuelle oppfølgingsspørsmål.

A – introduksjon

Forteller: Hvem jeg er, hva jeg holder på med, hvorfor jeg gjør dette, hva brukes resultatene til, repetere det med anonymitet.

Presiser at jeg ikke er her for å bedømme, men å forstå. Jeg er kun ute etter subjektive erfaringer. Det er ingen riktige eller gale svar. Det er satt av 60 minutter, men vi vil kunne bruke kortere eller lenger tid hvis det faller seg ut sånn.

Hvem er du? (utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring)

Hvor lenge har du jobbet med pasienter under behandlingstvang (her eller andre steder)?

B – Hovedtemaer

1. Tvang

Har du vært med på gjennomføring av tvangsbehandling?

- Kan du beskrive hva slags tvang du har vært med på å gjennomføre?

Hvordan har du erfart at pasientene opplever medikamentell tvangsbehandling?

Hvordan forholder du deg til eventuell behandlingsmotstand med tanke på relasjonen man har/forsøker å bygge opp?

Hvordan opplever du å være den som administrerer tvangen på vegne av behandler?

- Hvordan opplever du dette dersom du også er pasientens støtteperson (PAM)?

2. Relasjon

Hvilken betydning har tvangen for relasjonen mellom pasient og helsepersonell?

Hvilke tiltak føler du er gode for å danne en relasjon til pasientene?

- Hvordan skal man fremstå som profesjonsutøver for at pasienten skal ha tillitt til deg?
- I hvor stor grad opplever du at man greier å opprette tillitsfulle relasjoner, sammenlignet med de gangene man ikke får det til (er det en overvekt den ene eller andre veien)?

Ut fra din erfaring, hva skal til for at pasientens innstilling til «hjelpeapparatet» kan endre seg (positivt/negativt) fra en akutt innleggelse og underveis i innleggelsen?

Hvordan kan man bidra til en tillitsskapende og konstruktiv dialog når trusselnivå/ voldspotensiale avtar?

- Kan du gi eksempel på dette?

Hvilken betydning kan det ha for relasjonen mellom helsepersonell og pasient, at pasienten har vært til behandling (på samme sted) tidligere (en eller flere ganger)?

Har du noen eksempler på eventuelle gode eller dårlige erfaringer med pasientrelasjoner, på bakgrunn av tvangsutsettelse?

C – Avflate intervjuet

Opplever du arbeidshverdagen som meningsfylt selv om man kan møte stor motstand fra de man ønsker å hjelpe?

Føler du at du i arbeidshverdagen din gjør en forskjell for pasientene?

Føler du at du har fått fortalt det du har lyst til rundt spørsmålene og fått utdype det du ønsker å formidle?

Er det noe mer du ønsker å legge til?

Vedlegg 3: Søkelogg

Tabell 1. Søkelogg			
Del A. Databasevalg	Del B. Søkord med kombinasjonsord	Del C. Eventuelle avgrensninger	Del D. Antall treff
Helsebiblioteket	Tvangsbehandling og resultat		13
Helsebiblioteket	Tvangsbehandling og forebygging		9
Idunn	Tvangsbehandling og psykiati og resultat		38
Idunn	Tvangsbehandling og psykiatri og resultat	År: 2012-2022	15
Idunn	Relasjonsarbeid og tvungen psykisk helsevern		2
Idunn	Dialogisk samhandling og psykiatri		17
Idunn	Relasjon, psykisk helsevern	Forskningsartikkel, 10 år	125
Idunn	Relasjon OG psykiatrisk institusjon	Forskningsartikkel, 10 år	68
PubMed	Psychiatric patients (title/abstract) AND relation	10 år, systematic review	45
Del E. Totalt antall treff			332

Tabell 2 - Utvelgelse av litteratur		
Steg	Litteratursøk – totalt antall treff fra Tabell 1 Del E.	
1	(n=332)	
2	Lest overskrift og/eller abstract (n=332)	
3		Ekskludert: ikke relevant for tema/problemstilling (n=316)
4	Fullest litteratur (n=16)	
5		Ekskludert: Ikke relevant (n=3)
6	Inkludert fulltekst litteratur, relevant for tema/problemstilling (n=13)	

Vedlegg 4: Godkjenning fra SIKT



Norsk ▾ Andreas Riven ▾

[Meldeskjema](#) / [Vernepleiere og sykepleieres erfaringer med reasjonsarbeid der pasienter er under ...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

20.01.2023 ▾

Referansenummer
700210

Vurderingstype
Automatisk

Dato
20.01.2023

Prosjektittel

Vernepleiere og sykepleieres erfaringer med reasjonsarbeid der pasienter er under behandlingstvang

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig

Bente Margrethe Weimand

Student

Andreas Riven

Prosjektperiode

20.02.2023 - 05.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 05.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedømmer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1.d) riktighet, 5.1.f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

b6b096a79



Chat med oss på
hverdager fra 12-14