



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Espen Woldsengen Haugom

En drøftning av sammenhengen mellom behandlingsrelasjonen og opplevd
tvang i psykisk helsevern

A discussion of the relation between treatment relationships and perceived
coercion in mental health care.

Videreutdanning/master i psykisk helsearbeid
Teoretiske perspektiver på psykososialt arbeid. Emne 4PH7721
2012

Samtykker til utlån hos biblioteket: JA NEI

Innholdsfortegnelse

0.0	Sammendrag	3
1.0	Innledning	4
1.1	Hensikt	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	5
1.3	Begrepsavklaringer	5 - 6
2.0	Teori med drøftning	6 - 9
3.0	Metode	9 - 10
4.0	Presentasjon av forskning	11 - 13
5.0	Presentasjon av funn	13 – 20
6.0	Konklusjon	21

Sammendrag

Hensikten med artikkelen er å drøfte sammenhengen mellom behandlingsrelasjonen og opplevd tvang. Metoden er en kvalitativ litteraturstudie hvor det blir presentert relevant forskning, teori om tvang, makt og relasjonskompetanse; deriblant en dialektisk relasjonsmodell. Forskningen kan tyde på at det eksisterer en bedreviterholdning hvor personalet mener å vite hva som er best for pasienten. Dette fører til behandlingsrelasjoner hvor pasienten blir objektivert. Artikkelen viser at holdningen personalet har når de forholder seg til pasienten som et objekt er en holdning hvor terskelen for å manipulere, overtale og benytte seg av andre tvangsteknikker er lavere enn hvis en forholder seg til pasienten som et subjekt. Økt fokus på å ”bli kjent” i det som Hummelvoll (2004) kaller forberedelses og orienteringsfasen kan på en naturlig måte bidra til mindre opplevd tvang. Når personalet fokuserer på å bygge gode relasjoner vil de forholde seg til pasienten som et subjekt og medmenneske.

1.0 Innledning

Tema i denne artikkelen er makt og tvang i psykisk helsevern. Jeg har gjennom mitt arbeid som vernepleier ved en akuttpost fått erfare hva makt og tvang i psykisk helsevern handler om. Dette er spennende og samfunnsaktuelle tema. For meg er det naturlig å reagere med tvil når tvang eller makt blir benyttet, og jeg tenker det er viktig å reflektere over om tvang er riktig i de enkelte situasjoner. Jeg ønsker å øke min kompetanse og bevisstgjøring; temaet var derfor et enkelt og naturlig valg.

Gjennom min yrkesutøvelse har jeg møtt pasienter som føler at de blir utsatt for tvang selv om det ikke er noe formelt vedtak med hjemmel i lovverket som sier at personalet har lov til å utøve tvang. Det kan være pasienter som føler seg presset til å ta medisiner, føler seg presset til å bli innlagt eller føler det som tvang at dørene er låst til tross for at de er innlagt frivillig. Dette er pasientens opplevelse av tvang og denne kan være tilstede uavhengig av om pasienten er innlagt frivillig eller på tvang. Artikkelen kommer hovedsakelig til å handle om opplevd tvang, men begreper som formell tvang og makt blir allikevel beskrevet og drøftet da jeg tenker det er viktig for forståelsen av opplevd tvang.

Jeg har valgt å tilnærme meg tema ved å se nærmere på behandlingsrelasjonen mellom bruker og den psykiske helsearbeider(personalet). Jeg kommer til å presentere og drøfte teori om tvang, makt og relasjonskompetanse; deriblant en dialektisk relasjonsmodell. Deretter kommer en presentasjon av forskning på området. Videre kommer en presentasjon av funn hvor jeg prøver å trekke ut tema fra forskningsartiklene. Dette brukes sammen med presentert teori for å besvare problemstillingen, samtidig som jeg presenterer det Hummelvoll (2004) kaller sykepleier-pasient-felleskapet. Jeg kommer blant annet til å drøfte hva som kjennetegner behandlingsrelasjoner i det psykiske helsevernet. Jeg ønsker å se om behandlingsrelasjonene kan ha betydning for opplevelsen av tvang, både positivt og negativt. Det jeg mener med dette er om tilnærmingen personalet har i relasjonen med pasienten har sammenheng med opplevelsen av tvang. Et sentralt spørsmål er om den dialektiske relasjonsmodellen kan belyse en tilnæringsmåte som bidrar til mindre opplevd tvang. Jeg har valgt å drøfte fortløpende gjennom oppgaven. Dette har gitt best flyt i oppgaven, dessuten føler jeg at denne måten gir meg bedre plass til å få frem mine diskusjoner.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å belyse uformelle maktstrukturer og opplevd tvang i psykiatrien og drøfte sammenhengen mellom behandlingsrelasjonen og opplevd tvang. Jeg ønsker å finne ut om en ved å fokusere på behandlingsrelasjonen kan bidra til mindre opplevd tvang i psykisk helsearbeid. Videre håper jeg at artikkelen kan bidra til et økt fokus på bevisstgjøring av uformelle maktstrukturer og relasjonsarbeids betydning i psykisk helsevern.

1.2 Presentasjon av problemstilling

En drøftning av sammenhengen mellom behandlingsrelasjonen og opplevd tvang i psykisk helsevern.

Når jeg snakker om pasientens opplevelse av tvang er konteksten selve innleggelsen i psykiatrisk sykehus; det vil si fra pasienten møter opp hos legevakt for vurdering i forhold til innleggelse til vedkommende blir skrevet ut fra sykehuset. Når jeg skal svare på problemstillingen kommer jeg hovedsaklig til å fokusere på behandlingsrelasjonen personalet har med pasienten.

1.3 Begrepsavklaringer

En kan skille mellom formell og opplevd tvang. Den formelle tvangen er hjemlet i lovverket, det vil si at en har fattet et vedtak med hjemmel i loven (f. eks: psykisk helsevernloven) som tilsier at en kan benytte seg av tvang ovenfor denne pasienten, jamfør legalitetsprinsippet. I Norge er det tre hovedkategorier av tvangsbruk; tvunget psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Tvunget psykisk helsevern handler om at en kan legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbehandling handler om at en kan behandle pasienter uten at de gir samtykke, for eksempel med legemidler. Tvangsmiddelbruk er bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon, kortidsvirkende legemidler eller kortvarig fastholdning for å hindre pasienten i å skade seg selv, andre eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting (Psykisk helsevernloven, 1999). Opplevd tvang handler om pasientopplevelsen av tvang. Det dreier seg ikke om at personalet eller legen har bestemt at det er tvang fordi situasjonen oppfyller kriteriene som lovverket stiller. Det handler om pasientens faktiske opplevelse og erfaring, pasientens subjektive opplevelse av situasjonen (Norvoll, 2002). Jeg har valgt å bruke begrepet *pasient*, fordi dette begrepet i stor grad blir brukt ovenfor de som mottar behandling innenfor psykiatriske sykehus. Jeg benytter meg hovedsaklig av begrepet personal for å beskrive de som yter helsehjelp, ved beskrivelse av

forskning har jeg valgt å beholde begrepet som er brukt i forskningsartikkelen. Her kommer en klargjøring av andre relevante begreper som brukes i artikkelen:

Relasjon: lat. Forhold, sammenheng. I denne artikkelen brukes begrepet om forholdet og samspillet mellom pasienten og personalet (ordbok.no).

