

Spesialistoppgave høst 2011

Fordypning i klinisk voksenpsykologi

Wanda Czynski og Lage Fosheim Lauritzsen

Lillestrøm DPS; Allmenopoliklinikken

Akershus universitetssykehus

1478, Lørenskog

Tlf: 63 89 40 60

Epost:

wanda.czynski@gmail.com,

lage.fosheim.lauritzsen@ahus.no

***Opplevd tvang* og terapeutisk relasjon med pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern**

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Problemstilling	3
1.2 Avgrensing	4
2. Tvungent psykisk helsevern	4
2.1 Innleggelse under tvungent psykisk helsevern	4
2.2 Tvangsbehandling, skjerming og tvangsmidler	5
2.3 Effekt av tvangsbehandling	5
3. Opplevd tvang	6
3.1 Hva er opplevd tvang?.....	6
3.2 Mulige konsekvenser av opplevd tvang	8
3.3 Metodologiske forhold	8
3.4 Formell status	9
3.5 Medbestemmelse i beslutninger om behandlingen	9
3.6 Ulike oppfatninger av medbestemmelse	11
3.7 Opplevelse av skjerming og tvangsmidler	11
4. Tilfredshet med behandling.....	13
4.1 Kvalitative studier omkring tilfredshet med behandlingen	13
4.2 Kvantitative studier av tilfredshet med behandling.....	14
4.3 Hvordan påvirker tvangsbehandling tilfredshet?	14
5. Terapeutisk relasjon	15
5.1 Terapeutisk relasjon i psykoterapi.....	15
5.2 Karakteristikk ved en god terapeutisk relasjon	16
5.3 Hva er særegent for behandlingen av alvorlig psykisk syke pasienter?.....	17
5.4 Utfordringer ved å etablere relasjon til psykotiske pasienter	18
5.5 Rolleteori – paternalisme	19
5.6 Sammenheng mellom tvang og terapeutisk relasjon.....	20
6. Diskusjon.....	20
6.1 Hvordan kan vi forstå opplevd tvang?	20
6.2 Opplevd tvang ved innleggelsesprosessen	21
6.3 Vedtakssamtalen.....	22
6.4 Tvangsmidler og skjerming.....	24
6.5 Terapeutisk relasjon	25
6.6 Våre erfaringer med terapeutisk relasjon	26
7. Konklusjon	27
8. Referanser.....	29

1. Innledning

I psykologisk behandling anses terapeutisk relasjon for å være en nødvendig faktor for å oppnå bedring (Lambert & Barley, 2001). Litteraturen fra psykoterapiforskning beskriver at god terapeutisk relasjon som oftest er basert på at pasienten er motivert for og kan samarbeide om behandling, forankret i frivillighet og gjensidig tillit mellom behandler og pasient.

I tvungent psykisk helsevern hvor pasientene ikke samtykker til behandling er derimot ikke premissene om frivillighet og samarbeid nødvendigvis til stede. Pasientene kan ha blitt overtalt, presset eller tvunget til innleggelse, og har ofte svært negative reaksjoner til behandlingen. Grad av *opplevd tvang* vil trolig påvirke møtet mellom pasient og behandler, og skape føringer for hvordan terapeutisk relasjon kan etableres. Samtidig kan det å ha fokus på den terapeutiske relasjonen bidra til å redusere pasientenes grad av *opplevd tvang* og bidra til økt tilfredshet med innleggelse i psykisk helsevern.

Forfatterne har begge jobbet på en lukket akuttpsykiatrisk post, hovedsakelig med pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Den ene av forfatterne har fattet vedtak i henhold til lov om tvungen psykisk helsevern, som konstituert spesialist. Våre erfaringer derfra danner grunnlaget for denne oppgaven, ved at vi har blitt nysgjerrige på de faglige og etiske dilemmaene knyttet til å gi tvungen behandling. Vi vil både undersøke hva *opplevd tvang* er, hva som påvirker pasientenes opplevelse av behandling og hvordan man kan etablere en god terapeutisk relasjon med tvangsinnlagte pasienter.

1.1 Problemstilling

Temaet for oppgaven er en undersøkelse av sammenhengen mellom pasienters subjektive opplevelse av tvang, tilfredshet og terapeutisk relasjon.

Vi vil belyse følgende problemstillinger:

1. Hvordan kan vi forstå *opplevd tvang*?
2. Hvilke faktorer er funnet å påvirke pasientenes tilfredshet med behandling?
3. Hvilken sammenheng kan det være mellom *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon?

I det følgende vil vi først redegjøre for grunnlaget for anvendelse av tvang, dagens lovverk og praksis. Så vil vi ta for oss litteratur som beskriver hvilke faktorer som bidrar til *opplevd tvang* og tilfredshet med behandling i psykisk helsevern. Vi vil deretter presentere forskning omkring etablering av terapeutisk relasjon i behandlingen av alvorlig psykisk syke pasienter. Dette vil danne grunnlaget for en diskusjon av hvordan *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon kan tenkes å påvirke hverandre. Vi antar at det å bli tvangsinnlagt gjør noe med grunnlaget for

å etablere en god terapeutisk relasjon, og at behandler blir utfordret til å jobbe på en annen måte for å oppnå pasientens samarbeidsvilje og tillit.

Denne skriftlige oppgaven vil ha form av et *faglig arbeid*, hvor vi både trekker fram relevant litteratur for å belyse et klinisk tema, og reflekterer over egen praksis. Oppgaven er resultat av en felles innsats, både i arbeidet med litteratursøk, skriving og bearbeiding.

