



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## Bachelor i Sosialt arbeid og Barnevern

Emnekode: SA203S - SA205S

Dato: 02.06.2014

Kandidatnr.: 121, 123, 222

Totalt antall sider: 43

### «Jeg var den som måtte sette sprøyta ...»

*”Hvordan påvirker utførelsen av tvangsvedtak relasjonen mellom miljøarbeider og pasient?”*



## **Forord**

Vi vil takke våre informanter for at dere deltok på intervju. Takk til Lege i spesialisering Marie Sakshaug for klargjøring og forklaring av lovverk. Takk til Frode Nilsen og Jannike Karlstad for korrekturlesning, og en stor takk til vår veileder Hilde Berit Moen for oppmuntring, fantastisk veiledning og gode råd igjennom skriveprosessen.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Innholdsfortegnelse .....	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling .....	1
1.2 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori .....	4
2.1 Relasjon.....	4
2.2 Miljøterapi .....	6
2.3 Kognitiv miljøterapi .....	9
2.4 Mentaliseringsbasert terapi .....	11
3.0 Metode.....	14
3.1 Undersøkelser design .....	14
3.2 Innsamling av datamateriale.....	15
3.3 Utvalg .....	16
3.4 Analyse av datamaterialet .....	18
3.5 Etikk .....	18
4.0 Presentasjon av funn.....	19
4.1 Forebygging av tvangssituasjonen .....	20
4.2 Fagmiljøets kompetanse og erfaring .....	22
4.3 Tvangsbruk med beltelegging .....	23
4.4 Tvangsbruk med medisinerings .....	26
4.5 Unntaket fra regelen .....	28
4.6 Tvangsbrukens påvirkning på miljøterapeuten .....	30
5.0 Avslutning .....	31
5.1 Oppsummering av analysen .....	31
5.2 Forslag til videre arbeid.....	33
Litteraturliste .....	34
Vedlegg 1 – Samtykkeerklæring .....	38
Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	39

## **1.0 Innledning**

Tvangsbruk er et dagsaktuelt tema. Tastes ordene ”tvang” og ”Dagbladet” inn i søkemotoren til Google vil en typisk få treff som: ” Her ble «Erik» holdt lenket til senga i 28 døgn”. I NRK Brennpunkt programmene «Med tvang skal vondt fordrives» og «Et varslet drap?» kommer tvangsbehandling innen barnevern og psykiatri i fokus. I ulike politiske debatter og kommentarer er det mange meninger og utsagn om temaet tvangsbruk og tvangsbehandling i ulike institusjoner i Norge.

Myndighetene i Norge har lenge hatt fokus på å redusere tvang i psykiatrien. I norsk media er det vist til flere episoder hvor institusjoner er beskyldt for å ha misbrukt sin makt og utøvd ulegitimert tvang ovenfor ulike pasientgrupper. På internettsidene til tvangsforskning opplyser de om at i 2009 var det utstedt 8250 vedtak om bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet (Tvangsforskning.no). Disse var fordelt mellom 4426 vedtak om mekaniske midler (belter/trøyer), 269 vedtak om isolasjon (pasient holdes på eget rom), 1875 vedtak om medisiner (tvangsmedisinering) og 1680 vedtak om holding (ibid).

I spenningsfeltet mellom bruk av tvang og relasjon til pasient er det gjort lite kvalitativ forskning. Bruken av tvang er et utfordrende dilemma med tanke på at man som miljøarbeider jobber for minst mulig bruk av tvang mens det allikevel i Norge praktiseres mer tvang enn i mange andre land (SSB.no). Dette reiser et viktig samfunns spørsmål om psykiatrien i dag. Ikke minst sett i lys av at hverdagen til pasienter i stor grad berøres av tvangsbruk.

Det er viktig å belyse utøving av tvang og hvilke konsekvenser den kan ha for behandlingen hos den enkelte pasient. Som en del av sosialarbeiderutdanningen poengteres det at kommunikasjon og relasjon er de viktigste faktorene i forholdet mellom miljøpersonal og pasient. Det må dermed stilles spørsmål ved om det er mulig å skape en bærende relasjon når forholdet er ubalansert.

### **1.1 Problemstilling**

Oppgaves formål er å belyse nærmere hvordan miljøarbeideren opplever relasjonen etter utført tvangsvedtak. Et tvangsvedtak kan være en stor påkjenning for pasienten, men det kan også være utfordrende for miljøpersonalet. Et gjennomgående tema i en stor del av den sosialfaglige litteraturen er relasjonen og det relasjonelle arbeidet. I denne litteraturen påpeker

en rekke forfattere at relasjonen synes å spille en vesentlig større rolle enn selve behandlingsopplegget (Skårderud og Sommerfeldt 2014). På bakgrunn av dette har vi stilt oss en rekke spørsmål hvorav noen av dem var: Hva skjer med relasjonen ved bruk av tvangsvedtak? Hvordan påvirker tvangsvedtak behandlingen? Kan relasjonen som den var bevares etter utført tvangsvedtak? Vi kom fram til at vi ønsket å innhente erfaringer fra miljøpersonalet i psykiatrien rundt dette teamet og har formulert følgende problemstilling:

*”Hvordan påvirker utførelsen av tvangsvedtak relasjonen mellom miljøarbeider og pasient?”*

## **1.2 Begrepsavklaring**

Her skal vi kort redegjøre for sentrale begreper i studien; miljøarbeider og tvangsvedtak. I forhold til tvangsvedtak vil vi vise til loven og lovteksten. Begrepene presenteres nærmere i avsnittene nedenfor.

### **Miljøarbeider**

Vi har definert miljøarbeider som en person som arbeider i miljøet i psykiatrien. Miljøarbeideren kan ha ulike utdanninger som sosionom, sykepleier, vernepleier og barnevernspedagog, eller være ufaglært. I teksten bruker vi også begrepet miljøterapeut. På bakgrunn av ulike litteratur kan en i flere sammenhenger tolke at en miljøterapeut har større kompetanse og høyere krav til faglighet enn en miljøarbeider. Vi skiller ikke på titlene og legger samme betydning i begge.

### **Tvangsvedtak**

Tvangsvedtak er et bredt begrep. Vi definerer begrepet slik som det gjøres i Psykisk helsevernloven. I det påfølgende beskrives lovgivningen samt hvilken type tvang den gir åpning for å benytte. Bestemmelsene for bruk av tvang i psykiatrien går i hovedsak på «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (lovdata 1).

Psykisk helsevernloven har som formål å sikre at gjennomføring og etablering av psykisk helsevern skjer på en skikkelig og forsvarlig måte. Det er kapittel 3 og 4 som i hovedsak omhandler tvangsbehandling (lovdata 1). I hovedsak omhandler kapittel 3 etablering og oppheving av tvungen psykisk helsevern (ibid). Det vil blant annet si at pasienten er innlagt i psykiatrien med tvang.

Kapittel 4 omhandler gjennomføringen av psykisk helsevern. Denne delen av loven beskriver hvordan og hvilke tvangsvedtak som kan iverksettes. I loven framheves:

**Skjerming:**

I §4-3 PHL finner en bestemmelsene om skjerming. Ved skjerming menes det at pasienten flyttes på egen del av rom eller eget rom hvorav andre pasienter ikke har tilgang til vedkommende. Dette gjøres ved utagering eller at pasientens psykiske tilstand tilsier det. Det skal fattes vedtak om pasienten skjermes over 24 timer eller etter 12 timer dersom pasienten flyttes til skjermet enhet (ibid).

**Ernæring:**

I §4-4 PHL kan en iverksette tvangsvedtak om ernæring. Ernæring igangsettes til personer med alvorlig spiseforstyrrelse (ibid). For å gjennomføre vedtaket kan en benytte sonde.

**Tvangsmidler:**

Tvangsmidler består av en rekke ulike alternativer som er beskrevet i §4-8 i PHL. En kan benytte injisering av medikament. Det skal være medikamenter godkjent i Norge og kun benyttes normale doser over en kortvarig periode. En kan benytte skadeforebyggende spesialklær og belter og reimer. De skal benyttes i stol eller seng. Under tvangsmidler i paragrafen kan en også holde over kort tid eller låses inne i rom over kortere tid. (ibid)

**Andre tvangsvedtak:**

En kan også utstede tvangsvedtak som åpner for vedtak for urinprøve. Dette kan gjøres ved mistanke om rusmisbruk. Ved mistanke om at pasienter tar med seg farlige gjenstander eller rusmidler inn på enheten kan en også fatte vedtak om kroppsvisitering og gjennom søkning av rom. Dette framkommer av §§4-5 4-7 i PHL (ibid).

Når en skal vurdere tvangsvedtak skal en også se på Pasient og brukerrettighetsloven. I §1-1 andre ledd framgår det:

*“Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett” (lovdata 2).*

Denne loven skal være et ledd i å beskytte pasienten mot urettferdig eller feil behandling. Den skal også bidra til å begrense tvangsbruken. I regulering av tvangsbruken er det i hovedsak

kapittel 4A i loven som er regulerende lovhjemmel (ibid).

## **2.0 Teori**

I dette kapittelet fokuseres det på relevant teori i forhold til vår problemstilling: ” *Hvordan påvirker utførelsen av tvangsvedtak relasjonen mellom miljøarbeider og pasient?*”. Det er vektlagt teori som beskriver og redegjør for ulike måter å arbeide med pasientene på. Derav beskrives: miljøterapi; kognitiv miljøterapi; relasjon og mentaliseringsbasert terapi.

### **2.1 Relasjon**

Det å bygge en god relasjon og samtidig bruke relasjonen som verktøy er viktig for at miljøterapeuten skal kunne komme i en optimal posisjon for å hjelpe pasienten slik at behandlingsmålene innfris. En god relasjon er altså til for pasienten og skal hjelpe og gi muligheter (Bøe og Thomassen 2000). Mellommenneskelige faktorer som følelser, tro og tanker er med på å skape bånd mellom mennesker. I tillegg bidrar også felles opplevelser og aktiviteter til dette. Gjennom kommunikasjon skaper man relasjoner. En god relasjon fordrer at man har gjensidig påvirkning på hverandre og at relasjonen oppleves som likeverdig, relasjonen kan påvirke både pasient og miljøterapeut. All behandling, uavhengig om den er miljøterapeutisk, psykologisk eller biologisk rettet, forutsetter en relasjon av tillit og samarbeid (Opjordsmoen m.fl. 2005).

En kompetanse som er viktig fra miljøterapeutens ståsted uavhengig av hvilken behandling innenfor psykiatrien pasienten får er å fremme evnen pasienten har til å skape trygge relasjoner (Eide og Eide 2004). Å møte pasienten første gang med respekt og forståelse vil ha en positiv påvirkning på utviklingen av relasjonen og for hva resultatet av behandlingen vil bli. Så for personalet er det følgelig kritisk å etablere en god relasjon med en gang ved innleggelse (Opjordsmoen m.fl. 2005). En god relasjon vil være nødvendig for å få pasienten til å fortelle om seg selv og til å åpne seg i forhold til hvilke problemer man har.

Miljøterapeutene kan oppleve at pasienter vanskeliggjør relasjonen. Dette kan utfordre terapeutene, og gir en følelse av fortvilelse, hjelpeløshet og i verste fall resignasjon. Hvis så skjer vil dette gjøre relasjonsbyggingen utfordrende (Opjordsmoen m.fl. 2005). Det er derfor viktig at miljøterapeuten er bevisst på seg selv og egen relasjonskompetanse.

Det er flere dimensjoner som kan variere ved relasjoner:

A. Nære versus overflatiske relasjoner:

Eksempelvis en mann som er gift og i jobb, og ha behov for å kunne håndtere nære relasjoner i forhold til kona, mens han vil ha mer overflatiske relasjoner knyttet til sine kollegaer.