Dialektikk: gr. Samtale eller samtalekunst. 1. En metode der en gjennom spørsmål og svar, argumenterer og motargumenterer søker å bestemme begrepenes innhold el. trenge inn et problem. 2. Læren om at tanken (og utviklingen) går gjennom motsetninger som blir opphevet ved å forenes i høyre enheter (ordbok.no).

Tvang: det å tvinge: makt, press, undertrykking, ufrihet (ordbok.no).

Makt: herredømme, myndighet, autoritet; sterk innflytelse; overtak. (ordbok.no)

2.0 Teori med drøftning

Det psykiske helsevernet har en særlig mulighet til å utøve makt og sosial kontroll, herunder tvang overfor pasientene. ”Dette har en stor innvirkning på relasjonene og samspillet mellom personalet og pasientene” (Norvoll, 2002:121). Det er viktig å merke seg at ingen annen samfunnsinstitusjon har så store virkemidler for atferdskontroll til sin rådighet som det psykiske helsevernet. Dette er stadig under diskusjon (Norvoll, 2002). Det såkalte Paulsrud utvalget har for eksempel kommet med et lovforslag hvor formålet er å styrke selvbestemmelsesretten og rettsikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (NOU, 2011:9). Gråsonen mellom formell og opplevd tvang ser jeg daglig i mitt arbeid ved en akuttpost. Et godt eksempel er bruken av medisiner, hvor det åpenbart er glidende overganger mellom frivillighet og tvangsmedisinering. Min erfaring er at det ofte er nødvendig med betydelig overtalelse fra personalet for å motivere pasienten til å ta imot forordnet medisin. Noen ganger blir pasienter tilnærmet truet med at de får medisiner på tvangsparagraf hvis de ikke tar imot frivillig. Jeg tenker at hvordan personalet opptrer i relasjonen ovenfor pasienten kan ha betydning i forhold til pasientens følelse av opplevd tvang.

Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og samhandle med pasientene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. Det handler om å kjenne seg selv, den andre, og ikke minst forstå hva som skjer i relasjonen og samhandlingen dere i mellom (Røkenes og Hanssen, 2002:11). Dialektikken gir oss et nyttig bidrag til relasjonsforståelse. Dialektikken er forenlig med eksistensialismen i det at mennesket oppfattes som noe ikke-

ferdig, at selvrefleksivitet er en spesifikt menneskelig egenskap og at individet ikke kan forstås uavhengig av sin sammenheng. Dialektikken motsetter seg i likhet med eksistensialismen det positivistiske vitenskapsidealet; mennesket er ikke forutsigbart og kvantifiserbart og kan ikke forstås ut fra en diagnose eller symptomer alene. Den dialektiske relasjonsforståelsen sier at for å forstå individet må fokus rettes mot sammenhenger og relasjoner. Individet er alltid i gjensidige samspill og derfor kan vi ikke observere individet som et separat objekt. Det dreier seg ikke om enten-eller men om både-og når det gjelder å forstå individet i relasjonen. Individet fungerer som både subjekt og objekt i en gjensidig prosess. Det dialektiske er at de to sidene viser til hverandre, utsier noe om hverandre og er deler av en helhet (Schibbye, 2002). Selvbevissthet eller selvrefleksivitet som en spesifikk menneskelig egenskap er som nevnt sentralt innenfor dialektikken. Det handler om at individet er et opplevende menneske som kan reflektere over det som skjer inne i seg og med seg. Det er nettopp denne egenskapen som gjør individet i stand til å reflektere rundt opplevelsen av tvang. Filosofen Hegel har gitt et betydelig bidrag til dialektikken. Han mener at selvbevisstheten kun eksisterer som anerkjent av en annens selvbevissthet (Schibbye, 2002). En kan si at individets bevissthet blir til via en annen bevissthet.

Hvis jeg for eksempel skal være anerkjennende ovenfor en pasient innebærer dette at jeg må fange pasientens bevissthet og gi den tilbake som anerkjent av min bevissthet. Hvis jeg ikke lykkes i å anerkjenne pasienten risikerer man at en del av pasientens bevissthet blir splittet og forblir utenfor ham (Schibbye, 2002). Dette kan føre til en relasjon preget av lite utvikling, manglende evne til å ta den andres perspektiv og fastlåste dialoger. Hegels metafor om herre-knekt forholdet beskriver på en fin måte hva som ligger i dette. Dette forholdet er preget av dominans og underkastelse. Herre og knekt er låst i sine posisjoner på grunn av dødsangst, angst for å gå til grunne. Herren er den dominerende part. Han nyter og trelen(knekten) tilfredsstillende hans begjær gjennom arbeid. Herren har i dette forholdet makt og trelen underkaster seg denne makten. Et eksempel kan være pasienten som blir presset av personalet til å ta imot medisiner. Det er personalet og eventuelt legen som sitter med makten. Pasienten vet at han kan bli tvangsmedisinert med sprøyte hvis han ikke tar medisiner frivillig, pasienten har angst for sprøyter og er redd han skal gå til grunne hvis han ikke gjør som han får beskjed om av personalet. Her er det snakk om en asymmetrisk relasjon hvor personalet har mer makt enn pasienten. Personalet er herren og pasienten er trelen som underkaster seg personalets makt, pasienten er i en avmakt situasjon. Personalet får det som de vil, men man har en usunn

og fastlåst relasjon som antageligvis ikke fører til verken endring eller utvikling for noen av partene. I en slik relasjon forholder personalet seg til pasienten som et objekt, en ting.