Opplevd tvang er et sammensatt fenomen som det er vanskelig å definere presist, men vi vil i denne oppgaven referere til opplevd tvang som *pasientenes subjektive opplevelse av manglende valgfrihet i behandling i psykisk helsevern*. Ulike forståelser og teoretiske rammeverk for definisjonen av *opplevd tvang* vil bli nærmere utdypet i kapittel 3.

1.2 Avgrensing

Vi har kun valgt å fokusere på litteratur om psykisk helsevern for voksne, ikke for barn og unge. Vi har i hovedsak tatt for oss forskning omkring pasienter som er innlagt på døgnavdeling, og ikke litteratur om kommunal oppfølging og behandling i 1. linjetjenesten. Vi vil heller ikke ta for oss tvungen rusbehandling.

2. Tvungent psykisk helsevern

2.1 Innleggelse under tvungent psykisk helsevern

For å anvende tvungent psykisk helsevern må det være mistanke om en alvorlig sinnslidelse, eller en tilstand som kan sidestilles med dette. I tillegg skal enten behandlingskriteriet eller farekriteriet oppfylles. Behandlingskriteriet anvendes hvis det vurderes at pasienten får sine utsikter til bedring betydelig forverret. Farekriteriet anvendes hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Utgangspunktet for å kunne benytte tvungent psykisk helsevern er at frivillighet skal være forsøkt, eller at frivillighet er åpenbart formålsløst. Innleggelse under tvungent psykisk helsevern skal baseres på en helhetsvurdering som tilsier at innleggelse er til det beste for pasienten (Helsedirektoratet, 2009).

Beregninger basert på data fra Norsk Pasient Register (NPR) viser at ca 5000 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 200 ganger i 2009 (Helsedirektoratet, 2010).

Tvangsinnleggelse utgjør 16 % av alle døgnopphold. Nivået er uendret fra 2008, og det ser ikke ut som om omfanget av tvangsinnleggelse er på vei ned. Det er stor variasjon i omfang av tvangsinnleggelse mellom helseforetakene. Antall tvangsinnleggelse varierte fra 94 per 100 000 i Helse Førde til 306 per 100 000 i Universitetssykehuset i Nord-Norge. Man har ikke

funnet entydig årsaksforklaringer til denne variasjonen, men det er sannsynlig at praksisforskjeller og forskjell i organisering ved sykehusene spiller en stor rolle (ibid.).

De siste årene har det blitt mer fokus på ulike tiltak for å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Det har blant annet blitt utarbeidet en tiltaksplan for å redusere og kvalitetssikre tvang i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a). Brukermedvirkning, både på individ- og systemnivå, har blitt lovfestet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). Man har også sett på hvordan helsevesenet kan organisere seg på en mest hensiktsmessig måte for å redusere tvangsinnleggelse (Rådet for psykisk helse, 2010). Muligheten for å redusere tvang ved hjelp av lovendringer har også blitt vurdert, blant annet om man skulle fjerne eller endre behandlingskriteriet (Helsedirektoratet 2009). Paulsrud-utvalget kom med sin utredning 17. juni 2011. De anbefalte at behandlingskriteriet beholdes, men at man skal vurdere behandlingskriteriet i større grad ut fra hvordan pasienten *ville* ha stilt seg til helsehjelpen, dersom han/hun hadde vært beslutningskompetent (NOU 2011: 9).

2.2 Tvangsbehandling, skjerming og tvangsmidler

Når pasienten er innlagt under tvungent psykisk helsevern kan det fattes vedtak om tvungen behandling med legemidler, dersom pasientens tilstand er tilstrekkelig alvorlig og pasienten ikke samtykker til slik behandling (Helsedirektoratet, 2009).

Pasienter kan skjermes dersom det vurderes at deres helsetilstand forverres av mye stimuli, som kontakt med medpasienter. De vil da ofte flyttes til egne rom, ofte i en annen del av avdelingen, og ha begrensninger på hvor de kan oppholde seg. Slike tiltak anses som en del av behandlingen, men kan også iverksettes av hensyn til sikkerheten eller helsetilstanden til andre pasienter (ibid).

Tvangsmidler er tiltak som kun benyttes for å avverge skade, og kan ikke brukes i regulær behandling. Tvangsmidlene som brukes i Norge er: mekaniske tvangsmidler (reimer og belter), isolering, korttidsvirkende antipsykotiske legemidler og kortvarig fastholding. Det tvangsmiddelet som brukes hyppigst, er mekaniske tvangsmidler (Helsedirektoratet, 2010). I litteraturen beskrives ofte skjerming og tvangsmidler som *seclusion & restraint* og ses under ett, for eksempel i studier som skal redusere forekomst av tvangsmiddelbruk (Borckardt et al. 2010)

2.3 Effekt av tvangsbehandling

Høyer (2009) konkluderte i sin utredning for helsedirektoratet at vi mangler sikker kunnskap om effekter av tvang for behandlingsresultatene, men at det ser det ut som at tvangsbehandling gir samme bedring av symptomer som ved frivillig behandling.