B. Saklige versus personlige relasjoner:

I en behandlingssituasjon er det vanskelig å tenke seg en saklig relasjon. Det vil bli personlige relasjoner. Som miljøterapeut er det viktig å være oppmerksom på at slike relasjoner kan inneholde emosjonelle komponenter.

C. I en relasjon kan rollefordelingen variere. Den kan være symmetriske som innebærer at de er svært like, eller den kan være komplementær der den ene er aktiv og den andre passiv.

D. Rigid rollefordeling vil være når begge inntar samme rolle.

E. Den fleksible rollefordelingen går ut på at man bytter roller ut i fra hva en situasjon krever (Opjordsmoen m.fl. 2005).

Relasjon mellom personalet og pasienten er helt sentralt for behandlingen (Monsen 1990). God behandling oppnås ved å bruke behandlingsprinsipper som beskyttelse, engasjement, støtte, gyldiggjøring og struktur (Opjordsmoen m.fl. 2005). Disse beskrivelsene viser til hvordan en pasient føler seg behandlet i en situasjon. Det er i situasjoner hvor man jobber for god behandling man også kan ydmyke eller fornærme pasienten. Det kan være ved bruk av tvangsmidler eller hvordan personalet samhandler og snakker til pasienten i den aktuelle situasjonen (Opjordsmoen m.fl. 2005).

En pasient kan gjennom relasjonen til personalet oppleve krenkelser ved ikke føle seg tatt på alvor, forstått eller føle seg oversett. Regler på avdelingen kan ha samme virkning og naturlig nok kan pasientene også oppleve bruk av tvangsmidler som krenkelse.

I følge Erfaringskompetanse.no er det to forhold ved bruk av tvang som pasientene er misfornøyde med: 1) Tvangsbruken hjelper ikke mot den lidelsen de har, 2) de ser ikke noe langsiktig virkning av tvangsbruken og den ikke er til noe hjelp for livet de har utenfor avdelingen.

Noen forhold kan bedre opplevelsen av bruk av tvang overfor pasientene. Det er blant annet viktig å prøve å forklare pasienten hvorfor det er nødvendig med tvang. Pasientene opplever det blir mindre krenkende om de føler at de blir lyttet til, det gir en følelse av respekt og



verdighet. Kommunikasjon er en avgjørende faktor, både for relasjon og for å oppfylle ønsket om å bli lyttet til og derav få en forståelse av tvangsbruken (Erfaringskompetanse.no).

Skårderud mener at tvangsbruk i behandlingen for spiseforstyrrelser vil gi problemer med å innfri målet, som er refleksjon. I stedet for at pasienten har fokus på seg selv og sine problemer, blir fokus på miljøpersonalet som ses på som en fiende. Pasienten vil dermed kjempe mot miljøterapeuten og avdelingen i stedet for å ha fokuset der det burde være (Skårderud og Sommerfeldt 2014).

Om en konflikt mellom pasienten og miljøterapeuten eskaleres til å bli voldelig kan volden være en reaksjon på at pasienten føler seg krenket eller truet og gjennom å bruke vold forsøker pasienten å jevne ut maktbalansen. I en slik situasjon kan bruk av tvang være til hjelp for personalet for å få roet ned pasienten, men til slutt ender det uansett med ulik maktbalanse sett fra pasientens ståsted (Bøe og Thomassen 2000). Tidlig dialog med pasienten om tvangsbruk kan bidra til at man unngår uønskede tvangs situasjoner senere i behandlingen (Bøe og Thomassen 2000).

## **2.2 Miljøterapi**

Miljøterapien er definert som realitets- og aktivitetsfokuserert behandling. Den har grunnlag i både pedagogisk, psykologisk og sosialt perspektiv (Skorpen og Øye 2010). Man baserer behandlingen ut fra enkeltpersoners ståsted. En jobber målrettet mot å unngå negative situasjoner samtidig som man fokuserer på den positive samhandlingen mellom pasient og terapeut gjennom kommunikasjon og pasientens egne ressurser (Skorpen og Øye 2010). I arbeidet bruker en relasjonen med pasienten til å hele relasjonsskader (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Miljøterapeutene forsøker å skape en behandlingsarena rundt klientene ved å bruke seg selv som et redskap i behandlingen. Dette er et nødvendig grep for å skape positive miljøer, både innenfor og utenfor institusjonsavdelingen (Utne 2005).

Miljøterapi foregår på ulike nivåer og tilnæringsmetodene er mange. Det varierer fra hvor pasienten er innlagt og hvilken behandling pasienten har størst behov for. Terapien kan foregå gjennom fortrolige samtaler eller gjennom aktiviteter. Man kan se det sånn at miljøterapiens fokus på samspill mellom fysiske og psykososiale miljøer er blitt mer rettet mot relasjonen og alliansen mellom terapeut og pasient (Skorpen og Øye 2010).

Miljøterapi er en behandlingsform som setter relasjonen og samspillet mellom pasient og personalet sentralt. For å kunne få en dypere innsikt i hva miljøterapi omhandler har vi valgt å se på nærmere John Gunderson sin definisjon:

“Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske og bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid” (Gunderson 1983, Henriksen m.fl. 2007:5).

Definisjonen til John Gunderson slik det står, er at miljøterapi kan foregå på ulike arenaer og i ulike former for miljøterapeutisk behandling. Miljødelen omhandler nødvendigvis ikke kun det fysiske i form av vegger og gulv. Ordet miljø tar også for seg alt som skjer rundt planleggingen av et behandlingsopplegg til en pasient. Miljøet er grunnstein for hvordan behandlingen skal foregå og i hvilken kontekst. Miljøet avgjør rammer og begrensninger på hvilke tiltak som kan foretas ovenfor en pasient og hvilke ressurser som ligger til grunn (Skårderud og Sommerfeldt 2014). For eksempel kan få ansatte på jobb skade behandlingsopplegget ovenfor en pasient med tanke på at behovet som pasienten har ikke blir dekket. Personalet og pasientens første møte kan forekomme på grunn av sviktende atferd hos pasient. Og når man møtes gjennom samhandling, er det viktig at en også reflekterer over hvilke holdninger og atferd som ligger til grunn i relasjonen. Ønsket er å bidra til økt stimuli til pasientene å gi den terapeutiske arenaen en reflekterende kultur som kan gi økt selvbevissthet og læring overfor vår egen atferd (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Dette kan gjøres ved å bedre institusjonens praksis samtidig som det gir muligheten til å dele kunnskap og erfaringer med kollegaer.

Som miljøterapeut er det mye som skal tas hensyn til og mange oppgaver som skal utføres i løpet av en dag. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke har laget en oversikt over hva de anser til å være miljøterapeutens viktigste oppgaver i løpet av arbeidet med pasienter (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Oppgavene blir utført i en eksplisitt og implisitt kommunikasjonsform. Når en pasient ankommer som ny er det viktig å invitere til kontakt og begynne dannelsen av

en relasjon, det og vise interesse for både livshistorie og situasjonen vedkommende befinner seg i. Man lager videre en individuell plan som skreddersys opp mot pasient under oppholdet. En annen oppgave som påpekes handler mest om den profesjonelle i form av å kunne stå i og reflektere over de følelsesmessige påvirkningene som behandlingskontakten kan påføre (Skårderud og Sommerfeldt 2014).

Det å kunne stå i det med pasienten må gjøres for å kunne utvikle seg på et profesjonelt plan som igjen kan bidra til å gi økt selvinnsett og kunnskap rundt en selv som miljøarbeider, samtidig som det kan hjelpe pasienten med endring og bedre regulering av egne følelser. Under endringsprosessen jobber en med å rette opp den kognitive svikten som har ført pasienten til situasjonen en befinner seg i. For at pasienten skal kunne oppnå bedre regulering av egne følelser må også miljøterapeuten trolig gjennom påvirkninger og påkjenninger for å kunne nå fram til pasient (ibid). En av utfordringene en miljøterapeut kan oppleve er å stå i situasjonen sammen med pasienten for å styrke relasjonen seg i mellom. En annen oppgave som miljøterapeuten en står ovenfor er det å kunne vedlikeholde den terapeutiske effekten som alltid vil bli utsatt for påkjenninger av ulike slag. En påkjenning for de terapeutiske rammene kan være noe så enkelt som at en pasient får tilbakeslag og begynner å utøve tidligere negativ atferd (Skårderud og Sommerfeldt 2014).

Negativ atferd defineres etter de sosiale betingelsene som ligger til grunn innad i institusjonens leveregler (Garsjø 2008). Et tiltak som kan virke forebyggende mot negativ atferd er at miljøterapeuten selv hele tiden forsterker og gir håp til pasientene gjennom å bevare sin egen livskraft. Det å tilføre håp til pasienter gjennom å bevare sin egen vitalitet kan gi pasienten ny kunnskap om hvordan å forholde seg til ulike situasjoner. Dette gjelder ikke bare ovenfor pasienten, men også personalet seg imellom. Ved å danne en arbeidskultur hvor samhold, refleksjon og kommunikasjon er viktige prinsipper blant ansatte kan det gi en engasjerende arbeidsplass hvor en hele tiden opplever faglig og personlig vekst som tjener både pasientene og personalet.

Oversikten som Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke har utformet om miljøterapeutens viktigste oppgaver baserer seg ikke på en viss retning i miljøterapien, men omhandler kvaliteter og oppgaver som alle profesjonelle burde være bevisst på i arbeidet med psykisk syke mennesker. Det beskrives som premisser som ligger til grunn for å skape en terapeutisk

arena ovenfor pasientene. Helsekompetanse.no viser til at miljøterapi anvendes for å skape struktur og rammer for hverdagen.

Miljøterapi er altså et helhetlig behandlingsopplegg som følger pasienten gjennom dagen hvor en på best mulig måte prøver å tilrettelegge for hver enkelt pasients behov (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Det handler om å danne et miljø som kan representere personlig vekst som bidrar til å mestre ulike situasjoner og utfordringer som en tidligere ikke har hatt forutsetninger for å mestre. Så fra et historisk perspektiv fra begynnelsen av 1950 tallet der miljøterapi nærmest ble brukt som en oppdragsmetode er det nå utviklet til å bli en selvstendig retning som springer ut fra humanistisk tradisjon (Skorpen og Øye 2010).

### **2.3 Kognitiv miljøterapi**

Kognitiv miljøterapi kommer fra den kognitive terapien som videre er blitt tatt inn i miljøterapeutiske arbeidet (Oestrich og Holm 2001). Selve betydningen av ordet kognitiv går på hvordan man håndterer informasjon og hvilke redskaper vi basert på tidligere erfaringer har til å håndtere denne informasjonen (Repål 2009). Målsettingen er å gi pasientene nye ferdigheter gjennom behandling som blir gitt gjennom kognitiv miljøterapi uansett tid på døgnet ved opphold på institusjon (Solbjør og Kleven 2013). Kognitiv terapi har til hensikt å endre en pasient sitt tankemønster omkring et problem, samt hjelpe pasienten å mestre øvrige problemer i hverdagen. Klarer man å endre pasientens tanker knyttet til en situasjon, kan følelsene rundt situasjonen eller problemet bli endret (Berge og Repål 2010).

Den kognitive terapien er basert på en teori om at negative tanker kan skape eller forsterke psykiske vansker. Den sier noe om hvilke erfaringer det enkelte menneske har gjort seg for så å skape en forståelse av seg selv som man søker bekreftelse eller avkreftelse på (Fredheim 2009). Tanken på *individuell sårbarhet* for psykiske lidelser står sterkt i teorien hos kognitiv miljøterapi. Ved å skape et positivt miljø håper man å påvirke klientene samtidig som relasjonene man skaper vil være viktige.