Bø og Thomassen (2001) skriver at psykiatrien, særlig den institusjonsbaserte, har trekk som kan stimulere til tingliggjøring og dehumanisering. Dette kan ha sammenheng med at psykiatriske sykehus hovedsakelig er styrt av den biomedisinske modellen. Det filosofiske grunnlaget for denne modellen er i stor grad preget av positivismen. I positivismen er det sansbare utgangspunktet for vitenskapen, det vil si det som kan observeres. Menneskets atferd vies derfor stor oppmerksomhet, mens dets følelser må operasjonaliseres for å finne ut hvordan de viser seg i atferd slik at det kan måles og telles (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, Løkke, 2009). Den biomedisinske modellen referer til den psykiatriske behandlingen, som er basert på det tradisjonelle lege-pasient forhold (Hummelvoll, 2004). Diagnostisering av psykiske lidelser er sentralt og behandlingen iverksettes med utgangspunkt i hva slags diagnose pasienten får. Menneskets subjektive erfaringer blir i denne modellen viet liten oppmerksomhet. En ser på mennesket som et objekt, en ting. Relasjoner hvor mennesket blir betraktet som et objekt, slik som herre-knekt relasjonen kjennetegnes som nevnt ved at en av partene har større makt, en asymmetrisk relasjon. Max Weber definerer makt som et eller flere menneskers sjans til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på (Weber, 1990). Ifølge Weber (1990) trenger ikke makt nødvendigvis å utøves for at den skal være tilstede, men gjenvinnes i selve muligheten for å få gjennomført viljen sin. For eksempel kan synet av en belteseng være like effektiv for å befeste maktforholdet som det og faktisk legge pasienten i belter. Maktutøvelse skjer derfor ofte ved at de som utsettes for makt forutser hva makthaveren ønsker og hvilke reaksjoner som kan komme (Norvoll, 2002). Den franske sosiologen Michael Foucault sier at makt ikke er noe vi har, men noe vi utøver. Han understreker også at makt er relasjonell (Foucault, 1961/2000). En kan ut fra disse definisjonene si at makt blant annet handler om det vi utøver i sosiale relasjoner, som medfører at vi får gjennomslag for vårt synspunkt. Makt kan være både positivt og negativ. Den sosiale kontrollen som rettsvesen utøver ved hjelp av makten de har, er som oftest positiv. Det at personalet på psykiatriske sykehus benytter seg av makten sin for å få gjennomslag for behandlingstiltak kan ofte være negativt. Unntaket kan være i de tilfellene personalet handler med utgangspunkt i en genuin eller ønsket paternalisme (Holte, 2003). Når personalet benytter seg av makten sin på en negativ måte fører det ofte til en tingliggjøring av pasienten, relasjonen blir preget av et subjekt-objekt forhold. I Buber (1992)

sin terminologi kalles dette en ”jeg-det” relasjon. En ”jeg-det” relasjon kjennetegnes av at det ikke er noen gjensidighet i relasjonen; en snakker til, og ikke med den andre (Barbosa da Silva, 2006).

En kan også trekke frem en analogi til filosofen Hans Skjervheims teori om toledda og treledda relasjoner. I toledda relasjoner deler ikke personalet og pasienten samme saksforholdet eller tema. Personalet bryr seg ikke og er ikke interessert i hva pasienten ønsker å formidle. Pasienten blir i denne typen relasjoner gjort til et objekt. Pasientens følelser, erfaringer og vurderinger blir betraktet som ting. Skjervheim mente at vi inntar en tilskuerholdning når vi objektiviserer den andre på denne måten. Vi fratrar den andre muligheten til å være deltaker eller aktør i relasjonen (Skjervheim, 1996). Den treledda relasjonen derimot, handler om at en setter seg ned sammen med pasienten og retter oppmerksomheten mot saksforholdet, temaet eller problemstillingen og deler det. ”Vi har her ein treledda relasjon, mellom den andre, meg og sakstilhøve som er slik at vi deler sakstilhøvet med hverandre” (Skjervheim, 1996:1). Den treledda relasjonen er en betegnelse på et subjekt-subjekt forhold, eller et jeg-du forhold i Bubers (1992) terminologi. Den toledda relasjonen derimot kan sammenlignes med herre-knekt forholdet som er preget av et subjekt-objekt forhold. Jeg tenker at en relasjon preget av en subjekt-subjekt relasjon er viktig. Hegel mente at anerkjennelse innebærer en evne til å ta den andres perspektiv og sette seg i den andres subjektive opplevelse. Jeg tenker det er viktig å fokusere på at det er medmennesker og behandle pasientene deretter. Det handler om å se den andre som et subjekt i stedet for et objekt. En må møte hele mennesket og verdsette den andres indre opplevelsesverden (Schibbye, 2002).

3.0 Metode

Metode kommer av det greske *methodos* og betyr å følge en bestemt veg mot et mål. En kan si at det er en fremgangsmåte og et hjelpemiddel for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2000). Det er min vei mot målet som skal beskrives i dette kapitlet.

Artikkelen er en kvalitativ litteraturstudie basert på relevant pensumlitteratur og forskning. Jeg startet med å gå grundig gjennom sekundærlitteratur - dette ga grunnlag for den overordnede teori som oppgaven bygger på. Jeg fortsatte med manuelle søk i Bibsys, Helsebiblioteket, Swemed, Ovid, PsycINFO og Google scholar. Søkeordene var blant annet

opplevd tvang(perceived coercion), akuttpost(acute ward), paternalisme(paternalism), autonomi(personal autonomy) og psykisk helse(mental health). Jeg fokuserte på å søke etter nyere forskning for å belyse emnet best mulig. Jeg startet med å se etter artikler fra 2006 frem til dags dato, men måtte utvide horisonten noe. Den eldste artikkelen min er fra 1997, mens den siste er fra 2004. Jeg er klar over at noen av artiklene er gamle og var derfor kritisk. Etter en gjennomgang mener jeg at de er gjeldene for praksis og derfor aktuelle å bruke. Et søk 11.04.12 gjennom ovidSP med databasen EMBase 1996-2012 Uke 14 med søkeordene "perceived coercion" and acute wards ga fem treff, hvor en av dem var "Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway". Artiklene blir presentert i et eget kapittel. Noen blir presentert grundig, mens andre blir brukt for å underbygge standpunkter eller for å vise at flere har kommet frem til samme funn. Artiklene som blir fremstilt grundigere er fra henholdsvis Norge, Sverige og Storbritannia og er utgitt av anerkjente tidsskrift. Det er forskjeller i antall respondenter i de ulike undersøkelsene. Noen intervjuer pasienter, andre pårørende og noen personale. Det kan være at utvalget mitt er for lite til å trekke noen konklusjoner, men resultatene er sammenfallende og jeg tenker derfor at de er representative.

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnæringsmåte. Hermeneutikken er en teori om hvordan det kan oppnås forståelse for meningssammenhenger, for eksempel i en tekst. Den hermeneutiske sirkel er sentral i analysen av tekster. Det handler om stadig å utvikle en ny helhetsforståelse - denne prosessen går fra helhetsforståelse via delforståelse til ny helhetsforståelse. Forforståelsen min er den første helhetsforståelsen jeg har av en artikkel eller bok jeg skal lese. I møte med kapitler eller enkelte temaer i artikkelen oppstår delforståelser og disse virker inn på min forforståelse, slik at en ny helhetsforståelse oppstår. (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, Løkke, 2009). Forskjellig tema i tekster og bøker har gjennom mitt arbeid ført til oppdagelser jeg ønsket å gå mer i dybden av, derfor har jeg i store deler av prosessen søkt ny informasjon. Dette har ført til nye delforståelser som har virket inn på forforståelsen og skapt ny helhetsforståelsen. Den hermeneutiske sirkel er normativ i den forstand at den er uavsluttet og åpen; vi vil alltid skape nye forståelser. Gadamer mener at vår forforståelse ligger så dypt i vår egen eksistens og levemåte at den ikke kan settes til side (Thornquist, 2003). Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å være kritisk til min personlige og faglige forforståelse og jeg er klar over at mine meninger og handlinger vil være subjektivt basert i den forstand at egne erfaringer, forforståelse, fordommer og bakgrunn spiller inn (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, Løkke, 2009). I den grad jeg har med eksempler fra praksis blir disse fullstendig anonymisert.