Tvangsinnlagte pasienter er vist å oppnå betydelig klinisk bedring. Det er funnet at mellom 33 % og 81 % av de tvangsinnlagte pasientene vurderte behandlingen som nyttig (Kallert, 2008). De pasientene med størst tilfriskning var mest positive i sine vurderinger av behandlingen (Katsakou & Priebe, 2006). I de fleste studiene mente over 50 % av pasientene at tvangsbehandlingen var berettiget. Samme andel sa at de ønsket tilsvarende behandling om de på nytt skulle komme i samme situasjon. Pasientenes opplevelse av tvangsinngrepet ser ut til å bli mer positivt med tiden (Helsedirektoratet, 2009; Westrin & Nilstun, 2000).

Mange studier har undersøkt hvorvidt tvangsinnlagte pasienter skiller seg fra frivillig innlagte pasienter (Helsedirektoratet, 2009). Kallert, Glöckner og Schützwohl, (2007, som gjengitt i Kallert, 2008) fant at de tvangsinnlagte pasientene hadde lavere nivå av sosial fungering, var mindre fornøyde med behandlingen og følte oftere at innleggelsen ikke var berettiget. Det har blitt rapportert at omkring halvparten av tvangsinnlagte pasienter opplever krenkelsener under innleggelsen (Høyser, 2009). Det har blitt avdekket en tendens til at tvangsinnlagte har en økt risiko for reinnleggelser. Dette gjaldt både innleggelser generelt og tvangsinnleggelser spesielt. Lange behandlingsopphold er vist å øke sjansen for reinnleggelser. Forskjellene er imidlertid små, og resultatene i ulike studier er delvis motstridende (Helsedirektoratet, 2009). I enkelte studier har de tvangsinnlagte pasientene større symptomlette enn de frivillig innlagte, men dette kan trolig forklares av at disse pasientene var sykere ved starten av behandlingen, og derfor har større potensial for bedring (Høyser, 2009).

3. Opplevd tvang

3.1 Hva er opplevd tvang?

Tvang i psykisk helsevern er et svært komplekst fenomen som det er vanskelig å studere systematisk. Man vet fortsatt ikke hva begrepet tvang egentlig innebærer, og hvordan det best kan måles. Det synes å være en viss konsensus om at man benytter operasjonaliseringen *opplevd tvang*. Dette er imidlertid også et begrep som det er vanskelig å definere entydig, og ulike studier bruker begrepet noe forskjellig (Høyser, 2011).

I psykisk helsevern oppstår *opplevd tvang* når pasientene får sine handlingsmuligheter redusert, enten på bakgrunn av ansatte i psykisk helseverns handlinger – eller at de har makt til eventuelt å gjennomføre handlinger. *Opplevd tvang*, hvor behandleren tilsidesetter pasientens selvbestemmelse, kan sees på som det motsatte av autonomi (Iversen, Høyser, Sexton & Grønli, 2002). Av natur er *opplevd tvang* en relasjonell prosess, hvor handlinger

utføres av noen som har makt overfor noen som ikke har makt. En kan si at tvang utføres ovenfra og oppleves nedenfra (Hoge et al., 1993). Det er mange måter slik relasjonell makt kan utføres på, og det er viktig å skille mellom ulik atferd som helsevesenet benytter for å få pasientene til å motta helsehjelp. Helsevesenet kan bruke både overtalelse, belønning og autoritet, i tillegg til at man kan bruke formell tvang. I en filosofisk ramme defineres tvang som tiltak hvor en person sin frihet begrenses. Verken overtalelse eller belønning anses som tvang, fordi det tilfører pasienten alternativer som ikke var der i utgangspunktet (Wertheimer, 1993). Lidz og medarbeidere (1998) brukte kategoriene overtalelse, lovnad om belønning, trusler, maktdemonstrasjoner, fysisk makt, juridisk makt, ordre og bevisst uærlighet, når de skulle undersøke hva som gjorde at pasienter følte at de hadde blitt utsatt for tvang.

Det er ikke lett å si hvilke faktorer som gjør at pasienter føler at de blir utsatt for tvang. Denne opplevelsen er trolig avhengig av mange forhold, som påvirker hverandre i et komplekst samspill. Høyer (2011) har beskrevet flere faktorer som er av betydning for *opplevd tvang*. De faktorene han beskrev er: formell tvang, å være i situasjoner uten valgmuligheter, å oppleve brudd på integritet og/eller autonomi, å bli underlagt strukturell tvang (som regler på avdelinger), samt betydningen av fysiske rammer og prosedyrer.

Det gjøres mye forskning på å forsøke å få mer klarhet i betydningen av begrepet *opplevd tvang* og som kan avdekke mer om samspillet mellom de ulike bestanddelene i forskjellige måleverktøy. Bergk, Flammer & Steinert (2010) gjorde en faktoranalyse for å studere hva som påvirket pasientenes rapportering av *opplevd tvang*. Den første faktoren som de fant kalte de ydmykelse (*humiliation*), som besto av spørsmål som omhandlet blant annet mangel på verdighet og at ens ønsker ikke ble tatt i betraktning. Den andre faktoren kalte de fysiologisk ubehag (*physical adverse effects*), hvor spørsmål blant annet om smerte og manglende privatliv inngikk. Separasjon fra andre (*separation*) var navnet på den tredje faktoren, som spurte om kontakten med andre ble begrenset. Den fjerde faktoren kalte de negative miljøbetingelser (*negative environment*), som besto av spørsmål om man opplevde at rommets lys, temperatur eller luft var mangelfull. Frykt (*fear*) var navnet på den femte faktoren, hvor pasientene fikk spørsmål om de opplevde frykt for å dø. Den siste faktoren ble kalt krenket integritet (*coercion*), hvor spørsmålene omhandlet en opplevelse av at ens fysiske integritet hadde blitt krenket.