I miljøterapien er fokuset på å hjelpe pasientene med å forstå det som ligger bak problemene og innholdet i deres plager. Terapeutene er alltid i nærheten slik at de kan bistå i situasjoner som oppstår. Dette åpner opp for en dialog med pasienten hvor man kan ta tak i utfordringene med en gang, i motsetning til å snakke om det ved et senere tidspunkt der pasienten må reflektere tilbake til situasjonen (Løvaas og Johansen 2012). Handlingen i seg selv er ikke det

avgjørende, men individets konstruksjon av den aktive hendelsen (Berge og Repål 2008). Dermed kan man ta utgangspunkt i reaksjonen i situasjonen og snakke sammen om tankene og følelsene som situasjonen utløste. Dette gir mulighet til bevisstgjøring og posisjonering i forhold til å snu de negative tankene eller de negative tankemønstrene igjennom perspektiv forflytning.

Det er viktig at pasientens erfaringer og meninger blir vektlagt slik at man hjelper pasienten fram til en konklusjon gjennom refleksjon av situasjonen. For å utfordre og utforske sine egne tanker bruker Berge og Repål (2010) begrepet den ”indre samtalen”.

Solbjør og Kleven skriver at alle modeller som blir brukt i kognitiv miljøterapi må de inneholde ni følgende punkter:

1. *«Behandlingsmiljøet er planlagt og designet etter kognitive prinsipper. Det gjøres kognitiv intervensjon i miljøet, og det skal på forhånd være klarlagt hvem som foretar intervensjonen i forhold til den enkelte pasient.*
2. *Den kognitive behandlingsfilosofi skal være akseptert av hele det tverrfaglige teamet.*
3. *Tverrfaglige team benyttes i behandlingen. Et tverrfaglig team er et team bestående av personer med ulik fagkompetanse og forsøke å gi et bedre behandlingstilbud for pasienten.*
4. *Kognitiv gruppebehandling benyttes som supplement til individuell kognitiv terapi - av og til kan gruppeterapi være den viktigste del av behandlingen.*
5. *Pasienter gis hjemmeoppgaver i miljøet. Eksempler på dette kan være å registrere ulike følelser i utfordrende situasjoner eller øve seg på noe som er utfordrende for pasienten.*
6. *Psykoedukasjonsprogrammer etableres for å sosialisere pasienten og de pårørende til den kognitive modellen - det skal fra starten være fokus på forsterkning og vedlikehold av ønskede reaksjoner.*
7. *Pårørende skal være involvert i behandlingen der hvor det er mulig.*
8. *Endring av behandlingstilbudet til delvis hospitalisering eller ambulant behandling skal starte så tidlig som mulig under innleggelsen.*
9. *Trening og fortsatt utdanning i kognitiv terapi av hele det tverrfaglige personalet skal være etablert” (Solbjør og Kleven 2013).*

Ut fra punktene ovenfor ser vi at miljøet og behandlingen skal være felles for hele personalet

som jobber med den kognitive miljøterapien. Det har ingen betydning om det er psykolog, sykepleier eller annen miljøterapeut. Det er derfor viktig med opplæring av personalet på avdelingen og deres kognitive terapeutiske holdning (Perris 1989). God behandling oppnås gjennom å sette opp tverrfaglige team rundt hver pasient med fokus på individuell behandling av pasienten hvor pårørende skal være involvert der hvor det er mulig (Solbjør og Kleven 2013).

I et opplegg basert på kognitiv miljøterapi vil det være utarbeidet en behandlingsplan (Oestrich og Holm 2001). En individuell plan inneholder viktige elementer som mål, delmål, kosthold og medisinerer (Simonsen 2007). Utarbeidningen av den individuelle planen er et samarbeid mellom pasient og terapeut. Pasienten kjenner seg selv best, mens miljøterapeuten sitter med nødvendig faglig kompetanse. Sammen legges det videre løpet som eksempelvis behandlingsteamene skal jobbe ut fra. Underveis kan man legge til eller ta bort punkter i planen basert på fremdrift eller nye momenter som dukker opp og som det bør jobbes med (Oestrich og Holm 2001). I forbindelse med behandlingsplanen vil pasienten ha sitt faste team og faste kontakt personer, noe man tenker man sikrer i en individuelt tilpasset plan som best møter den enkelte pasients utfordringer og behov. Grunnet forskjeller i pasientenes funksjonsnivå på en avdeling bør en ha særlig fokus på å legge vekt på individuell behandling (Krogstad og Hansson 2007).

## **2.4 Mentaliseringsbasert terapi**

Mentaliseringsbegrepet og mentaliseringstradisjonen kommer opprinnelig fra Fransk psykoanalyse hvor mentalisering var et begrep for at affekter og drifter blir omgjort til symboler (Karterud og Batman 2011). Teorien ble utviklet av blant annet Peter Fonagy med flere ved University College og et annet senter som heter Anna Freud Centre i London (ibid).

Mentalisering handler om fortolkning, at man til en hver tid bevisst eller ubevisst fortolker den andre (Skårderud og Sommerfeldt 2008). Mentalisering omhandler evnen til å kunne forstå seg selv og kunne forstå andre (ibid). Karterud og Bateman forklarer at mentalisering er både selvreflekterende og interpersonlig (Karterud og Bateman 2011). En kan se ens handlinger og opplevelser i form av ulike interpersonlige fenomener. Eksempelvis gjennom holdninger, følelser håp, tanker og løgn (ibid). For å gjøre mentalisering målbart har forskere definert mentaliseringsevne som nivå på reflekterende funksjon (Skårderud m.fl. 2012). Det

motsatte av mentalisering kan dermed forstås som å ikke retter fokus mot å være selvreflekterende og ikke utforske ens interpersonlige fenomener. Det kan skje hvis en eksempelvis responderer på drifter eller stimuli uten å mentalisere rundt den aktuelle situasjonen (ibid).

Implisitt og eksplisitt mentalisering er to gjennomgående begreper i den nye mentaliseringstradisjonen, og er en viktig del av essensen i denne terapiformen. Med disse begrepene menes det at en til en hver tid eksplisitt og implisitt fortolker egne og andres holdninger, tanker og atferd (Skårderud og Sommerfeldt 2008). En skaper seg mentale oppfatninger av virkeligheten implisitt og ved å gjøre disse eksplisitt, kan en utfordre de implisitte forståelsene en sitter med og igjen skape en ny forståelse (ibid). Dermed blir mentalisering en kompetanse som er viktig for å kunne fungere i sosiale forhold. Uten evnen til å mentalisere vil en ikke være i stand til å forstå verken egne eller andres følelser (Skårderud og Sommerfeldt 2008). Det er nettopp dette som skiller mentalisering fra andre terapiformer; en er ikke bare fokusert på enten ens egne følelser eller den andres følelser, men man kombinerer begge. Og mentaliseringsterapeuten bruker seg selv og sine egne tanker i møtet med pasienten (ibid).

Mentalisering setter forståelse og misforståelse i fokus. God mentalisering kan bety at en forstår at misforståelsen oppstår eller at man er en del av en misforståelse. Hemmet mentalisering, også betegnet som mentaliseringssvikt, medfører at det er lett å misforstå eller bli misforstått (ibid). Per Wallhrot (2011) beskriver tre momenter som hemmer mentaliseringen: Telologisk forståelse, Psykisk ekvivalensmodus og forestillingsmodus (pretend mode).

Teologisk forståelse innebærer at man kommer i en situasjon der en kun betrakter den konkrete, ytre virkeligheten. Det kan forklares som om en har et akutt behov for å foreta seg noe og en blir ofte handlingsorientert og impulsiv. Fokus er på det en ser og observerer mens indre tanker og følelsesliv utelukkes eller fortrenses. I slike situasjoner er mentaliseringsevnen i større eller mindre grad fraværende og handlingene en gjør blir ofte feil i forhold til situasjonen (Wallroth 2011).

Psykisk ekvivalensmodus beskrives som at en har mistet evnen til realitetstenkning. Man begriper ikke at ens egen opplevelse av virkeligheten kan være noe annet enn virkeligheten

selv. En blander sammen ens indre psykiske og den ytre fysiske virkeligheten og tenker at alle andre forstår og tenker på samme måte som en selv (Wallroth 2011). Når en er i psykisk ekvivalensmodus har en ofte store utfordringer med sosiale situasjoner og reagerer atferdsmessig ukontrollert i en del av disse situasjonen (ibid).

Forestillingsmodus, eller Pretend Mode, havner en i en situasjon hvor koblingen til den ytre verden og ens egen indre verden blir brutt. Dette skjer fordi en ikke ønsker å være i kontakt med ens egne vanskelige følelser (Wallroth 2011). Dette kan være vanskelig å oppfatte, men for den som står utenfor kan dette ofte oppfattes som om at en lager et bilde av seg selv som er langt fra virkeligheten.

Mentaliseringsevnen beskrives som evnen til å identifisere egne og andres følelser, og nettopp derfor settes misforståelsene og mentaliseringssvikten i fokus (Skårderud m.fl. 2012). Over tid skal en kunne trene opp mentaliseringsevnen i de situasjonene som er vanskelig å håndtere og derav gjennom læring gjøre det på en mer hensiktsmessige måte.

Som nevnt er det flere ulike måter å bedrive miljøterapi på. Dette gjelder også for mentalisering. Det er stadig flere institusjoner som ser fordelene ved mentaliseringsbasert behandling og benytter dette i arbeidet med pasientene. I miljøterapeutisk arbeid betyr det i praksis at miljøarbeiderne etterstreber å ha en *mentaliserende holdning* (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Den mentaliserende holdningen skal jobbes med mellom miljøterapeut og pasient og mellom ansatte i miljøpersonalet. Skårderud peker på at ”det spesifikke aspektet ved mentaliseringsbasert behandling er det systematiske fokusert på å fremme de reflekterende evnene, å gjenetablere mentalisering der hvor den ryker, og å opprettholde den der den er tilstede” (Skårderud og Sommerfeldt 2014:112).

For at dette skal fungere hevder Skårderud og Sommerfeldt at miljøterapeuten må ha noen kompetanseområder. Disse er: en ikke-vitende og genuint nysgjerrig holdning, å gi støtte og empati, klargjøring, utforskning, være utfordrende, følelsesfokus og å arbeide med det terapeutiske forholdet (ibid). Gjennom dette arbeidet legges det stor vekt på den terapeutiske relasjonen. Når møtet mellom pasient og terapeut er trygt vil det kunne åpnes for et endringsarbeid (Skårderud og Sommerfeldt 2014).



## 3.0 Metode

I dette kapitlet rettes fokus mot undersøkelsesprosessen som er gjennomført. I de neste avsnittene er det etterstrebet å gi en så åpen og relevant framstilling av hele prosessen som mulig for å styrke reliabiliteten til undersøkelsen. Framstillingen i dette kapitlet kombinert med at det i selve analysen i kapittel 4 alltid tas utgangspunkt i sitat fra informantene skal også bidra til å få en akseptabel grad av bekreftbarhet i undersøkelsen.

### 3.1 Undersøkelses design

Vi har sett på hvilket undersøkelsesdesign som passet best for den type undersøkelse vi ønsker å gjennomføre. Da så vi på forskjellene mellom et ekstensivt og intensivt design. Et ekstensivt undersøkelses design går i bredden på en problemstilling den innhenter informasjon fra mange enheter og går ikke særlig i dybden på et fenomen (Jacobsen 2012). Når en går i bredden i en undersøkelse øker dette mulighetene for å kunne generalisere og få et mer presist inntrykk av omfanget i en problemstilling (ibid). Intensivt design på den annen side går i dybden på et fenomen. Det har som mål å få fram alle forskjeller og variasjoner i beskrivelsen av et fenomen (ibid).