4.0 Presentasjon av forskning

Knut Ivar Iversen, Georg Høyer, Hal Sexton og Ole Kristian Grønli har foretatt en studie som undersøker opplevd tvang blant pasienter som blir innlagt på akuttavdelinger i Norge. De har intervjuet 223 pasienter som ble innlagt på fire forskjellige akuttposter i psykiatriske sykehus fra oktober 1998 til november 1999. Resultatene viser at mange pasienter rapporterte et høyt nivå av opplevd tvang i innleggelsesprosessen. Dette var til dels forventet blant de som ble tvangsinnlagt, litt overraskende var det derimot at 32 prosent av de frivillig innlagte opplevde et høyt nivå av opplevd tvang. Studien viser at juridisk status ikke er noen sikker indikasjon for opplevelsen av tvang. Nesten halvparten av de frivillig innlagte rapporterte at noen andre mente de trengte innleggelse og 16 prosent svarte at de hadde følt seg fornærmet under innleggelsen. Ti prosent (8 pasienter) av de frivillig innlagte svarte at de ble innlagt imot deres egen vilje. Forfatterne understreker at det er viktig å være kritisk i forhold til om instrumentene faktisk måler opplevd tvang og poengterer at det må spørres om instrumentene kan ha en tendens til å måle krenkelse av integriteten. Iversen et al. (2002) konkluderer med at oppfatningen av å bli utsatt for negativ påvirkning og utelukkelse fra innleggelsesprosessen er de eneste faktorene som tydelig indikerer opplevd tvang. Dette er interessant fordi det tydeliggjør viktigheten av en mellommenneskelig prosess under innleggelsesprosessen. De sier at det kanskje bør bli mer fokus på faktorer som fremmer en god behandlingsrelasjon (Iversen, Høyer, Sexton, & Grønli, 2002).

En svensk studie undersøker regionale forskjeller i bruk av tvang ved å ta utgangspunkt i pasienter og pårørendes erfaring (Kjellin, et al, 2004). De intervjuet 138 tvangsinnlagte, 144 frivillig innlagte og 162 pårørende. I likhet med Iversen (Iversen, et al, 2002) finner de at pasientens juridiske status ikke er noen sikker indikasjon for opplevelsen av tvang. Seks prosent av frivillig innlagt rapporterer at de kom til sykehuset imot deres egen vilje. 63 prosent av de tvangsinnlagte og 20 prosent av de frivillig innlagte pasientene rapporterte at de hadde blitt utsatt for tiltak imot deres egen vilje i løpet av oppholdet. Henholdsvis 73 prosent og 40 prosent fortalte at de hadde blitt nektet å forlate sengeposten. Tre prosent av frivillig innlagte rapporterer at de har blitt utsatt for tvungen medisiner og en prosent rapporterer å ha blitt utsatt for skjerming. Blant de frivillig innlagte var det 81 prosent som rapporterte at personalet tok godt vare på dem. 21 prosent følte at deres personlige integritet hadde blitt krenket. De pårørende i undersøkelsen ble ikke skilt i forhold til om de var pårørende for en

pasient innlagt frivillig eller på tvang, fordi svarene var forholdsvis like. 31 prosent av de pårørende angir at pasienten ble utsatt for tvangstiltak i løpet av behandlingsoppholdet. Forskerne understreker at på grunn av utvelgelseskriterier er ikke resultatene av denne studien representativ for alle innliggende psykiatriske pasienter. Likevel er en del av resultatene sammenfallende med resultatene som Iversen finner. Hovedsakelig handler dette om at tvang som blir rapportert av pasienter ikke alltid har et juridisk grunnlag. Det vil si at pasienter som formelt sett ikke er underlagt tvang likevel opplever å bli utsatt for tvang. Poulsen (1999) og Kjellin og Westrin (1998) har også sammenfallende funn.

Lützèn (1998) har foretatt ustrukturerte intervjuer med ti britiske sykepleiere med fokus på situasjoner hvor pasienter ikke samarbeider med sykepleierens avgjørelse om hva som skal bli gjort for dem i forhold til behandling. Hun finner at sykepleierne bruker forskjellige typer av subtil tvang for å oppnå deres mål med pasienten. Intervjuene belyser flere situasjoner hvor sykepleierne må vurdere pasientens selvbestemmelse. Noen eksempler som blir nevnt er når pasienten ønsker å forlate sykehuset, nekter å ta medisiner, nekter å vaske seg og pasienter som viser selvdestruktiv atferd. I disse eksemplene mener sykepleierne at de vet hva som er best for pasienten - problemet er hvordan de skal få pasienten til å forstå dette. Det er her den subtile tvangen kommer inn i bildet ved at sykepleierne prøver å manipulere, overtale, bestemme for, eller inngå avtaler som gjør at de får gjennom viljen sin. Den subtile tvangen handler om at sykepleierne tvinger sin vilje over på pasienten. De beskriver noen eksempler: "This patient who wants to leave hospital, and ethically he is informal and can refuse treatment, they have a right to leave if they demand it. What happened? I had to find a way of talking the patient into staying, coerce him" (Lützèn, 1998:104). I forbindelse med en pasient som måtte presses til å ta imot medisiner, forteller en sykepleier følgende: "I suppose as much as we like to think that there isn't any coercion, I think there is" (Lützèn, 1998:104). I følge studien hadde overtalelse i noen situasjoner resultert i at personalet måtte bruke fysisk makt. Lützèn (1998) skriver at det virket som meningen med begrepet autonomi var modifisert til å være avhengig av hva sykepleierne mente pasienten kunne bestemme selv og ikke kunne bestemme selv. Pasienten var sjeldent involvert i beslutningsprosessen. Sykepleierne sier at de ikke brukte makt eller truet pasientene med tvangsbehandling, de forteller derimot at det ofte var postrutinene som var grunnen til restriksjoner i pasientens autonomi. Sykepleierne står i de fleste situasjonene ovenfor to etiske prinsipper: ikke-skade/gjøre det gode prinsippet og autonomi prinsippet. Studien viser at sykepleierne nesten

konsekvent velger å forholde seg til ikke-skade prinsippet og handler derfor ut fra hva de mener er det beste for pasienten. Den subtile tvangen de utfører kan derfor beskrives som en type svak paternalisme; å overstyre en persons kjente preferanser og handlinger, rettfærdiggjort av målet om å hindre skade. Sykepleierne fortalte at kunnskapen om hva som er best for pasienten kommer fra praktisk erfaring, følelser og intuisjon (Lützèn, 1998).