3.2 Mulige konsekvenser av opplevd tvang

Det går igjen i litteraturen at *opplevd tvang* vurderes å være negativt for pasientene. Tvang kan medføre til at pasienter ikke vil oppsøke helsehjelp på et senere tidspunkt (Lidz et al., 1998; Newton-Howes & Mullen, 2011). Svindseth, Nøttestad og Dahl (2010) har undersøkt tvangsinnlagte pasienters opplevelse av krenkelse, en negativ følelse av å oppleve å bli latterliggjort, fornedret eller devaluert. Bergk og kollegaer (2010) har sett på hvordan *opplevd tvang* henger sammen med krenkelse av integritet og menneskerettigheter.

Monahan et al. (1995) har beskrevet at det å bli utsatt for tvang gjør at pasienten føler at han/hun ikke har kontroll og frihet. Dette kan utløse to reaksjonsmønstre; reaktans eller lært hjelpeløshet. *Reaktans* (Brehm & Brehm, 1981; som gjengitt i Monahan et al., 1995) er et reaksjonsmønster preget av sinne rettet mot den som oppleves som årsak til at pasienten har mistet sin frihet, samt forsøk på å gjenopprette friheten. I tillegg fører reaktans til at pasienten opplever de utilgjengelige valgalternativene som mer attraktive. *Lært hjelpeløshet* (Seligman, 1975; som gjengitt i Monahan et al., 1995) beskriver et reaksjonsmønster hvor pasienten føler seg deprimert og redd og gir opp forsøk på å forbedre situasjonen.

3.3 Metodologiske forhold

Opplevd tvang er et komplekst felt å måle, blant annet fordi det rammes av så mange psykomriske problemer. Forskningsfeltet har blitt kritisert for å bruke måleverktøy som ikke har tilfredsstillende reliabilitet og validitet (Høyér, 2011). I de fleste studiene har man hatt nesten utelukkende fokus på innleggelsesprosessen, men det har etter hvert blitt undersøkt hvordan forhold underveis i forløpet også medvirker til *opplevd tvang* (Bergk et al., 2010; Nytingnes, personlig kommunikasjon 09.11.2011).

Mange studier benytter måleverktøy som er utarbeidet for å fange opp *opplevd tvang* i innleggelsesprosessen, som *MacArthur Admission Experience Interview* og den forkortete versjonen *MacArthur Perceived Coercion Scale*. Disse verktøyene omhandler pasientenes opplevelse av påvirkning, frihet, kontroll og valgmuligheter, men har kun blitt validert for å avdekke forhold i innleggelsesprosessen (Bergk et al., 2010; Høyér 2011). Verktøyene har blitt kritisert for ikke å fange opp potensielt negative hendelser underveis i et behandlingsforløp, som skjerming og tvangstiltak. Bergk og medarbeidere (2010) har nylig utviklet *Coercion Experience Scale* for nettopp å kunne avdekke slike hendelsers påvirkning på *opplevd tvang*.

Coercion Ladder er et annet hyppig brukt verktøy. Det er et ti-trinns visuelt analogt selvrapporтерingsverktøy hvor pasientene skal rapportere hvor mye tvang de ble utsatt for.

Coercion Ladder har oftest blitt brukt for å måle tvang i innleggelsesprosessen, men kan også modifiseres for å fange opp *opplevd tvang* i løpet av et behandlingsforløp (som i Katsakou et al., 2011). En svakhet ved *Coercion Ladder* er at det overlater til pasientene selv å definere hva de opplever som tvang, noe som gjør verktøyet sårbart for individuelle variasjoner i svarstil og andre feilkilder. Det anses å være et globalt og lite spesifikt mål, og man har lite kontroll over hvordan pasienter tolker og besvarer spørsmålene (Nyttingnes, personlig kommunikasjon 09.11.2011).

3.4 Formell status

Det har ikke blitt funnet en sterk sammenheng mellom formell status og opplevd tvang. Monahan et al. (1995), fant at en stor andel av de frivillig innlagte opplevde betydelig grad av tvang. Flere av de frivillig innlagte følte seg presset til innleggelse, for eksempel ved at de måtte gi samtykke, hvis de ikke ville bli tvangsinnlagt. En studie fra sykehuset i Nord-Norge fant at 32 % av frivillige innlagte rapporterte om høy grad av *opplevd tvang*, mens 41 % av de tvangsinnlagte rapporterte om lav grad av *opplevd tvang* (Iversen et al., 2002). Sheehan og Burns (2011) fant det var mange innlagte pasienter som opplevde høy grad av tvang. Andelen var klart høyest blant de tvangsinnlagte (89 %), men det var likevel en betydelig andel av de frivillige innlagte (48 %), som opplevde høy grad av *opplevd tvang*.

Kjellin, Høyer, Engberg, Kaltiala-Heino og Sigurjónsdóttir (2006) bekreftet dette mønsteret. De fant lite samsvar mellom pasientenes egen oppfatning om de var blitt innlagt frivillig eller ikke, og formell lovstatus. For tvangsinnlagte pasienter var dette en svært tydelig tendens, da de i stor grad følte at de hadde oppsøkt helsehjelp frivillig.