På denne bakgrunn valgte vi å benytte et intensivt design. Vår problemstilling krever at vi går i dybden på fenomenene *tvangsbehandling* og *relasjon*. Vi ser på hvordan *tvangsbehandling* påvirker *relasjonen* mellom pasient og miljøarbeider. For å kunne belyse dette i tilstrekkelig grad mener vi at det krever dybde design. Det finnes forskjellige retninger innenfor intensivt design. To av de vanligste er Case studier og små N studier. Vi valgte å benytte små N studier. I små N studier velger man ut et fåtall enheter. En forsøker å belyse et fenomen uten å begrense studien i tid og rom (Jacobsen 2012). Uten begrensning i tid og rom åpner det opp for å gå tilbake i tid samt ikke begrense studien til et bestemt sted. For å kunne innhente miljøpersonalets tidligere erfaringer i forhold til tvangsvedtak og relasjonen var det viktig å ikke begrense studien i tid og rom. For de informantene som har arbeidet innenfor psykiatrien i en årrekke er det interessant å kunne se på en rekke tidligere erfaringer. I tillegg åpner dette designet muligheten for at informantene skulle kunne beskrive eventuelle endringer i forhold til deres erfaringer i løpet av deres karriere i psykiatrisk spesialhelsetjeneste. Vi vurderte det også slik at denne type studie var viktig for at informantene skulle kunne beskrive enkeltsituasjoner og reflektere over disse.

### **3.2 Innsamling av datamateriale**

I datainnsamlingsprosessen må en ta stilling til om en skal samle inn kvalitativt eller kvantitativt datamateriale. Kvalitativt datamateriale framstår som tekst mens kvantitativt datamateriale framstår som tall (Jacobsen 2012). Basert på vurderingene i avsnittet ovenfor var det naturlig å velge et kvalitativt datamateriale. Kvantitative data vil ikke være tilstrekkelig for å belyse vår problemstilling. En kvantitativt datainnsamlingsmetode ville ikke kunne få inn beskrivelse av erfaringer på samme måte som kvalitativt datainnsamling. Når en skal samle inn tekstdata har en fire ulike metoder en kan benytte: Intervju, gruppeintervju, observasjon og tekstanalyse (ibid).

Vi vurderte tre av alternativene til vår datainnsamling. Gruppeintervju ville kunne vært hensiktsmessig, da kunne vi fått mye informasjon raskt. Ulempen ved gruppeintervju var at vi muligens ikke ville fått fram enkelthistorier. Vi vektlegger miljøpersonalets erfaring og ved bruk av gruppeintervju tenkte vi at det også kunne være sannsynlig at informantene kunne påvirke historiene til hverandre. I tillegg kan det være en fare for at informantene bryter inn i hverandres historier og vil kunne gi oppstykkede og uferdige svar. En kombinasjon av observasjon og intervju ville vært det optimale for studien; det vil si intervjuet mange fra miljøpersonalet og samtidig observert en del situasjoner før, under og i etterkant av tvangsvedtaket. Dette er i midlertid for tidkrevende og vi vurderer det også som utfordrende sett fra et etisk perspektiv, da vår deltakelse som observatører ville kunne gjøre tvangsbehandlingen mer traumatisk og utfordrende for pasienten.

Vi besluttet dermed å velge intervju som innsamlingsmetode. Først bestemte vi at vi skulle benytte åpent intervju uten noen fastsatte spørsmål. Dette fant vi ut ble for løst og at vi trengte mer struktur i intervjuet, og valgte derfor å benytte semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju er et intervju som er basert på en intervjuguide (Johannessen m.fl. 2011). Vår intervjuguide inneholdt noen direkte spørsmål og fungerte ellers som en veiledning for temaene som skulle gjennomgås og spørsmålene som skulle stilles. Deretter var vi forberedt på å gjennomføre noen oppfølgingsspørsmål til hvert av temaene. Alle intervjuene ble gjennomført på miljøpersonalets arbeidsplass.

Med utgangspunkt i vår manglende erfaring på gjennomføring av intervju var vi forberedt på at det ville oppstå situasjoner som vi ikke hadde forutsett og at vi i løpet av intervjuene måtte ta til oss nye erfaringer underveis. Det første intervjuet med informant 1 ble noe oppstykket

og håndteringen av spørsmålene var ikke optimal. En kan i etterkant av intervjuet se at vi som undersøker kan ha sendt noen uheldige overføringer til informanten i form av bekræftelse på gode svar og ”det var det vi lette etter”. De neste intervjuene var det bedre flyt i og vi benyttet erfaringene fra det første intervjuet, og følte selv at vi var mer nøytral og objektiv enn i det første intervjuet. Det kom ingen overraskelser og vi følte vi klarte å komme med de relevante oppfølgingsspørsmålene som var nødvendig. En person i gruppen var med på alle intervjuene og hadde hovedansvar for intervju delen for å sikre sammenheng. De to andre personene byttet på å delta på intervjuene.

Når intervjuene var gjennomført ble de transkribert. Vi benyttet båndopptakere på hvert intervju. Vi transkriberte intervjuene helt ut, som betyr at vi tok med hvert enkelt ord, lyder og spørsmålene som ble stilt i sin helhet. Grunnen til at vi gjorde det slik var at vi ikke skulle misforstå noe av den informasjonen som ble gitt fra informanten. Det var også viktig for at vi skulle kunne forbedre oss fra intervju til intervju, gjennom å kunne merke oss eventuelle dårlige formulerte spørsmål eller eventuelle utsagn som kan påvirke svarene til informanten.

### **3.3 Utvalg**

Vi har etterstrebet å følge de ulike fasene som Jakobsen (2012) beskriver i utvelgelsesprosessen. I første steg skal en uavhengig av materielle eller økonomiske årsaker tenke seg det utvalget en helst ønsker. Deretter skal en dele populasjonen inn i undergrupper for så å velge kriterier for hvordan man skal finne de rette informantene (Jacobsen 2012).

Først tenkte vi uavhengig av materielle og økonomiske kostnader. Optimalt sett skulle vi intervjuet mellom 60 og 80 personer på ulike psykiatriske sykehus rundt om i landet og deretter gjort det samme i Danmark og Sverige for å kunne identifisere mulige nasjonale forskjeller. Noe som naturlig nok ikke er realistisk. Vi fant det derfor naturlig å fokusere på kriterier for å velge ut informanter.

For å få et datamateriale som kunne belyse vår problemstilling hadde vi behov for informanter som satt på den informasjonen vi trengte knyttet til det vi ønsket kunnskap om. Dette er ofte betegnet som et strategisk utvalg (Jacobsen 2012). Vi søkte derfor personer som har erfaring med utførelse av tvangsvedtak og som kan gi oss informasjon om det. Noen av intervjuobjektene var personer vi kjente til og hadde arbeidet sammen med. Noen av de andre

intervjuobjektene fikk vi tilgang til via enhetsledere hvorav vi presiserte at erfaring ved utførelse av tvangsvedtak var viktig.

Gyldighet er viktig for troverdigheten til denne studien. Et av elementene som bygger opp om validiteten er hvorvidt de informantene som er benyttet innehar tilstrekkelig og bred nok kompetanse og erfaring til å belyse problemstillingen. Vi mener at dette er tilfelle og ønsker å gi en kort presentasjon av informantene våre. Vi hadde 5 informanter som kjønnsmessig var fordelt mellom 3 kvinner og 2 menn.

- Informant 1 er utdannet psykiatrisk sykepleier, er 47 år og har jobbet i psykiatrien i ca. 25 år. Vedkommende har jobbet ved forskjellige avdelinger blant annet akutt psykiatri, og har i dag en lederstilling.
- Informant 2 er utdannet sykepleier er 47 år og har arbeidet i psykiatrien i rundt 14 år. Vedkommende har vært tilsatt på en rekke avdelinger, blant annet ulike akuttenheter.
- Informant 3 har arbeidet i Psykiatrien ved 3 ulike avdelinger. Informanten er utdannet psykiatrisk sykepleier, er 35 år og har arbeidet 8 år på akuttpsykiatrisk avdeling.
- Informant 4 er utdannet sosionom med videreutdanning i kognitiv terapi, samt rus og psykiatri. Vedkommende har jobbet på to forskjellige avdelinger i en periode på 10 år. Informanten er 61 år gammel.
- Informant 5 jobber i dag i akuttpsykiatrien og har arbeidet der i ca. 10 år. Informanten er utdannet sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Vi har hatt en diskusjon om hva vi tenkte om kjønnsfordelingen på utvalget. Ville det være slik at menn hadde en tendens til å svare noe, mens kvinner hadde en tendens til å svare noe ulikt på det. Vi fikk en balansert kjønnsfordeling, men tenker i ettertid at vi har ikke nok antall informanter til å kunne si noe om eller se noen kjønnsmessige forskjeller i forhold til svarene. Hadde vi hatt tid til å gjøre et større utvalg kunne dette muligens vært belyst nærmere i analysedelen.

Som vist i presentasjonen av informantene ser en at alle informantene arbeider ved forskjellige avdelinger innen psykiatrisk spesialhelsetjeneste. Det må derfor vises til at flere av informantene har erfaringer fra samme type avdelinger. Det har vært nedleggelse og omstruktureringer som gjør at flere av informantene har samme type bakgrunn selv om de nylig har byttet til en annen enhet.

### **3.4 Analyse av datamaterialet**

Det er en rekke metoder som kan benyttes for å analysere kvalitative data. To av de mest benyttede metodene er innholdsanalyse og narrativ analyse.

Innholdsanalyse baserer seg på at det som framkommer av en observasjon eller et intervju inndeles i flere forskjellige kategorier (Jacobsen 2012). Kategoriene skal utelukkende baseres på innholdet i datamaterialet, i vårt tilfelle de ulike beskrivelsene i intervjuene. Deretter skal utsagnene fordeles på de ulike kategorier etter tema (ibid). Gjennom analysearbeidet leter man etter sammenhenger både internt i kategoriene og på tvers mellom ulike kategorier og drøfter disse.

Narrativ analyse er kjent fra analyse av romaner og filmer. Denne analyseformen forsøker å dele hendelsene inn i sekvenser i stedet for kategorier. Analysen gjennomføres i tre steg: A) Identifisere sentrale historieelement B) Det som ikke er relevant elimineres C) Historien leses som en helhet for å se sammenhengen (ibid).

Slik vi vurderte det var det mest hensiktsmessig å benytte oss av en innholdsanalyse. I vår analyse er det viktig å prøve å finne mulige årsakssammenhenger mellom tvangsbruk og relasjonen mellom miljøpersonalet og pasienten. I selve analysearbeidet kunne vi da søke etter momenter som potensielt kunne være slike årsakssammenhenger og ta utgangspunkt i disse som kategorier. I en narrativ analyse hvor vi måtte sette hendelsene som framkommer i intervjuene i en tidslinje ser vi to utfordringer: 1) Det ville være utfordrende å sette utsagnene i intervjuene i en tidslinje som igjen skulle kunne leses som en historie etter at elimineringen var gjennomført; 2) I prosessen med eliminering er det en risiko for at viktige årsaksfaktorer ikke blir inkludert.

Selve funnene og analysen presenteres i kapittel 4.0 «Analyse».

### **3.5 Etikk**

Gjennom hele intervju undersøkelsen har etikk vært i fokus. Det er tatt utgangspunkt i Johannessen m.fl. (2011) sin oppsummering av de forskningsetiske retningslinjene: A)

Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi; B) Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv; C) Forskerens ansvar for å unngå skade.