O` Brien & Goldings (2003) utfordrer den tradisjonelle paternalistiske rettfærdiggjøringen av tvangspraksis i psykisk helsearbeid, som vi har sett eksempel på i Lützèn (1998) sin studie. De argumenterer for at en har feilet i å skille mellom hva som teller som tvangspraksis og hva som rettfærdiggjør tvang. De mener dette fører til tilfeller av tvang som ikke er rettfærdiggjort. Derfor argumenterer de for at tvang må rettfærdiggjøres innefor de spesifikke omstendighetene som en hver slik situasjon består av. De foreslår en bred definisjon av tvang som anerkjenner utbredelsen av tvang i psykisk helsearbeid: "any use of authority to override the choices of another" (O` Brien & Golding, 2003:168). Beaucamp & Childress (2001:94) har en noe mer snever definisjon av tvang: "a credible and severe threat of harm to force or control another". O` Brien & Goldings (2003) argumenterer for at tvang i utgangspunktet er prima facie illegitimt, det vil si at det er lovstridig å anta at tvang er den selvsagte og åpenbare handlingen ved første blikk på en situasjon. Det viser seg derimot at det er omvendt innenfor psykisk helsearbeid, det virker å være en selvfølge at siden pasienter har begrenset autonomi er tvangspraksis vanligvis rettfærdiggjort. Kalitjala-Heino, Laipala & Salokangas (1997) fant at resultatet av behandling var verre for de pasientene som følte seg utsatt for tvang. O` Brien & Goldings (2003) sier at tvang tar vekk selvtillit, begrenser selvbestemmelse og hindrer pasientene i å føle seg fullverdige. Hvis vi derimot respekterer pasientens beslutning i stedet for å tvinge dem, vil dette ha positive fordeler for pasienten. På denne måten utvikler vi ifølge O` Brien & Goldings (2003) selvtillit, selvbestemmelse og evnen til å ta beslutninger og bli mer autonome. Behandlingsrelasjonen beskrives som viktig for å utvikle disse egenskapene.

5.0 Presentasjon av funn

Jeg mener at holdninger blant personalet er et tema som går igjen i artiklene jeg har presentert og skal derfor analysere dette nærmere. Iversen et al (2002) og Kjellin et al (2004) viser at pasientens juridiske status ikke er noen sikker indikasjon for opplevelsen av tvang. Pasienter som formelt og juridisk sett ikke er underlagt tvang opplever likevel å bli utsatt for tvang. Jeg tenker at dette kan ha sammenheng med hva slags holdninger personalet har i det relasjonelle

møtet med pasienten. Lützèn (1998) finner at sykepleierne bruker forskjellige typer av subtil tvang for å oppnå deres mål med pasienten. Jeg tenker dette bærer preg av en holdning hvor personalet mener å vite hva som er best for pasienten, en ”bedreviter” holdning. Et eksempel er når informanten i Lützèn sin studie forteller om en pasient som måtte presses til å ta imot medisiner. Personalet mente at dette var den beste behandlingen for pasienten. Det er personalet som sitter med makten i relasjonen og de benytter seg av denne makten for å få gjennomført sin vilje (Weber, 1990). Jeg tenker at en relasjon hvor fokus stort sett handler om å få gjennomslag for sine egne tanker og meninger for behandlingen ikke ivaretar og anerkjenner pasienten tilstrekkelig. Relasjonene blir preget av et herre-knekt forhold hvor pasienten blir objektivert og sett på som en ting. Jeg tenker at holdningen personalet har når de forholder seg til pasienten som en ting i stor grad er en holdning hvor terskelen for å manipulere, overtale og benytte seg av andre tvangsteknikker er lavere enn hvis en forholder seg til pasienten som et subjekt. Det er enklere å utøve tvang ovenfor en ting enn det er ovenfor et medmenneske.

Jeg mener at holdningene som blir fremstilt gjennom disse artiklene kan knyttes til det Kristiansen (1993) kaller ”mental health land”. Det referer til en slags subkultur som består av et nettverk med forskjellige holdninger og situasjoner som mennesker med en psykiatrisk diagnose må forholde seg til. Det dreier seg blant annet om hvordan kunnskap defineres; hvor det er fagmiljøene som har definisjonsmakten på hva som er ”sant” og ”ikke sant”. Jamfør Lützèn (1998) sin studie hvor personalet vet hva som er best for pasienten; personalet har definert sannheten og gjør alt i deres makt for å få gjennom dette synspunktet. Symbolsk makt er også sentralt i denne sammenhengen. Det blir ofte kalt normmakt fordi den påvirker hvem som har størst mulighet til å definere hva som skal regnes som rett eller galt innenfor et samfunn eller en organisasjon. Modellmakt er et viktig aspekt ved symbolsk makt. Det handler om at den gruppen(personalet) som får godtatt sin virkelighetsforståelse som grunnlag for det som skjer i en situasjon, vil ha modellmakt over den andre(pasienten) (Norvoll, 2002). Foucault var opptatt av ”diskurser”. Det handler om konstruksjonen av kunnskapsregimer og meningssystemer gjennom tale og tekst. Han mente at det til et hvert tidspunkt i historien, innenfor gitte samfunnssystemer vil være diskurser som setter regler for hvilke oppfatninger av virkeligheten som skal regnes som sanne (Foucault, 1961/2000). Funnene mine kan tyde på at diskursen innenfor de psykiatriske sykehusene har regler som sier at det er personalet som definerer virkeligheten; hva som er sant.

Holdningene jeg har belyst viser at personalet bruker for liten tid til å bli kjent med pasienten. I stedet for å sette seg inn i pasientens situasjon har de på forhånd bestemt seg for hva som er rett behandling og benytter seg av sin maktposisjon for å få igjennom viljen sin. Det virker som det blir brukt lite tid på å bygge en god relasjon med pasienten. Når personalet ikke er kjent med pasienten tenker jeg at det må være vanskelig å vite hva som er best for pasienten. Det kan være at pasienten er i en tilstand hvor han er kompetent og selv i stand til å fortelle hva som er best for han. Hvis han ikke er i stand til det på grunn av sykdom eller andre faktorer tenker jeg at personalet uansett må bli kjent med pasienten før de kan si noe om hva som er best for denne pasienten. Sentralt i denne sammenhengen er det at FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter(CRPD) i artikkel 12 definerer at funksjonshemmede inkluderer alle med langvarige fysiske, mentale, intellektuelle eller sensoriske funksjonshemninger, og at alle disse har samtykkekompetanse, på samme vilkår som alle andre, i alle livets aspekter. Dette kan tolkes dit hen at pasientene uavhengig av psykisk tilstand har samtykkekompetanse og derav er kompetente til å si noe om hva slags behandling de ønsker.