Lidz et al. (1995) fant at *opplevd tvang* ikke var knyttet til lovstatus alene, men at dette ble påvirket av grad av opplevelse av ytre press, trusler og makt i forbindelse med innleggelsen. Betydningen av press ble nærmere studert av Sørgaard (2007). Han sammenlignet frivillig innlagte og tvangsinnlagte med en mellomkategori av pasienter, som opplevde å bli presset eller overtalt til innleggelse. Funnene viser at grad av *opplevd tvang* ikke kan forstås ut fra dikotomien tvang-frivillighet, men som et kontinuum.

3.5 Medbestemmelse i beslutninger om behandlingen

Noen studier har undersøkt hvordan *opplevd tvang* påvirkes av hvorvidt pasienten kan delta i beslutninger omkring behandlingen. Denne faktoren omtales i litteraturen som *procedural justice*, heretter kalt medbestemmelse. Dette refererer til at pasienten føler seg inkludert i beslutningsprosessen, og at ens stemme blir hørt (Lidz et al., 1995; Hoge et al., 1998).

Det virker å være en sterk sammenheng mellom medbestemmelse og *opplevd tvang* (Høyer, 2009). Jo mer pasientene ble tatt med i beslutningsprosessen da det ble fattet vedtak om innleggelse og behandling, desto mindre tvang opplevde de. Cascardi og Poythress (1997) fant at medbestemmelse og negativt press fra familie, venner og lokalsamfunnet, forklarte mer av variansen i *opplevd tvang*, enn hvordan pasientene ble behandlet av personalet under innleggelsen. Verken sosiodemografiske variabler eller grad av psykopatologi ble funnet å forklare noe særlig av variansen i *opplevd tvang*. Juridisk status forklarte noe mer, men ikke så mye som medbestemmelse og opplevelsen av press fra omgivelsene. Det verktøyet de brukte for å måle *opplevd tvang* fokuserte imidlertid kun på forhold rundt innleggelsen, så studien var ikke designet for å fange opp effekten av potensielt aversive forhold underveis i oppholdet.

Katsakou og Priebe (2006) oppsummerte kvalitative studier som undersøkte pasientenes opplevelse av tvangsinnleggelse. Opplevd autonomi, deltagelse i beslutninger og opplevelse av å få omsorg, var viktig for pasientenes selvfølelse og opplevelse av identitet. Når pasientene følte at de ikke hadde noe de skulle ha sagt i utformingen av behandlingen og opplevde å bli respektløst behandlet av personalet, følte pasientene at de var mindre verdt. Jo mer opplevelse av autonomi, deltagelse og omsorg, desto mer normale følte pasientene seg.

Det er imidlertid ikke entydige resultater på sammenhengen mellom medbestemmelse og *opplevd tvang*. Sørgeard (2004) gjorde en intervensjonsstudie for å undersøke om økt delaktighet i å utarbeide behandlingsplaner ville redusere opplevelsen av tvang. Han fant imidlertid ikke en slik sammenheng, men at det var bruk av skjerming som i sterkeste grad var korrelert med *opplevd tvang*. Skjerming, sammen med tvangsmedisinering og lengde på oppholdet forklarte 45 % av variansen i *opplevd tvang*.

Hans studie har imidlertid flere svakheter, blant annet lite utvalg og svekket gjennomføring av intervensjonen (medbestemmelse i behandlingsplanene). I studien rapporterte pasientene om et svært lavt gjennomsnittlig nivå av *opplevd tvang*, slik at det var kun marginale forbedringer fra måling til måling, som var mulig. Han brukte *Coercion Ladder* for å måle *opplevd tvang*, og det kan være at dette måleverktøyet er for globalt til å fange opp betydningen av medbestemmelse i utarbeidelse av behandlingsplaner. Det virker sannsynlig at pasientene er mer bevisste på aversive forhold i behandlingsforløpet når de blir spurt om *opplevd tvang*. Deres bevissthet om egen medbestemmelse vil trolig være mindre avgjørende for hvordan de rangerer *opplevd tvang*. Det kan også være at medbestemmelse er viktigere i noen deler av behandlingsprosessen enn andre. For eksempel kan pasientenes

opplevelse av medbestemmelse under innleggelsesprosessen være mer betydningsfull enn medbestemmelse når pasienten først er innlagt.

3.6 Ulike oppfatninger av medbestemmelse

Det har blitt gjort studier som har funnet at grad av medbestemmelse i tvangsbehandling oppleves forskjellig når man spør pasienter, pårørende og behandlere. Hoge et al. (1998) bekreftet dette mønsteret. Behandlerne og familiemedlemmene hadde en tendens til å overvurdere grad av medbestemmelse under innleggelsesprosessen. Pasientene hadde ofte en annen opplevelse; at deres mening ikke hadde blitt tillagt så mye vekt når beslutningene ble tatt.

Westrin og Nilstun (2000) fant at det var stor forskjell i hvordan behandlerne og pasientene rapporterte grad av medbestemmelse i behandlingen på avdelingen. Behandlerne følte at i de fleste sakene ble behandlingen gitt uten at de måtte anvende tvang. Pasientene, derimot, følte at de hadde blitt utsatt for tvang og press. Norvoll (2007; som gjengitt i Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland, 2008) fant at det var stor diskrepans mellom personalets positive vurderinger av skjerming som behandlingsmetode, og pasientenes negative opplevelse. Den samme tendensen ble bekreftet av Olofsson (2000; som gjengitt i Skorpen et al., 2008). Personalet rapporterte at de hadde som målsetting å gjennomføre behandlingstiltakene så mildt og menneskelig som mulig, mens pasientene beskrev at de opplevde tvangsbruken som krenkende.