I forhold til punkt A) har vi sørget for at informanten ble tilstrekkelig informert i forhold til vi skulle forske på og hvilke typer spørsmål informanten kunne få. Vi gav informantene et samtykkeskriv med generell informasjon som de måtte skrive under på. I tillegg ble informasjonen repetert og utfylt før intervjuet, hvor informantene også fikk beskjed om at de kunne trekke seg når som helst i forhold til undersøkelsen.

Punkt B) som omhandler respekt for informantens privatliv er også vurdert. De spørsmålene som kan tolkes som direkte tilknytning til informantens privatliv er etter vår vurdering alder og muligens arbeidshistorikk innenfor psykiatrien. Bortsett fra det stilte vi spørsmål som etter vår oppfatning er relatert til informanten som fagperson og ikke som privatperson. Likevel kan det være utfordrende å skille når informanten bruker seg selv som arbeidsredskap. Derfor er dette noe vi har forsøkt å være sensitiv på igjennom intervjuene. Forskerens ansvar for å unngå å skade har vi diskutert. Disse omhandlet hvilke typer spørsmål vi stilte og hvordan vi vurderte det kunne påvirke informanten (Johannessen m.fl. 2011).

Utover retningslinjene har vi drøftet meldeplikt og lagring i forhold til personopplysninger. Hvis man innhenter en kombinasjon av opplysninger som kan føre til at personen kan spores skal lagring av datamateriale meldes (Johannessen 2011 m.fl.). Vi var noe usikker på om denne studien skulle meldes og tok testen på personvernombudet for forskning sine nettsider. Der fikk vi tilbakemelding om at denne studien skulle meldes, noe som også ble gjort. På nettsidene ble vi også oppmerksom på at lydopptakene måtte lagres sikkert. Derfor har vi valgt å ha alle lydopptakene på en passord beskyttet pc i en mappe med et annet passord.

## **4.0 Presentasjon av funn**

I analysen tas det utgangspunkt i arbeidshypotesen: «Bruk av tvang påvirker relasjonen mellom miljøarbeiderne og pasienten». For å kunne gi en presentabel og strukturert analyse er det tatt utgangspunkt i de kategoriene som vi har definert: Forebygging av tvangssituasjonen; Fagmiljøets kompetanse og erfaring; Tvangsbruk med beltelegging; Tvangsbruk med medisiner; Unntaket fra regelen og Tvangsbrukens påvirkning på miljøterapeuten. Hver

enkelt kategori vurderes så opp mot hypotesen. Deretter beskrives de funn som er gjort pr. kategori.

Utvelgelse av kategorier var en utfordrende prosess. Til tross for at det var relativt få intervjuer var det et forholdsvis stort og krevende datamateriale å gå igjennom og systematisere. I utgangspunktet jobbet vi utfra at spørsmålene kunne fungere som gode kategorier, men analyse av beskrivelsene fra intervjuene viste at det var vanskelig å finne fornuftige sammenhenger mellom noen av spørsmålene og arbeidshypotesen. Vi etterstrebet derfor å finne grupperinger av felles informasjonselementer som alle hadde relevans i forhold til arbeidshypotesen og definerte så disse gruppene som kategorier og satte navn på dem.

#### **4.1 Forebygging av tvangssituasjonen**

Basert på tilbakemelding fra samtlige av informantene synes det klart at miljøpersonalet, selv om det foreligger vedtak om tvangsbruk og situasjonen ellers tilsier at det er forsvarlig å ta i bruk tvang, i det lengste prøver å unngå tvangsbruk for ikke å sette relasjonen mellom miljøpersonale og pasient «i fare». Det fokuseres tilsynelatende i stor grad på det som kan betegnes som forebyggende tiltak. Disse tiltakene er av ulik karakter, avhengig av situasjon og pasient. En av informantene uttrykker det slik:

*“... la oss si at en psykotisk pasient, så er det jo ikke sånn at man er seg selv og man har jo kanskje mye angst og gjør mye rare ting og da kan det for eksempel fattes vedtak om tvungen medisiner, injeksjon da. Og da tenker jeg at det er til det beste for pasienten, når du ser hvordan han sliter og har det tungt. Det kan være i forhold til skjerming, at man fatter vedtak om skjerming for å begrense pasienten fra andre ikke sant. At det er mer strukturert miljø og sånt, jeg synes at det har fungert veldig bra. Men det er jo klart det er jo ikke noe hyggelig å måtte utøve tvang. Men det er også sånn at jeg tenker igjennom hvilke måter det kan løses på beste sett. La oss si at man må gjennomføre tvangsmedisinering da, med sprøyter. Så tenker jeg at det er noe med det der å opprettholde verdigheten til pasienten. At man kan forklare pasienten om hva som skal skje. Det er ikke noe hyggelig å måtte gjøre det her, men nå er det sånn at vi ser at du trenger det og men du kan velge, vil du sette den i låret eller rompa? Hvem vil du ha sammen med deg til å gjøre det? Skal vi gjøre det på rommet ditt? Eller at de på en måte får opprettholde sin egen integritet i det her også. At alt blir tvang” – kvinne 35*

Her forteller informanten at det er viktig å ha et strukturert miljø for å forsøke å ivareta pasienten og det øvrige miljøet. Informanten peker også på viktigheten av å opprettholde

verdigheten og integriteten til pasienten. Dette gjøres igjennom forsøk på kommunikasjon og medvirkning i tvangsvedtaket. Lignende utsagn fra de øvrige informantene er:

*“Mye handler om å være personlig egnet. Å ha litt ro, det å kunne høre pasienten uten at du alltid må overstyre og fortelle hvordan ting skal være, men å ta ting litt etterhvert” – mann 47*

*“Og ja, så lå hun på sengen og jeg pratet med henne og satt der og var sikkert der i en time sånn å, prøvde å få i gang en relasjon mellom meg og hun, sånn at hun skulle innse at hun trengte medisin» – kvinne 35*

*“... vi er jo en rehabiliteringspost, av og til skulle vi ønsket vi kunne ha gjort mer rehabilitering ” – mann 61*

Tilbakemeldingene ovenfor henspiller på faktorer som: a) å bruke tilstrekkelig tid på pasienten, b) skape en god relasjon, c) holde en dialog i forhold til den behandlingen som kommer samt at d) personalet agerer slik at verdigheten til pasienten blir ivaretatt. Andre momenter som var nevnt av noen av informantene var: e) viktigheten av å ha stabilitet i behandlingsopplegget, spesielt med henblikk på bemanning og samtidig unngå at reglene pasientene måtte forholde seg til ble for rigide:

*“... og før var det nok situasjoner hvor de var så syk at de ikke fikset å holde seg til slike rigide beskjeder” – mann 47*

Informantene er av den oppfatning at de forebyggende tiltakene ikke utelukker nødvendig bruk av tvang, men reduserer omfanget av tvangsbruken samtidig som det bidrar til å bygge en god relasjon mellom miljøterapeut og pasient. Når det da oppstår en situasjon hvor tvangsbruk blir tvingende nødvendig så bidrar den gode relasjonen til at det er enklere for pasienten å forstå behovet for tvangsbehandlingen og derav akseptere den uten at relasjonen til miljøpersonalet blir svekket av den grunn.

En av informantene påpekte at det var nødvendig med *medikamentell behandling for bedring*. Sett fra et mentaliseringsperspektiv kan dette være et forsøk på å fremme refleksjon og opprettholde mentaliseringsevnen slik at pasienten kan bli bedre uten utstedelse av tvangsvedtak. Sett fra et miljøterapeutisk perspektiv forsøker hun å ivareta Gundersons prinsipper om god behandling som å gi støtte og være engasjert i pasientens situasjon



(Opjordsmoen m.fl. 2005). På en annen side hvis situasjon ender med tvang har hun forsøkt å gi innsikt og forståelse til pasienten. Det framkommer fra erfaringskompetanse.no at hvis pasienten er forsøkt forklart hvorfor det blir nødvendig med tvang kan tvangen oppleves som mindre krenkende. I tillegg påpeker det viktigheten av at pasienten skal bli lyttet til og få muligheten til å ytre sine egne synspunkter. Dette kan være styrkende for relasjonen mellom pasient og miljøpersonalet (Erfaringskompetanse.no).

En av de andre informantene påpeker viktigheten av at *personalet er egnet for arbeidet*. Det kan bety at en har de personlige egenskapene som er viktig i arbeidet med mennesker som er i en vanskelig livssituasjon, men samtidig kunne anvende metoder som eksempelvis kognitiv miljøterapi og mentalisering.

## **4.2 Fagmiljøets kompetanse og erfaring**

Som nevnt i avsnittet ovenfor vil det selv med god forebygging noen ganger være nødvendig å gjennomføre tvangsbehandling av ulik karakter. Det kan være *beltebruk* og *tvangsmedisinering* som er omtalt i de to neste avsnittene. Et annet eksempel er *skjerming*. Uavhengig av type tvangsbruk trekker flere av informantene fram nødvendigheten av god kompetanse og erfaring hos miljøpersonalet for å unngå at tvangsbehandlingen skal føre til en forverring av relasjonen i forhold til pasienten.

En av informantene forteller:

*”...i den grad det er mulig så tror jeg faktisk at det kan (være) at traumen som potensielt kan ligge i det å bli utsatt for tvang at den ikke oppleves så sterk at du kan komme igjennom på en grei måte uten at du blir traumatisert i forhold til det med tvang. Gjør man det på en brutal feil måte så er det klart at det kan bli kraftig traume, men det handler om øvelse, øvelse, øvelse hele veien og alle er innforstått med hvordan ting skal være. Og det er jo noe som vi legger stor vekt på og som vi trener på hver eneste uke ” – Mann 61*

Fra informantens sitt ståsted så fremheves viktigheten av kontinuerlig øvelse for å hindre at tvangen utøves på en feil og brutal måte. Det er viktig at tvangsbehandlingen gjennomføres så skånsomt som mulig. Noe som også understøttes av følgende utsagn fra en av de andre informantene:

*”Når vi nå ender opp med at vi må utøve tvang, så handler det mye om måten man gjør ting på. At det på en måte er det viktige opp i det hele her. Så vi prøver å gjøre det så skånsomt som mulig og forklare pasienten i den grad de forstår hvorfor vi gjør det. Og når vi gjør det prøver vi å gjøre det på en så okey måte selv om det er tvang”*  
– Kvinne 35

Innenfor mange yrkesgrupper i samfunnet i dag framheves behovet for *god kompetanse og kontinuerlig øvelse og erfaringsutveksling* for å kunne bli stadig bedre. Det synes som om det samme er tilfelle i forhold til tvangsbehandling. Det å kunne opptre overfor pasienten med profesjonalitet, medmenneskelighet og trygghet i en i utgangspunktet meget krevende situasjon synes å være kritisk for å redusere risikoen for at tvangsbehandlingen skal føre til en forverret relasjon med pasienten. Noe også en av tilbakemeldingene fra en av de øvrige informantene understøtter:

*”Jeg tror at hvis man føler seg trygg i situasjonen eller i hvert fall har litt kontroll så føler de seg også trygg, er de usikker på deg så blir de utrygg også”* – Kvinne 47

I følge denne informanten er pasientene ofte veldig flink til å lese miljøpersonalet. Om personalet er utrygg kan det veldig fort smitte over på pasienten.