Når personalet setter i gang behandling uten å bli kjent med pasienten først, tenker jeg at det er en måte å kategorisere pasientene på ut fra observert atferd ved innkomst. Jeg synes at dette minner om en biomedisinsk tilnærming hvor en tar utgangspunkt i sansbar atferd, kategoriserer pasientene og iverksetter behandling med utgangspunkt i hvilken kategori/diagnose pasienten får. I en slik prosess blir pasientens subjektive erfaring og opplevelser viet liten oppmerksomhet (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, Løkke, 2009). Barbosa da Silva (2006) skriver at menneskesynet som ligger til grunn for den biomedisinske modellen kan hindre helsepersonellet i å respektere pasientens autonomi. Vi har sett at helsepersonellet i Lützèn (1998) sin studie nesten konsekvent forholder seg til ikke-skade prinsippet og i liten grad tar i betraktning pasientens autonomi. Når en arbeider innenfor en modell som i liten grad vier pasientens subjektive erfaring og opplevelse oppmerksomhet, er det kanskje enklere å komme i situasjoner hvor en utfører en handling som gjør at pasienten får en opplevelse av å bli utsatt for tvang. Dette handler om at en arbeider innenfor en diskurs hvor sannheten er at personalet vet hva som er best behandling for pasienten. Fordi dette er en sannhet som er akseptert innenfor institusjonen er det unaturlig å vie pasientens subjektive erfaring og opplevelse stor oppmerksomhet. Jeg tenker en må være kritiske til diskursene som er styrende

for behandlingen. I noen tilfeller tror jeg at personalet utsetter pasienter for opplevd tvang uten selv å være klar over dette, fordi de arbeider etter en gjeldende diskurs og tror at det de gjør er det beste for pasienten. Det blir på en måte tatt for gitt at det er slik vi driver behandling her, og dette er den beste måten å gjøre det på både for oss og for pasientene. Ved å være kritisk til diskursene kan vi utfordre de universelle sannhetene om hva som er riktig behandling. Det er verdt å merke seg at personalet i Lützèn (1998) sin studie gjennom sine uttalelser reflekterer over at det faktisk er tvang de utfører, jamfør tidligere sitat.

Kogstad (2011) har i sin avhandling avdekket at behandlingskulturer preget av mangel på dialog og respekt for pasientens egen forståelse fortsatt eksisterer, men at de eksisterer side om side med mer dialogorienterte kulturer. Hun skriver også at instrumentaliseringen av relasjonene kan utgjøre en trussel for de menneskelige møtene som er helt avgjørende for bedringsprosessen. Derfor tenker jeg at personalet gjennom en gjensidig og anerkjennende relasjon må bli bedre kjent med pasienten før de iverksetter tiltak. Hummelvoll (2004) beskriver sykepleier-pasient fellesskapet. Han snakker om forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. I forberedelsesfasen har personalet og pasienten ennå ikke møtt hverandre. Denne fasen innebærer planlegging av det første møtet og gjennomgang av opplysninger en har om pasienten. Hummelvoll (2004) beskriver også en selvanalyse som bør finne sted i forberedelsesfasen. Denne inkluderer å reflektere rundt våre egne oppfatninger, holdninger og verdier ovenfor psykiske lidelser og menneskene bak dem. Hummelvoll (2004) nevner flere spørsmål en bør stille seg, jeg velger å nevne følgende: ”Forventer jeg en sykdomsspesifikk atferd hos de pasienter jeg møter?” og ”Møter jeg pasienten med en holdning som understreker at vårt samvær og samarbeid kan gi mulighet for gjensidig berikelse” (Hummelvoll, 2004:392). Orienteringsfasen er fasen hvor det første møtet finner sted. Den første samtalen er enestående og spesielt avgjørende for det videre samarbeid. Hvis pasienten har søkt hjelp selv kan dette ha kostet mye av personlig overvinning. Derfor vil pasienten være spesielt følsom for de holdninger han møter. En må prøve å skape en atmosfære av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon. Hensikten med samarbeidet drøftes i fellesskap og personalet legger vekt på at fokus for arbeidet vil være pasientens erfaringer, opplevelser og de problemer han ønsker hjelp til å løse. Pasienten må derfor inviteres til å komme frem med hva han har tenkt at skal skje. I stedet for at personalet bestemmer problemområder og starter behandling på bakgrunn av hva de tenker, søker man i denne fasen å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønstre. På bakgrunn av dette og i

samarbeid med pasienten identifiserer man hans aktuelle behov og problemer. En lager en samarbeidskontakt som så langt det er mulig er et resultat av felles drøftning. Dette er ikke alltid like lett med sterk psykotiske eller svært tilbaketrukne pasienter. Under slike forhold må kontrakten presenteres for pasienten og den må tas opp til ny drøftning og revisjon så snart pasienten er i stand til gjensidighet (Hummelvoll, 2004). Når pasienten på grunn av sykdom; ikke snakker eller er såpass dårlig at det ikke er noen sammenheng i det han forteller, tenker jeg det kan være fornuftig å trekke inn pårørende. Min erfaring er at pårørende kan representere en kontinuitet; de er tilstede hele tiden, både ved helse og ved uhelse. Derfor vil pårørende ofte ha kunnskap om pasienten og de kan være en stor ressurs både for pasienten og for personalet. Det kan for eksempel være at pasienten har fortalt om sin tidligere erfaring med hjelpeapparatet. Hva som har fungert og ikke fungert, om han har opplevd å bli utsatt for tvang, osv. Jeg tror at et samarbeid med pårørende kan gi oss informasjon om hva pasienten hadde ønsket hvis han hadde vært i en tilstand hvor han hadde greid å uttrykke dette. Dette kan gjøre det enklere for personalet å bygge en god behandlingsrelasjon og iverksette gode tiltak. Andre har også pekt på hvor betydningsfull pårørendes rolle i psykisk helsearbeid er. Borg og Topor (2009) skriver at for de fleste av deres informanter hadde noen av de pårørende en helt sentral plass i bedringsprosessen. Seikkula og Arnkil (2007) har god erfaringer med nettverksmøter. Åpne samtaler beskrives som godt egnet ved sosiale og psykiske krisesituasjoner av forskjellige typer. Her blir familie, pårørende og sentrale medlemmer av det sosiale nettverket invitert til samtaler for å mobilisere støtte. I følge Hummelvoll (2004) blir hovedarbeidet gjort i arbeidsfasen. En ser i fellesskap på problemutløsende faktorer og arbeider med å øke pasientens selvinnstekt. Avslutningsfasen handler om at en sammen undersøker hva en har oppnådd og hvor pasienten står i forhold til de målene som ble formulert (Hummelvoll, 2004).