3.7 Opplevelse av skjerming og tvangsmidler

Sørugaards intervensjonsstudie (2004) fant en sterk sammenheng mellom bruk av skjerming og *opplevd tvang*. For de pasientene som ikke hadde blitt skjermet, var kontaktpersonens forståelse, påvirkning på behandlingsplanen og tvangsmedisinering de viktigste faktorene for *opplevd tvang*. *Opplevd tvang* ble funnet å være negativt korrelert med tilfredshet med kontaktpersonen, behandleren og behandlingen under ett.

Norvoll (2007; som gjengitt i Skorpen et al., 2008) fant at bruken av skjerming ble opplevd som svært negativt av pasientene. En oversiktsartikkel av Newton-Howes og Mullen (2011) bekrefter dette. De fant at å bli utsatt for fysisk maktbruk var en av de faktorene som var høyest korrelert med *opplevd tvang*.

Hammervold (2010) undersøkte pasienters opplevelse av bruken av tvangsmidler i norske sykehus. Pasientene fortalte at det var *hvordan* tvangsmidlene ble brukt, ikke at de ble brukt i seg selv, som påvirket deres opplevelse sterkest. De fortalte at de i liten grad hadde erfart at de kunne påvirke beslutninger om bruk av tvangsmidler, og følte at dette var utenfor

deres kontroll. Pasientene etterlyste en større fleksibilitet i personalgruppen for å finne alternative måter å roe vanskelige situasjoner på, før man iverksatte tvangsmidler. En pasient fortalte om en ekstravakt som satte seg ned og beroliget henne ved å snakke om musikk. Denne pasienten opplevde dette som en svært virkningsfull intervensjon, og følte seg veldig godt ivaretatt.

I en reportasje i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Wesnes, 2011), ble det beskrevet at pasienter kan ha blandede erfaringer med tvangsmidler. En pasient fortalte at hun opplevde at det var krenkende å bli beltelagt og at hun anså belteleggingen som svært negativt da. I etterkant opplevde hun derimot belteleggingen som nyttig, ved at hun følte at det etterhvert roet henne ned og ga henne økt kontroll. Hun følte at angsten og psykosen var verre enn tvangsmiddelbruken. Denne pasienten fortalte at hun alltid hadde personale til stede under belteleggingen, noe hun følte var betydningsfullt.

Westrin og Nilstun (2000) fant at blant de tvangsinnlagte pasientene aksepterte 1 av 6 pasienter bruken av tvangsmidler i ettertid. Dette gjaldt for hele 2 av 3 av de frivillig innlagte pasientene. Forfatterne trakk fram at det virket som om andre aspekter ved behandlingen også ble opplevd som tvangstiltak, for eksempel at pasientene ikke kunne forlate avdelingen, selv om dette ikke defineres i loven som et tvangsmiddel.

Det er imidlertid flere studier som ikke har funnet noen sterk sammenheng mellom å bli utsatt for tvangsmidler og *opplevd tvang* (Høyen, 2011). Ett eksempel er Iversen, Høyen og Sexton (2007), som ikke fant en signifikant sammenheng. De drøfter at den manglende sammenhengen kan skyldes at måleverktøyet de brukte først og fremst omhandler opplevelsen av tvang og press i innleggelsesprosessen (*MacArthur Perceived Coercion Scale*). Det er likevel holdepunkter for å anta at det er en sammenheng, selv om disse studiene ikke har avdekket det mønsteret. Ved hjelp av måleverktøy som er designet for å kunne fange opp effekten av aversive hendelser vil man ha større grunnlag for å si om, og eventuelt hvordan, tvangsmidler påvirker *opplevd tvang*.

Det er gjort flere studier som har sett på hvordan bruk av skjerming og tvangsmidler kan reduseres, som bygger på antagelsen om at disse forholdene øker risiko for *opplevd tvang* (Norvoll, 2008). En intervensjonsstudie (Borckardt et al., 2011) fant at ved å gjøre systematiske endringer i behandlingen ved fem ulike avdelinger, ble bruken av skjerming og mekaniske tvangsmidler reduserte med 82 %. De fant at den enkeltfaktoren som sterkest bidro til reduksjonen av tvangsmiddelbruk var å endre de miljøterapeutiske rammene. Disse

studiene har imidlertid ikke inkludert mål på verken *opplevd tvang*, tilfredshet eller terapeutisk relasjon.

4. Tilfredshet med behandling

Vi skal nå redegjøre for hvilke faktorer som er funnet å påvirke hvor tilfredse pasienter er med behandlingen de har fått i psykisk helsevern. Vi skal deretter undersøke om, og i hvilken grad, pasientenes tilfredshet med behandlingen har en sammenheng med grad av *opplevd tvang* og det å bli utsatt for tvangsmidler.

4.1 Kvalitative studier omkring tilfredshet med behandlingen

Det har blitt gjort flere studier, både kvalitative og kvantitative, som har tematisert pasienters tilfredshet i psykisk helsevern. Kvalitative studier har sett på hvilke opplevelser som pasientene trekker fram at hadde stor påvirkning på deres tilfredshet med behandlingen. Johansson, Skärsäter og Danielson (2009) undersøkte hvilke faktorer pasienter følte at var viktigst for å føle seg ivaretatt. Pasientene beskrev at det å få lindret psykisk smerte, få støtte, bli styrket og ha en trygg tilflukt/havn var svært viktig. Hvis pasientene følte seg avhengig og fanget hadde det stor negativ påvirkning på tilfredsheten.