### **4.3 Tvangsbruk med beltelegging**

Informantene har fortalt fra flere episoder hvor det har blitt fattet vedtak om beltelegging av pasienten. Beskrivelsen av episodene har flere likhetstrekk, men det er også skilnader mellom opplevelsene som beskrives. For å illustrere en slik hendelse vil vi først vise til beskrivelsen fra en av informantene:

*”Vi kaller det for utagering. Urolig på rommet, ting blir knust, ødelagt, hevet rundt og vi gikk inn på rommet og man får ting mot seg. Det er bare å lukke igjen døra. Vi trykte ikke på alarm for det var folk som hørte det samme, så vi ble nok folk også tenkte vi hva vi skulle gjøre. Også var det slik at det var så urolig i rommet at vi måtte gå inn å ta kontroll over pasienten uten å bli skadet selv av ting som haglet og måtte da holde pasienten nede på gulvet, vi var vel fire. Vi fikk en slags kontakt med han, fortsatt urolig og sint. Måtte fortsatt holdes ettersom han slo, sparket, kløyp og bet om vi slapp han. I dette tilfellet ringte vi ikke vakthavende lege og det var før transportbeltenes tid. Vi bar da pasienten inn på belterommet, fikk satt han i belte og ringt vaktlege om hva vi hadde gjort. Han snakket med pasienten og bekreftet det vedtaket vi hadde gjort. Legen forordnet da stesolid så pasienten kunne roe seg litt”* - mann 47

I oppfølgingsspørsmål om ulike erfaringer om det relasjonelle i ettertid svarer den samme informanten:

*” ... han ble ikke verre, vi fikk pratet om det, underveis eller ikke underveis så etter at han hadde kommet i belte. Viktig at pasienten får noe over seg hvis han vil, et tynt pledd eller noe slik at pasienten ikke føler seg så sårbar i situasjonen. Så alt i fra det til å være tilstede i rommet og snakke om det som har vært og i etterkant snakke med pasienten om hva som skjedde og hvorfor det skjedde? Hvorfor måtte vi gjøre det vi gjorde? Og da kan jo pasienten komme med hvorfor han reagerte slik, hva var grunnen. Det er jo ofte angst, redsel og psykotiske forestillinger som utløser det. Så det er ikke slik at tvangen i min erfaring ødelegger relasjonen” – Mann 47*

Informanten påpeker at de samtaler med pasienten i etterkant av hendelsen, da med fokus på både pasientens og miljøarbeiderens perspektiv. Gunderson beskriver ulike behandlingsprinsipper som beskyttelse, engasjement, støtte og gyldig gjøring (Opjordsmoen m.fl. 2005). Det å la pasienten komme med sine egne erfaringer etter tvangsvedtaket kan bidra til gyldiggjøring av pasientens synspunkter og kan samtidig fremme relasjonen.

Miljøpersonalet kommer med egne synspunkter og erfaring knyttet til situasjonen som oppstår ved tvangsbruken. Gjennom dialogen mellom miljøarbeider og pasient kan miljøpersonalet få fram at tvangsbruken viser både et *engasjement* fra miljøpersonalets side og at de har et genuint ønske om å *beskytte seg selv og pasienten mot skade* som et mulig resultat av utageringen.

Informanten påpeker at pasienten ofte føler seg sårbar i en slik situasjon. Det å være tilstede og *visе omsorg* gjennom eksempelvis å bringe pasienten et pledd for å trygge pasienten kan være en faktor som gjør at pasienten føler tvangsbruk med beltelegging mindre krenkende. Dette kan tolkes av pasienten som både *støtte* og *omsorg* i situasjonen. Noe som kombinert med *engasjementet* nevnt i forrige avsnitt kan virke tillitsskapende.

En av de andre informantene fortalte følgende episode i forhold til tvangsbruk med beltelegging:

*”Vi hadde nettopp en episode fra en som var kjempesyk på grunn av rus og psykose og det som i ettertid er at vedkommende husker alt både personer, hva vi sa, hva vi gjorde, ja det var ganske interessant, men han opplevde det som omsorg. Det viste seg*

*jo det i ettertid selv om i situasjonen så var han ikke der. Han hadde ikke kontroll selv, fare for seg selv, fare for omgivelsene, skading av andre og han trodde jeg helt klart opplevde det som omsorg at noen kom inn og tok kontroll” – Mann 61*

Her forteller informanten at pasienten i ettertid oppfattet tvangsbruken som omsorg til tross for tilstanden pasienten var i. Etter oppfølgingsspørsmål går informanten videre og beskriver hvilke rutiner de har for beltelegging:

*”Når vi beltelegger og bruker tvang så er det på en veldig skånsom måte og vi er jo inne i situasjonen. Vi har klare rollefordelinger, hvem som setter på belter, hvem som er leder, hvem som snakker med pasienten. At det er en som snakker - forklarer hva det er vi holder på med - hvorfor vi gjør det. Også videre, så vi er drillet på akkurat slike ting de få gangene vi er nødt til å bruke tvang og belter” – Mann 61*

Informanten setter fokus på *hvordan belteleggingen gjennomføres*. Informanten forteller viktigheten av klar rollefordeling og bruk av tid på forberedelse hvis tvangsbruk blir nødvendig. Flere av informantene forteller om traumer og behandlingstraumer ved tvangsbruk. Det synes å være av stor betydning hvordan pasienten opplever selve belteleggingen. En tydelig organisering og rollefordeling kan bidra til å redusere den negative og nedverdiggende opplevelsen. Det er sannsynlig å anta at en uklar rollefordeling kombinert med ingen forklaringer underveis vil kunne medføre at pasienten får en forsterket negativ opplevelse av belteleggingen.

Den samme informanten har i intervjuet også lagt vekt på betydningen av *relasjonsbygging* over tid:

*”Du opplever og oppnår jo veldig mye med å bygge relasjon, det gjør du. Der er jo vi forskjellig fra en akuttpost der hvor de er veldig kort tid inne og du får ikke den tiden til å bygge opp relasjonen og her er folk lenge inne så du får etter hvert en veldig god relasjon og kan løse sånne vanskelige situasjoner som utagering med frivillighet.” – Mann 61*

Pasientene på enheten informanten hører innunder bor der over lang tid. Dermed kan relasjoner bygges over tid. I følge informanten resulterer dette i gode relasjoner som bidrar til at tvangsbruk som i utgangspunktet er en negativ handling lettere oppfattes som en omsorgshandling fordi miljøpersonalet bryr seg om pasienten. I miljøterapien forsøker en konstant å unngå negative situasjoner ved å fokusere på den positive samhandlingen gjennom kommunikasjon og samhandling (Skorpen og Øye 2010). Har pasientene og personalet mange

gode opplevelser og gjennom det en trygg relasjon kan dette resultere i at situasjoner med tvangsbruk blir lettere for pasienten å forholde seg til.

#### **4.4 Tvangsbruk med medisiner**

Tvangsbruk med medisiner og tvangsbruk med belte er valgt presentert og analysert hver for seg. Dels fordi det var de to formene for tvangsbruk som alle informantene beskrev egne erfaringer med og dels fordi det er interessant å vurdere om pasientene basert på informantenes erfaringer reagerer ulikt på de to tvangsmetodene. Og om tvangsmetodene påvirker relasjonen mellom miljøpersonal og pasient ulikt.

Det ville være naturlig å anta at tvangsmedisinering ble opplevd som mindre dramatisk enn beltelegging fordi tvangsmedisinering tilsynelatende ser ut til å være lettere å håndtere og mindre dramatisk - både for miljøpersonalet og pasientene. I de fleste tilfeller fattes det et tvangsvedtak og så må medisiner skje innen 48 timer. Dermed har man tid til å forberede pasienten og kan iverksette forebyggende tiltak som beskrevet i avsnitt «4.1 Forebygging av tvangssituasjonen». Det kreves også en viss ro i situasjonen for at det eksempelvis skal være mulig å sette en sprøyte på en forsvarlig måte. Basert på erfaringene fra informantene er det imidlertid ikke alltid slik. Tvangsmedisinering kan oppleves dramatisk for begge parter. Den ene informanten forteller:

*”Og her var også sånn at han trodde det at vi skulle drepe han, med den sprøyta, at det var gift vi satt inn i han. Jeg satt sprøyta så da kunne jo ikke jeg holde, så det var jo andre som holdt han og der han sa «nei ikke drep meg, ikke drep meg». Også står jeg som ny sykepleier og skal liksom sette den sprøyta. Selv om jeg på måter vet at pasienten har godt av å få den der medisinen så får han sov også blir han etter hvert mer rolig ikke sant og ja, mindre psykotisk og så er det ikke noe hyggelig og på en måte oppleve det at pasienten tror at jeg skal ta livet av han. For da jeg satte sprøyta i låret på han, for at han sprellet sånn, og før det her så sprellet han og var helt vill så de måtte jo sånn ordentlig holde han fast, og akkurat når jeg satte den i låret og sprøyta det inn så ble han helt livløs, skulle nesten tro han var død. For han trodde jo han skulle dø. Så det synes jeg var, ja litt sånn trist å se på egentlig” – kvinne 35*

Samme informant ble spurt om hun oppfattet at det skjedde noe i relasjonen mellom personalet som hadde deltatt på tvangsmedisineringen og pasienten etter denne episoden. Om det sier informanten følgende:

*”... nei, det merket jeg ikke noe, noe endring i måten han oppførte seg mot meg før eller etter tvangen. Å det var ikke sånn at han, for vi prata jo etterpå. Jeg har alltid pleid det, hvis at jeg har vært på nattevakt og måtte utøvd tvang, så neste gang jeg kommer på nattevakt så tar jeg alltid kontakt med den pasienten og prater om den forrige kvelden jeg var på og hvordan synes du det var, og var det traumatisk ? Jeg har alltid pleid å prate med folk etter eller pasienter etterpå. Det kan tenkes at de sitter inne med, at de synes ikke det var noe koselig eller de synes ikke det var noe bra eller det var traumatisk eller, men med han var det ikke sånn i det hele tatt. Så han fikk ikke noen følelser av at vi forgrep oss på han.” – kvinne 35*

Basert på denne informantens uttalelser blir det også i denne sammenhengen viktig å ha den gode dialogen og bygge gode relasjoner. Vise pasienten respekt og medmenneskelighet. Sett fra et mentaliseringsperspektiv kan en se at miljøarbeideren forsøker å få tak i om det er noen tanker hos pasienten i etterkant av tvangsvedtaket. Ved å forsøke å få tak i pasientens erfaring eksplisitt kan en få forståelse av pasientens perspektiv på hendelsen, samtidig som det åpner for dialog og videre relasjonelt arbeid. Ved å opprettholde relasjonen kan dette videre skape en behandlings allianse mellom miljøarbeider og pasient (Skårderud og Sommerfeldt 2014). Dette synes å være viktige momenter som sikrer en god behandling videre til tross for utøvelsen av tvang. De samme momentene framkommer i neste informants uttalelser:

*”Altså jeg tenkte at det verste i forhold til tvang det er jo den tvangsmedisineringen og når du ser at folk blir veldig, veldig redd. Det er klart det er ikke noe okey du kjenner det på deg selv. Når du skal gå inn og i forhold til tvangsmedisinering så må du jo gjerne holde fordi de gjør det ikke frivillig stort sett, men det her er mer på akuttavdelingene. Det er klart du kjenner på at det er ikke okey å gjøre det, men du vet samtidig at de trenger det, de må ha det og du prøver underveis, for eksempel når du setter sprøyter, eller noe sånt å si at det her trenger du og det her behøver du. Og så er det noe med å stå i det etterpå også og ikke bare gå ut og la de være alene.” – kvinne 47*

Den samme informanten kommer med et annet poeng om det hun mener er en holdning miljøterapeutene bør ha i forhold til bruk av tvang:

*”.. joda, det er aldri okey når noen som er på tvang og du vet at pasienten er i mot det. På en måte så er det ikke noe okey. Det tror jeg aldri jeg kommer til å synes og det tenker jeg ikke folk skal gjøre heller for da er du på en måte, da har du glemt litt medmenneskelige i det.” – kvinne 47*

Tilsynelatende kan det virke som om at tvangsbehandling ikke har noen merkbar negativ effekt på relasjonen mellom miljøpersonalet og pasient så lenge den utøves profesjonelt og det fokuseres på, så langt praktisk mulig, pasientens verdighet og menneskeverd.