Funnene viser at personalet undervurderer forberedelses og orienteringsfasen. Jeg mener dette kan føre til relasjoner hvor personalet forholder seg til pasientene som objekter. I forberedelsesfasen bør personalet reflektere kritisk over sine holdninger slik at de møter pasienten på en anerkjennende måte som legger opp til et gjensidig samarbeid. Det er et godt utgangspunkt for å kunne bygge gode relasjoner i orienteringsfasen. Jeg tenker det er viktig å bruke god tid i denne fasen. Fokus må rettes mot at det er ”jeg” som skal møte ”du” og at vi sammen skal arbeide om noe tredje, nemlig saksforholdet. For å få til dette best mulig er det viktig at personalet og pasientene inngår i reelle samarbeidsrelasjoner. Dette innebærer at

pasienten har stor innflytelse på utforming av tilbudet (Borg, 2004). Reelle samarbeidsrelasjoner krever at både personalet og pasienten tar et brukerperspektiv. Pasienten må se verdien av og ha mot og krefter til deltakelse og en aktiv rolle. Den tradisjonelle avmaktrollen som har blitt beskrevet tidligere er et hinder som må overvinnnes. Dette innebærer at personalet må anerkjenne at det er pasienten selv som erfarer konsekvensene av den psykiske lidelse; gjennom sine egne subjektive opplevelser. Derfor er det pasienten som vet best hva som skal til for å få et bedre liv (Borg, 2004). Jeg tenker det betyr at den asymmetriske relasjonen må bevege seg i retning av å bli mer symmetrisk ved at pasienten får mer makt. Det trenger ikke bety at personalet skal ha mindre makt, men det vesentlige er at pasientens kunnskap blir benyttet ved at en får relasjoner hvor pasienten har mer reel makt og medvirkning. Jeg tror at et økt fokus på å "bli kjent" i forberedelses og orienteringsfasen kan bidra til relasjoner hvor det er naturlig å møte den andre som et subjekt. Hvis en i hele behandlingsprosessen har et fokus på at en skal bli kjent med pasienten som det medmenneske han er tror jeg det er vanskeligere for personalet å objektivere pasienten. Når en møter og forholder seg til pasienten som et subjekt tror jeg det er vanskeligere å handle på en måte som fører til opplevd tvang. Det er som tidligere nevnt vanskeligere å utøve tvang ovenfor et medmenneske enn det er ovenfor en ting, spesielt hvis du kjenner dette medmennesket godt. Jeg tenker at "bli kjent fasen" (forberedelses og orienteringsfasen) kan ha stor betydning for å bygge behandlingsrelasjoner hvor det blir utøvd mindre opplevd tvang.

Sett gjennom Kant sitt kategoriske imperativ kan en tenke seg at subjekt-objekt relasjonen fører til at pasienten blir betraktet som et middel og ikke et mål i seg selv. Det jeg mener med dette er at pasienten blir et middel for personalets yrkesutøvelse; personalet vet hva som er riktig behandling og tvinger dette over på pasienten. Dette er i strid med Kant sitt kategoriske imperativ som sier at mennesket er et formål i seg selv. Mennesket har ifølge Kant en verdi i seg selv. Han mente at ting kan være et formål for mennesket, men mennesket kan ikke være formål for noe høyere. Derfor eksisterer mennesket, og overhodet ethvert fornuftig vesen som formål i seg selv, og ikke kun som middel til tilfeldig bruk for andre (Storheim, 1980). Mennesket er som fornuftige vesener i stand til å være selvlovgivere. Det vil si at mennesket adlyder bare de etiske lover og prinsipper som det gir seg selv – som det selv er opphav til i kraft av å være et fornuftsvesen (Henriksen og Vetlesen, 2006). Kant kobler autonomi til fornuften. Med det menes at en er i stand til å tenke ut og ta stilling til ulike handlingsalternativer, å velge et av alternativene og å realisere det (Barbosa Da Silva, 2006).

Ut fra dette kan det for eksempel tenkes at mennesket(pasienten) som fornuftig vesen og selvlovgiver vet hva som er best for seg selv og på bakgrunn av dette er i stand til å ta stilling til og velge mellom ulike behandlingsalternativer. Min erfaring er at dette ikke er like enkelt i praksis. Sterkt psykotiske eller alvorlig depressive og suicidale pasienter kan i større eller mindre grad ha en svekket evne til å hevde sin autonomi og ta fornuftige valg. Det kan være at de i en periode ikke vet sitt eget beste, at de er avhengige av ivaretagelse av andre; av personalet.

Selv om pasientene er avhengig av at personalet ivaretar dem er det ikke dermed sagt at personalet *umiddelbart* skal iverksette den behandlingen de mener er best for pasienten. Det er fortsatt viktig at en bruker tid til å bygge en god relasjon. Det kan som jeg har vært inne på tidligere være hensiktsmessig å trekke inn pårørende for på den måten få bedre oversikt over hva pasienten hadde ønsket hvis vedkommende hadde vært i en tilstand hvor han hadde greid å uttrykke dette. I de tilfellene hvor personalet må ta avgjørelser på vegne av pasienten tenker jeg det er viktig at disse har grunnlag i en genuin eller ønsket paternalisme. Ifølge Holte (2003) er den preget av en lyttende, undrende og dialogøkende holdning. En holdning jeg tenker er sentral når fokus er å bygge en god behandlingsrelasjon. Jeg mener det er viktig å ivareta menneskeverdet selv om pasienten ikke er i stand til og fullt ut ivareta sin autonomi. Filosofen Tore Frost kritiserer de som knytter egenverdet opp mot autonomi. Han mener at konsekvensen av dette er at vår egenverdi som menneske ikke lenger vil ha karakter av å være absolutt (Barbosa Da Silva, 2006). Derfor mener Frost (2007) at vi i større grad må rette fokus på hva som styrker integriteten i stedet for hva som ivaretar autonomi. Kravet om respekt for pasientens integritet viker nemlig aldri plass. Jeg tenker at personalet ved å fokusere på dette i behandlingsrelasjonen har en tilnærming hvor forholdene er så optimale som mulig med tanke på å unngå at pasienten utsettes for opplevd tvang.

Borg og Topor (2009) har funnet at pasientene opplever det som viktig med gjensidighet i behandlingsrelasjonen. Vatne (2007) skriver at dette handler om å bli behandlet som en person som vet noe om seg selv og hva som hjelper. Jeg tenker det er viktig at pasienten får benytte seg av den kunnskapen han har om seg selv til å være med å bestemme over sitt eget liv - pasienten må myndiggjøres. Dette må gjøres ved å bygge opp virksomme relasjoner i orienteringsfasen. Det er relasjoner hvor både personalet og pasientene er med på å legge premissene. I virksomme relasjoner er spørsmålet om hvem som definerer kunnskapen i større

grad oppe til forhandling. Det vil si at pasienten er med på å bestemme hva som er sant. Personalet og pasienten kommer sammen frem til hva som er sant og hva som er riktig behandling. Dette skjer gjennom relasjoner hvor pasienten blir sett og møtt som en person med evner og ferdigheter og ikke som en kronisk psykiatrisk pasient (Borg, 2004). I Borg (2004) sin studie understreker informantene at fagfolk må samarbeide med den det gjelder. De sier videre at fagfolk må interessere seg for hvem mennesket er, situasjonen hans, konsekvensene lidelsen gir og ut fra dette ta avgjørelser sammen med den enkelte. De understreker at vi ikke skal gjøre ting for eller drive med behandling av. Jeg tenker at informantene i denne studien gir en god forklaring på forskjellen mellom å bli behandlet som et subjekt og et objekt. For å følge opp sitatene fra informantene i praksis tenker jeg det er viktig at personalet møter pasienten på hans nivå. Dette krever at vi toner oss inn på pasienten. Dette kan gjøres ved hjelp av det Daniel Stern kaller affektiv inntoning. Det handler om å tone seg inn på pasienten, dele affektive tilstander og gjennom en annen modalitet gi uttrykk for at en kjenner og forstår følelsen som pasienten står i (Johnsen, Sundet og Torsteinsson, 2008). Jeg tenker at det å tone seg inn og vise forståelse for hvor og hvordan pasienten har det er viktig for å bygge en gjensidig og virksom relasjon. Spesielt viktig i psykisk helsevern hvor en møter pasienter som kan befinne seg på forskjellige steder på kontinuumet mellom helse og uhelse.