Gilburt, Rose og Slade (2008) fant at relasjonen til behandler var det viktigste for tilfredshet. Pasientene opplevde også at det var viktig at sykehuset ble opplevd som et trygt sted. Ineffektiv og negativ ladet kommunikasjon, manglende tillit og trygghet, samt bruk av tvangsmidler opplevde pasientene at var svært negativt for relasjonen.

I Johansson og Eklund (2003) sin studie fant de at tilfredshet var mest avhengig av kvaliteten på møtet med helsepersonellet. En god relasjon til behandler og personalet, og det at pasienten følte seg forstått var viktig. Det samme gjaldt lindring av smerte, stabilitet i personalgruppa og tilfredsstillende fysiske forhold. Pasientene uttrykte ambivalens i forhold til terapeutisk relasjon. De både ønsket mer og dypere kontakt enn de hadde, samtidig som de uttrykte en frykt for nærhet, og gjerne ville ha mer avstand. Den samme ambivalensen ble uttrykt i forhold til aktivitet og passivitet, de ville både ha mer å gjøre, samtidig som de ville være mer i fred og slappe av. En av de faktorene som pasientene følte påvirket tilfredshet mest negativt, var opplevelsen av å bli tingliggjort. Flere av pasientene følte ikke at de ble sett på som meningsbærende subjekter, men som objekter som skulle tolkes og måles.

4.2 Kvantitative studier av tilfredshet med behandling

Det har også blitt gjort kvantitative studier, som har brukt mål på tilfredshet som en avhengig variabel, og studert hvilke faktorer som bidrar til høyere grad av tilfredshet.

En tidlig studie av Hansson og Berglund (1987) fant at tilfredshet med behandlingen i størst grad ble påvirket av generell tilfriskning, symptomer ved utskrivelse og forventninger til videre bedring. Dette forklarte mesteparten av variansen i tilfredshet. Det å inkludere pasientene i behandlingen, gjennom deltagelse i utforming av behandlingsplan, viste seg å gi pasientene høyere forhåpninger om å bli bedre. I tillegg gjorde denne intervensjonen at pasientene følte at de ble mer ansvarlige for egen bedring. Forskerne konkluderte med at det å gjøre pasientene mer delaktige i behandlingen var av svært stor betydning. Delaktighet førte til at pasientene ble mer fornøyde med behandlingen og det ga pasientene mer håp, noe som gjorde at de fikk større symptomlette.

Johnsen, Øysæd, Børnes, Moe og Haavik (2007) gjorde en intervensjonsstudie for å bedre rutinene for pasientinformasjon ved å lage en brosjyre om juridiske rettigheter. Målet med studien var å bedre tilfredsheten med behandlingen. Det viste seg at få av de tvangsinnlagte pasientene var klar over sin juridiske status og kjente heller ikke sine rettigheter. Ved å endre rutinene fant de ikke noen særlige forbedringer i den overordnede tilfredsheten med behandlingen, men pasientene ble mer fornøyde med informasjonen de hadde fått.

4.3 Hvordan påvirker tvangsbehandling tilfredshet?

I en oversiktsartikkel har Newton-Howes og Mullen (2011) beskrevet en tendens til at bruk av tvang påvirket tilfredshet negativt. Tvangsbehandling gjorde at pasientene følte at de ikke ble hørt og at de var mindre verdt som mennesker. Isolering og tap av vanlig menneskelig interaksjon var noe av det som påvirket pasientenes tilfredshet sterkest.

Iversen et al. (2007) undersøkte hvordan tvang påvirker tilfredshet hos pasienter ved en lukket akuttavdeling, med både frivillig innlagte og tvangsinnlagte. Det ble målt samlet effekt av flere typer tvang: Formell tvang, *opplevd tvang* og å bli utsatt tvangsmidler (skjerming og tvangstiltak). De fant at det ikke var enkeltopplevelser av tvang som påvirket tilfredshet mest, men at det var akkumuleringen av tvangsopplevelser. Å bli utsatt for tvangsmidler var den enkeltfaktoren som ble funnet å forklare den største variansen i tilfredshet. Flere studier bekrefter tendensen at pasienter opplever tvangsmidler og skjerming som svært negativt, og at dette påvirket deres tilfredshet med behandlingen (Gilburt et al.,

2008; Hammervold 2010; Newton-Howes & Mullen, 2011; Norvoll 2007; som gjengitt i Skorpen et al., 2008; Wynn, 2004; som gjengitt i Iversen et al., 2007).

En omfattende studie fra England (Katsakou et al., 2010) undersøkte om det var en sammenheng mellom tilfredshet med behandling, og tvang. De undersøkte tvangsinnlagte pasienters tilfredshet, som ble målt en uke etter innleggelse, ved 1 måned, 3 måneder og ved 12 måneders kontroll. Både *opplevd tvang* og forekomst av tvangsmidler ble analysert for å undersøke sammenhengen med tilfredshet. Tvangsmidler inkluderte maktbruk, tvangsmedisinering, fysisk holding, isolering og skjerming. Hovedfunnet var at *opplevd tvang* var den faktoren som var sterkest knyttet til grad av tilfredshet med behandlingen. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom forekomst av tvangsmidler og tilfredshet. De pasientene som var mest tilfredse med behandlingen, rapporterte om lavt nivå av opplevd tvang. De hadde heller ikke vært utsatt for tvangsmidler. De pasientene som opplevde større bedring i symptomer, rapporterte også om høyere tilfredshet. Det virket som at tidspunkt for målingen av tilfredshet var av betydning, ettersom nivået på tilfredshet ble signifikant høyere i løpet av oppfølgingstiden.