Relasjonsbygging og kontinuerlig dialog synes å være viktig for å bevare relasjonen. I neste kapittel skal vi se at det ikke alltid er tilfelle. Avsnittet nedenfor viser til et tilfelle hvor relasjonen ble påvirket av et tvangsvedtak.

#### **4.5 Unntaket fra regelen**

De fem informantene har til sammen om lag 100 års arbeidserfaring som miljøarbeidere. I intervjuene med informantene oppfordres de til å komme med konkrete eksempler på tilfeller hvor relasjonen mellom miljøterapeut og pasient er forverret som resultat av tvangsbruk. Det er kun en av informantene som kan huske ett eneste tilfelle hvor tvangsbehandling førte til en dårligere relasjon. Informanten kommer med følgende serie av utsagn knyttet til hendelsen:

*"... ja, jeg har ei som jeg husker veldig godt, litt eldre dame jeg vil tro at hun er i 60 årene nå. Som var helt i mot medisin, uansett. Der måtte jeg inn. Jeg var den som måtte sette sprøyta og vi var mange som holdt henne og der ble aldri den samme relasjonen tilbake. Det var ingen, INGEN på enheten som fikk den samme relasjonen tilbake ...»*

*«Hun ble på en måte litt sånn hevngjerrig etterpå hvis man kan kalle det det.»*

*«Hun lukket seg for alle på en måte»*

*«Jeg tror nesten det ble ganske heavy for henne på en måte det ble ganske voldsomt for henne. Hun var så syk at hun trengte medisinen for å komme ut av det. men for det at hun kom ut av det, så klarte hun ikke helt å komme ut av det som hadde skjedd. Jeg tror det er kun en i de årene jeg har her at det har skjedd, ja som jeg kan huske hvert fall.» – kvinne 47*

Disse utsagnene står i kontrast til mange av de øvrige utsagnene hvor informantene ikke er kjent med at utøvelsen av tvang har hatt negativ effekt på relasjonen. Dette antyder at relasjonen kan påvirkes etter tvangsvedtaket. Det blir da naturlig å stille seg noen spørsmål knyttet til hendelsen. Spørsmålene kan være gjenstand for videre undersøkelser ved en senere anledning:

- Er det virkelig slik at det knapt finnes kjente tilfeller hvor tvangsbruk har medført en forverret relasjon mellom miljøterapeut og pasient? Kan det være slik at bildet hadde blitt mer nyansert om noen av informantene var pasienter eller pårørende til pasientene?
- Hvis det er slik at tvangsbruken ikke har noen negativ effekt i relasjonen mellom miljøterapeut og pasient – hvorfor er tvangsbruk så mye debattert i fagmiljøene og hvorfor har det så stor fokus i media?
- Kan det være spesielle sider ved en pasients livssituasjon som i enkelte tilfeller slår negativt ut for relasjonen når det gjelder bruk av tvang? Eksempelvis synspunkter på medisinerer, religiøs tilhørighet og alder?

En mulig forklaring på den tilsynelatende manglende sammenhengen mellom tvangsbehandling og forverring av relasjonen framkommer i intervju med en av informantene:

*«Ja jeg kan jo si, noe var jo veldig, det hørtes ut som det var et drømmescenario. Men det er jo selvfølgelig eksempler på det motsatte, det er det jo. Det er eksempler på at folk har blitt både tvangsinnlagt, tvangsmedisinert mange ganger over år ikke sant, det har gjentatt seg, men det som da går igjen i forhold til sånn her negative følelser hos pasientene det er jo gjerne at det ikke er nødvendigvis oss som miljøpersonale det går på men da er de lengre opp i systemet, de som faktisk bestemmer. Vi er jo på en måte litt sånn der, særstilling sånn sett for det er ikke vi som tar avgjørelsene. Det er ikke vi som sier du skal medisineres, det er en overlege og spesialist. Også i forhold til tvangsinnleggelse, alt det her. Der er vi litt unntatt for vi bare utfører på en måte jobben vår, vi kan si at, at når folk er her på tvang men vi har ikke noe myndighet til å gjøre noe med det. Vi må på en måte bare forholde oss til det lovverket vi er underlagt. Ser da er det ofte sånn at hvis det er, holdt på å si vrede å aggresjon mot det at man er blitt innlagt eller tvangsmedisinert så går det gjerne på, gjerne på de her overlegene.. at de får høre litt sånn hard medfart verbalt eller så går det liksom på systemet. At det er systemet som er feil, det er jo noen som mener veldig sterkt at tvang i psykiatrien er fullstendig feil å sånn men de aller fleste ser at det trengs rett å slett, av å til. Men som sagt vi på miljøpersonale vi kommer litt sånn unna, for vi har ikke myndighet til å ta de avgjørelsene. Sånn formelt. Så det er klart, det er erfaringer i alle retninger i forhold til gjennomførelse” – kvinne 35*

Basert på det informanten forteller kan det synes som om noen pasienter kanaliserte sine negative følelser til systemet eller leger og ikke til miljøpersonalet. Pasienten oppfatter at det er systemet det er noe i veien med og ikke miljøpersonalet. Derved blir ikke relasjonen negativt påvirket.



## **4.6 Tvangsbrukens påvirkning på miljøterapeuten**

Som det framkommer foran synes det å være viktig for relasjonen at miljøpersonalet behandler pasientene profesjonelt og med fokus på medmenneskelighet. Dette fordrer medarbeidere som til enhver tid har et overskudd og rett mentalitet i forhold til de utfordrende arbeidsoppgavene som skal løses. En av informantene er opptatt av hva som skjer med personalet som over mange år må jobbe med tvangsbehandling. Informanten uttrykker det slik:

*“Jeg tror det gjør noe med meg som sykepleier å jobbe så mye med så mange syke mennesker som trenger tvang, tvangsbehandling. Det skulle det vært forsket på, hva det gjør med meg som sykepleier?” – mann 47*

Senere i intervjuet sier samme informant:

*“Jeg merket at når jeg begynte som ufaglært, at jeg håndterte det bra, men at det hjalp veldig å få noen år på baken. Mye handler om å være personlig egnet. Å ha litt ro, det å kunne høre pasienten uten at du alltid må overstyre og fortelle hvordan ting skal være, men å ta ting litt etterhvert”*

Informanten peker på hva utførelsen av tvangsvedtak kan gjøre med en som miljøterapeut og som privatperson.:

*Men jeg tror det har gjort noe med meg disse årene, Å bruke såpass mye tvang, selv om det har vært rolig har stress nivået vært høyt. For det er jo ikke noen naturlig situasjon å gå rundt og være redd, urolig eller engstelig. For hva er det neste? Det er nesten som å være i krig.” – mann 47*

Informanten reiser et viktig spørsmål: Hvordan påvirkes det personalet som gjennom år må jobbe i situasjoner med tvangsbehandling – kan denne påvirkningen slå negativt ut for relasjonen mellom miljøpersonalet og pasient? Denne problemstillingen burde vært fulgt opp ved først å undersøke hva som allerede finnes av relevant forskning på området og hvilke konklusjoner som trekkes. Og så undersøke videre ut fra en arbeidshypotese om at miljøterapeuter som må utøve tvang på pasienter over tid, uansett hvor godt formålet er, vil kunne få negative personlige effekter som igjen går utover utøvelsen av profesjonen og dermed relasjonen til pasienten.

## 5.0 Avslutning

Oppgavens formål har vært å belyse nærmere hvordan miljøarbeideren opplever relasjonen med pasienten etter et tvangsvedtak er gjennomført. I oppgaven er følgende problemstilling drøftet:

*”Hvordan påvirker utførelsen av tvangsvedtak relasjonen mellom miljøarbeider og pasient?”*

I de neste avsnittene oppsummeres de viktigste funnene fra analysen og helt avslutningsvis skisseres problemstillinger som kan være gjenstand for ytterligere undersøkelser.

### 5.1 Oppsummering av analysen

For å gi en strukturert oppsummering av analysen er det valgt, som i kapittel 4 «Presentasjon av funn», å strukturere oppsummeringen etter kategoriene som er benyttet i analysen.

Overordnet kan det sies at basert på tilbakemeldingene fra informantene og deres erfaringer synes det å være en rådende oppfatning at tvangsbruk, så lenge den er utført profesjonelt og med så stor grad av medmenneskelighet som mulig, ikke påvirker relasjonen negativt i de aller fleste tilfeller.

I de neste avsnittene oppsummeres de viktigste funnene i analysen per kategori.

#### **Forebygging av tvangssituasjonen**

Det synes å være en felles oppfatning blant informantene om at de i det lengste prøver å unngå bruk av tvang selv om det foreligger vedtak om tvangsbruk. Informantene vektlegger betydningen av den gode dialogen og gjennom den å skape forståelse for hvorfor det er nødvendig med en bestemt type behandling. Miljøterapeutene prøver gjennom dialogen å overtale pasienten til å gjennomføre behandlingen frivillig. Relasjonsbygging og ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet trekkes fram som sentrale elementer i det informantene selv karakteriserer som forebyggende tiltak.

#### **Fagmiljøets kompetanse og erfaring**

Flere av informantene påpeker viktigheten av at miljøpersonalet har tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Å skulle gjennomføre et tvangsvedtak er i utgangspunktet en meget krevende situasjon. Det er derfor kritisk at det gjennomføres på en profesjonell, trygg og så medmenneskelig måte som overhodet mulig. Dette krever kontinuerlig øvelse.

Informantene poengterer at hvis tvangen utøves på en feil og brutal måte, så vil det kunne forverre relasjonen til pasienten. Utføres tvangen profesjonelt er det etter informantenes oppfatning stor sannsynlighet for at relasjonen ikke forverres.

### **Tvangsbruk med beltelegging**

Samtlige informanter har erfaring med tvangsbruk med beltelegging. Med denne type tvangsbruk framhever informantene en rekke momenter som er kritisk for at relasjonen mellom behandler og pasient ikke skal bli dårligere: være til stede og vise omsorg for pasienten, gjennomføre belteleggingen profesjonelt og så skånsomt som mulig, gode samtaler i etterkant av tvangsbehandlingen og i tillegg kontinuerlig jobbe for en god relasjon.

Basert på informantenes erfaringer så vil pasientene hvis nevnte momenter innfris føle at behandleren har vist engasjement og omsorg. Noe som igjen skaper tillit og er en viktig byggestein i relasjonsarbeidet. Erfaringsmessig, sett fra informantenes ståsted, resulterer dette i gode relasjoner som bidrar til at tvangsbruk som i utgangspunktet er en negativ handling lettere oppfattes som en omsorgshandling fordi miljøpersonalet bryr seg om pasienten.

### **Tvangsbruk med medisiner**

Som for tvangsbruk med beltelegging har alle informantene erfaring med tvangsbruk med medisiner. Basert på informantenes uttalelser synes det som om denne tvangsbruken ikke har noen negativ effekt på relasjonen mellom behandler og pasient.

Informantene påpeker også i denne sammenheng viktigheten av å etablere en god relasjon og ha den gode dialogen. Ikke minst fokuseres det på viktigheten av dialogen i etterkant av behandlingen hvor pasienten må få anledning til å snakke om sine tanker etter at tvangsvedtaket er gjennomført.