6.0 Konklusjon

Forskning viser at pasienter som formelt sett ikke er underlagt tvang likevel opplever å bli utsatt for tvang, jamfør blant annet Kjellin, et al, (2004). Mine funn viser at dette i stor grad handler om holdninger hos personalet, en bedreviterholdning hvor personalet mener å vite hva som er best for pasienten og benytter seg av sin makt for å få gjennomført sin vilje. Dette fører til asymmetriske relasjoner hvor pasientene blir objektivert og betraktet som et middel for personalets yrkesutøvelse. Dette kan som presentert gjennom artikkelen ofte føre til at det er enklere å handle på en måte som gjør at pasienten får en opplevelse av å bli utsatt for opplevd tvang. Det kan være ved manipulering, overtalelse, m.v. Det kan derfor sies å være en sammenheng mellom holdninger hos personalet og behandlingsrelasjonen som i neste steg kan føre til at pasienten utsettes for opplevd tvang. Forskningen jeg har funnet peker på behandlingsrelasjonen som viktig for å utvikle selvbestemmelse og evnen til å ta beslutninger og bli mer autonome (O'Brien & Goldings, 2003). Økt fokus på bygging av behandlingsrelasjon i "bli kjent fasen" kan derfor føre til mer deltagelse blant pasientene. Dette betyr en relasjon preget av mindre avmakt hos pasienten og antageligvis mindre følelse av opplevd tvang. I stedet for å bli tvunget til å ta imot en behandling er pasientene selv med og bestemmer hva slags type behandling de ønsker. Mer fokus på "bli kjent fasen" kan på en naturlig måte bidra til mindre opplevd tvang blant pasientene. Dette fordi når personalet fokuserer på å bygge gode relasjoner i "bli kjent fasen" vil de forholde seg til pasienten som et subjekt og medmenneske. Når en forholder seg til pasienten som et medmenneske er det vanskeligere å handle på måter som gjør at pasienten blir utsatt for opplevd tvang. En bør i større grad vektlegge "bli kjent fasen" innenfor psykisk helsevern. Ved å bygge gode behandlingsrelasjoner hvor pasienten blir møtt som et medmenneske kan en bytte ut bedreviterholdningen med en gyldiggjøring av pasientens stemme. Personalet kan gjennom dialektiske relasjoner arbeide for å oppnå gjensidig anerkjennelse. En må gjennom intersubjektive felleskap dele sine opplevelser. Ved å dele opplevelser kan personalet få bedre forståelse for hvor pasienten befinner seg og hva han trenger av hjelp. Gjennom virksomme relasjoner kan de sammen komme frem til hva som er best for pasientens bedringsprosess. Jeg tenker at en reel anerkjennelse av pasientens opplevelser og erfaringer er viktig for å redusere opplevd tvang. Dette må gjøres gjennom gode behandlingsrelasjoner. Det kan derfor sies at det er en sammenheng mellom behandlingsrelasjonen og opplevd tvang i psykisk helsevern.

Litteraturliste

Barbosa da Silva A. et al (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Beauchamp T.L. & Childress J.F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn. *Oxford University Press*, New York.

Borg, M. (2004). Endringsagenter og barrierebrytere. Behov for en ny hjelperolle? *Ergoterapeuten* nr. 6.

Borg, M. & Topor, A. (2009). *Virksomme relasjoner*. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Buber M. (1992). *Jeg og du*. 2.utg. Oslo: Cappelen forlag.

Bø, D.T. & Thomassen, A. (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri*. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget.

CRDP – Convention on the Rights of Persons With Disabilities (2006) Adopted by the UN general Assembly on Dec 13th.

Dalland, O. (2005). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Foucault, M. (2000). *Galskapens historie*. Bokklubben Dagens Bøker. Utgitt 1961 med tittel: *Histoire de la folie à l'âge classique*.

Frost, T (2007). *Selvbestemmelse eller medbestemmelse*. Presentert ved forelesning på Høgskolen i Hedmark, Elverum, Norge.

Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsen, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2011:9). Oslo: Departementet.

Henriksen, J.O og Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse*. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holte, J.S. (2003). Skjerming - utvikling av en begrunnet praksis. I: Hummelvoll, J. K. (red), *Kunnskapsdannelse i praksis* (s 117 – 144). Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johnsen A., Sundet R. & Torsteinsson V.W. (red.). (2000). *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano/Aschehoug.

Iversen K. I., Høyer G., Sexton H., Grønli O. K. (2002) Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic J Psychiatry* 2002;56:433-439. Oslo. ISSN 0803-9488.

Katalital-Heino R, Laipala P, Salokangas RKR (1997). Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Mental Health*. 1997;20:311-22.

Kjellin L, Anderson K, Bartholdson E, Candefjord I-L, Holmstrøm H, Jacobsen L, Sandlun M, Wallsten T, Östman M. (2004). Coercion in psychiatric care – patients` and relatives` experiences from four Swedish psychiatric services. *Nord J Psychiatry*. 2004;58:153-159. Oslo. ISSN 0903-9488.

Kjellin, L. & Westrin C.G. Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and reported. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21:31-42.

Kogstad, R. E. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner*. Med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse. Universitetet i Oslo.

Kristiansen, K. (1993). *Normalisering og Verdsetjing av Sosial Rolle*. Kommuneforlaget.

Lützèn K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5, 101 – 107.

Norvoll R. (red.). (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

O'Brien A.J. & Golding C.G. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 167-173.

Poulsen, H.D. Perceived coercion among committed, detained, and voluntary patients. *Int J Law Psychiatry* 1999;22:167-75.

Psykisk helsevernloven. LOV-1999-07-02-62. (2011). Lokalisert på www.lovdata.no

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Schibbye A.L.L. (2002). Relasjoner. *Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Ny utg. Oslo: Aschehoug

Storheim, E. (1980). *Menneskeverd, frihet og plikt*. Hovedlinjer i Kants etikk. Oslo: Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Weber, M. (1990). *Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal. Lokalisert på http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007082300046#&struct=DIV4

www.ordbok.no