### **Unntaket fra regelen**

Informantene har lang og bred erfaring som miljøarbeidere. Det er derfor noe overraskende at det er kun en av informantene som kan huske ett eneste tilfelle hvor relasjonen mellom miljøterapeut og behandler ble forverret som resultat av gjennomført tvangsvedtak. Dette er det grunn til å stille spørsmålstegn ved. Noe som blir utdypet nærmere i kapittel 5.2 «Forslag til videre arbeid».

En av informantene gir en mulig forklaring på hvorfor det tilsynelatende er så få relasjoner mellom behandler og pasient som blir forverret ved tvangsbehandling. Denne informanten påpeker at pasientene ofte skylder på systemet og ikke på den enkelte behandler. Derved styres negative følelser inn mot systemet og relasjonen mellom pasient og behandler blir ikke forverret.

### **Tvangsbrukens påvirkning på miljøterapeuten**

En viktig problemstilling belyses av en av informantene: Hvordan påvirkes det personalet som gjennom år må jobbe i situasjoner med tvangsbehandling – kan denne påvirkningen slå negativt ut for relasjonen mellom miljøpersonalet og pasient?

Informanten mener at det har hatt en negativ påvirkning på vedkommende selv. Dette er en viktig problemstilling og i kapittel 5.2 «Forslag til videre arbeid» utdypes dette nærmere.

## ***5.2 Forslag til videre arbeid***

Gjennom analysearbeidet har det framkommet flere interessante problemstillinger og spørsmål som kan være aktuelle for videre undersøkelser. Disse er omtalt i de neste avsnittene.

Informantene har til sammen over 100 års arbeidserfaring som miljøpersonale. Det kan derfor virke noe overraskende at det gjennom intervjuene kun framkommer ett kjent tilfelle av at relasjonen er blitt verre etter tvangsbruk. Det kan være grunn til å se nærmere på om dette skyldes tilfeldigheter i utvalget av informanter, eller om det virkelig er slik. I et videre arbeid kunne det eksempelvis være interessant å få pasientenes og de pårørendes syn på hvordan de følte relasjonen mellom behandler og pasient ble i etterkant av en tvangsbehandling.

Et annet interessant moment som framkom fra en av informantene var hvordan miljøpersonalet som gjennom mange år må benytte seg av tvangsbehandling blir påvirket av dette, og om denne påvirkningen kan slå negativt ut for relasjonen mellom miljøpersonalet og pasientene. Dette er også et område som kan være interessant å belyse ytterligere.

## Litteraturliste

Berge T, Repål A (red). (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Gyldendal Norsk forlag 1.utgave.

Henvi­sing i tekst: (Berge og Repål 2008).

Berge T, Repål A (2010). Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. Gyldendal akademiske forlag 3 utgave.

Henvi­sing i tekst: (Berge og Repål 2010).

Bøe T.D, Thomassen A (2000). Mot en mer menneskelig psykiatri, Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Universitetsforlaget

Henvi­sing i tekst: (Bøe og Thomassen 2000).

Eide H, Eide T. Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid.

Gyldendal akademisk 2004 1 utgave.

Henvi­sing i tekst: (Eide og Eide 2004).

Fredheim K, N. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern.

Tidsskrift for Norsk psykologforening 2009. Vol46, 2:161-167

Henvi­sing i tekst: (Fredheim 2009).

Garsjø O. (2008). Institusjonssosiologi – Perspektiver på helse og omsorgsinstitusjoner.

Gyldendal akademiske forlag, 2 utgave.

Henvi­sing i tekst: (Garsjø 2008).

Henriksen Anne Thorsvik, Smedvig Karen, Østebø Grethe, Aanderaa Målfrid, Tytlandsvik

Margrete, Dahle Anne Sofie, Hammervold Unn, Stokka Marta. Miljøterapi en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon.

Stiftelsen for psykiatrisk opplysning 2007. 5 utgave 1 opplag:5

Johannessen Asbjørn, Tuft Per Arne, Christoffersen Line (2011). Introduksjon til

samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt forlag. 4 utgave 2 opplag

Henvi­sing i tekst: (Johannessen m.fl. 2011).

Jacobsen Dag Ingvar (2012) Hvordan Gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Høyskoleforlaget, 2 utgave.

Henvisning i tekst: (Jacobsen 2012).

Karterud Sigmund, Bateman Anthon (2011) Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi. Gyldendal Norsk forlag 1. Utgave, 2 opplag 2011.

Henvisning i tekst: (Karterud og Bateman 2011).

Krogstad Dag. Hansson, Anne-Lise Rui. (2007). Erfaringer med kognitiv terapi. Tidsskrift for kognitiv terapi 1:6-13

Henvisning i tekst: (Krogstad og Hansson 2007).

Løvaas Elisabeth Önai, Johansen Asbjørn. Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. Sykepleien. 2012: 100(2):52-55.

Henvisning i tekst: (Løvaas og Johansen 2012).

Monsen Jon. Vitalitet, Psykiske forstyrrelser og Psykoterapi. Tano 1990

Henvisning i tekst: (Monsen 1990).

Opjordsmoen Stein, Vaglum Per, Thorsen Gerd-Ragna (2005). Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse. Hertervig forlag, 1 utgave.

Henvisning i tekst: (Opjordsmoen m.fl. 2005).

Oestrich Irene Henriette, Holm Lennart. (2001). Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbeide, Dansk psykolog Forlag

Henvisning i tekst: (Oestrich og Holm 2001).

Perris Carlo. (1989) Cognitive therapy with schizophrenic patients. New York: Guilford.

Henvisning i tekst: (Perris 1989).

Simonsen Inge-Ernald. (2007) Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 11; 1340-1349.

Henvisning i tekst: (Simonsen 2007).

Skorpen Aina, Øye Christine. (2010) Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, 12 (3); 15-27.

Henvisning i tekst: (Skorpen og Øye 2010).

Skårderud Finn, Sommerfeldt Bente (2008). Tidsskrift for Norsk legeforening Nr.9. Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep,

Henvisning i tekst: (Skårderud og Sommerfeldt 2008).

Skårderud Finn, Sommerfeldt Bente, Fonagy Peter (2012). Mellanrummet. Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser.

Henvisning i tekst: (Skårderud m.fl. 2012).

Skårderud Finn, Sommerfeldt Bente (2014) Miljøterapi Boken. Mentalisering som holdning og handling. Gyldendal Norsk Forlag 1 utgave 2 opplag.

Henvisning i tekst: (Skårderud og Sommerfeldt 2014).

Solbjør Marit, Kleven Hanne Hestvik (2013). Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Rapport nr. 3.

Henvisning i tekst: (Solbjør og Kleven 2013).

Utne Brita. (2005) Miljøterapeutisk behandling, mangfold og muligheter. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr.4: 441-443.

Henvisning i tekst: (Utne 2005).

Wallroth Per (2011). Mentaliseringsboken. Arneberg forlag.

Henvisning i tekst: (Wallroth 2011).

### **Internettlinker**

Helsekompetanse

<http://helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17969>

Sett: 26.04.2014

Henvisning i tekst: (Helsekompetanse.no)

Kort innføring i kognitiv terapi, Selvhjelpshefte

[http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/Informasjon\\_om\\_kognitiv\\_terapi\\_versjon\\_3.pdf](http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/Informasjon_om_kognitiv_terapi_versjon_3.pdf)

Sett: 29.04.2014

Henvisning i tekst: (Repål 2009)

Lovdata, Psykisk helsevernloven,

[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)

Sett: 27.04.2014

Henvisning i tekst: (Lovdata 1)

Lovdata: Pasient og brukerrettighetsloven,

[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5)

Sett: 27.04.2014

Henvisning i tekst: (lovdata 2)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/tvang-i-psykisk-helsevern>

Sett: 28.04.2014

Henvisning i tekst: (Erfaringskompetanse.no)

Tvangsforskning

<http://www.tvangsforskning.no/omfanget-av-tvang-i-det-psykiske-helsevernet-i-norge->

Sett: 30.04.2014

Henvisning i tekst: (tvangsforskning.no)

SSB

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/geografiske-forskjeller-i-tvangsinnleggelser>

Sett: 04.05.2014

Henvisning i tekst: (SSB.no)



## Vedlegg 1 – Samtykkeerklæring

Under følger samtykkeerklæringen som ble benyttet:

### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en bacheloroppgave**

Vi er bachelorstudenter i sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland og holder nå på med den avsluttende bacheloroppgaven. Temaet for oppgaven er tvangsvedtak i psykiatrien, og vi skal undersøke om relasjonen mellom miljøpersonnel og pasient er i forandring ved tvangsvedtak.

For å finne ut av dette, ønsker vi å intervju 5-6 personer i psykiatrien. Intervjuet vil ta mellom 30 og 60 minutter og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene slettes når oppgaven er ferdig, innen 04.06.2014.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og gis til oss ved intervjustart.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe oss på 917 63 819, eller sende en e-post til [martin.odinsen@gmail.com](mailto:martin.odinsen@gmail.com). Du kan også kontakte min veileder Hilde Berit Moen ved fakultet for samfunnsvitenskap på telefonnummer 75517349

Med vennlig hilsen:

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....

## Vedlegg 2 – Intervjuguide

Under følger intervjuguiden som ble benyttet:

Intervju guide – Tvangsvedtak

**Intervju Guide**

**Utstyr medbrakt til intervjuet**

- Båndopptaker
- Intervju guide

**Del 1 – informasjon til respondent**

Informerer respondent om intervjuet. Informasjon om følgende temaer blir tatt opp:

- Informasjon om intervjutema
- Formålet med intervjuet
- Taushetsplikt og opptak på lydbånd
- Publisering/rapportering
- Eventuelle spørsmål fra respondent.
- Husk og få samtykke skrevet hvis det ikke er levert!

**Del 2 – Respondentens bakgrunn**

- Arbeidssted og tidligere arbeidssted
- Alder og arbeidserfaring som miljøpersonale
- Utdannelse – husk videreutdanninger ETC.

**Del 3 – Hoveddel**

**Hvilke tanker har du rundt bruk av tvangsvedtak?**

- Generelt
- Beskriv hva vi legger i tvangsvedtak hvis uklart! Husk definer etter §4-4 hvis informanten blander med §3!

**Hvilke erfaringer har du med tvangsvedtak?**

- Hvilke typer tvangsvedtak har du erfaring med?

**Kan du beskrive en/ eller flere situasjoner med en pasient der du har hvert med på å utførte tvangsvedtak? – Gjerne en pasient du har arbeidet mye med/hvert i teamet til.**

- Følg opp informasjonen fra respondenten. Fyll ut eventuelle hull, eventuelle utdypnings spørsmål. Eksempel:

- Blir det "vanskeligere" med en pasient du har nære relasjon til?
- Var pasienten enig/uening i tvangsvedtaket?
- 

**Hva skjedde i etterkant av tvangsvedtak/tvangsvedtakene?**

- Følg opp med. Hva skjedde med relasjonen
- Hvordan oppleves endring av relasjonen? → eksplisitt fra pasient? → klandring av miljøpersonal? → ingen endring? → eventuelt hvorfor ingen endring? Generaliser til andre. Hard et ~~noen~~ gang blitt endringer i relasjonen etc!

**Hvordan opplever du at pasienten forholdt seg til tvangsvedtaket/tvangsvedtakene?**

- Eventuelt før under og i etterkant.

**Del 4 – oppsummering**

**Har du noe du ønsker å tilføye til det vi har snakket om?**

**Er det noe du tenker er viktig vi burde hatt med rundt dette teamet?**