5. Terapeutisk relasjon

Vi skal nå redegjøre for forskning omkring terapeutisk relasjon generelt og innenfor psykisk helsevern spesielt. Dernest vil vi undersøke hvordan *opplevd tvang* kan ha en sammenheng med terapeutisk relasjon.

5.1 Terapeutisk relasjon i psykoterapi

Den terapeutiske relasjonen har lenge stått sterkt i psykoterapiforskning og -teori. Begrepet har røtter tilbake til Freud, selv om han forsto det i retning av en positiv overføring mellom pasient og behandler (Catty, 2004). Zetzel (1956) introduserte begrepet terapeutisk allianse. Andre terapiretninger har også sine versjoner av terapeutisk relasjon, blant annet Carl Rogers klientsentrerte terapi (Catty, 2004).

En komponent i den terapeutiske relasjonen er begrepet *arbeidsallianse* (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). Arbeidsalliansen består av 3 elementer: en felles forståelse av målsettinger, en avklaring av oppgaver og roller og et godt gjensidig emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut (Bordin, 1979; Lambert & Barley, 2001). Bordin (1979) hevder at arbeidsalliansen er det som er avgjørende for behandlingsresultatet, men at det også er viktig at det er en god match (*goodness of fit*) mellom pasient og behandler.

Det er sterk empirisk evidens for sammenhengen mellom de såkalte terapeutiske fellesfaktorene og behandlingsutfall (Lambert & Barley, 2001). Fellesfaktorene er det som ikke er spesifikt for en metode eller retning, men som kjennetegner felles aspekter ved alle terapeutiske forhold. Metaanalyser av psykoterapiforskning har vist at relasjonelle faktorer er funnet å forklare ca. 30 % av variansen i behandlingsutfall. Resten av variansen forklares av klientrelaterte faktorer, (ca. 40 %), placebo, håp og forventninger (ca. 15 %) samt metode og teknikk (ca. 15 %). Det er funnet at alliansen predikerer behandlingsresultatet bedre enn både diagnose, metode og terapeut, og at det er pasientens opplevelse av alliansen som har den sterkeste prediktive kraften. Empirien kan imidlertid ikke si noe om *hvordan* fellesfaktorene virker på behandlingsutfall, om det er en kausal faktor, eller kun en medierende faktor (Catty, 2004; Duncan & Sparks, 2008; Lambert & Barley, 2001; Castonguay et al., 2006).

Alliansebrudd beskriver en situasjon hvor man opplever en at samarbeidet mellom terapeuten og pasienten blir svekket. Dette kan både skje ved at kommunikasjonen mellom dem blir anstrengt eller at kvaliteten i det relasjonelle båndet blir dårligere. Pasienten kan reagere med enten å bli sint og anklage terapeuten, eller ved å bli passiv og tilbaketrukket (Gabbard, 2009). Disse to reaksjonsmønstrene ligner på det vi tidligere har omtalt som reaktans og lært hjelpeløshet (Monahan et al., 1995). For å gjenopprette det terapeutiske båndet må terapeuten adressere alliansebruddet, for eksempel ved å påpeke og drøfte det relasjonelle mønsteret med pasienten (Gabbard, 2009).

5.2 Karakteristikk ved en god terapeutisk relasjon

Det har blitt gjort flere studier som viser at pasienter anser kvaliteten på den terapeutiske relasjonen med behandler som den mest avgjørende faktoren i tilfredshet. Johansson og Eklund (2003) fant at de pasientene som var mest fornøyde med helsehjelpen, karakteriserte relasjonen i større grad som preget av varme, empati og forståelse og følte at de fikk nok tid og støtte. Pasientene opplevde det at behandleren oppfattet deres problemer korrekt og at de kunne diskutere og påvirke behandlingen som positivt, fordi de fikk en økt følelse av autonomi. Når de ble møtt på en god måte og sett på som meningsbærende subjekter, opplevde pasientene at relasjonen ble styrket. Pasientene fortalte at dersom behandlerne var for utålmodige, var dette negativt for relasjonen. Dette gjaldt både når behandleren skulle sette en diagnose og foreslå en metode for behandling. Pasientene klaget over at behandleren var for opptatt av bakgrunnsopplysninger og medisinforslag, og ikke brukte nok tid til det pasienten opplevde som sitt aktuelle hovedproblem. Det var også negativt hvis pasienten følte

at behandleren ikke så dem, hvis han/hun ikke møtte pasientens blikk, ikke husket navnet deres eller leste journalen mens pasienten snakket.

Det virker å være klare paralleller mellom pasienters subjektive rapporteringer og hva psykoterapiforskningen har identifisert som de viktigste terapeut-variablene for behandlingsutfall (Lambert & Barley, 2001). De pasientene som følte at terapien var suksessfull beskrev terapeuten som varm, oppmerksom, interessert, forståelsesfull og respektfull. Andre terapeut-variabler som har blitt vist å ha positiv innvirkning på behandlingsutfall er terapeutens troverdighet, ferdigheter, empatiske forståelse, bekreftelse av pasienten, fokus på pasientens problemer samt evne til å engasjere pasienten og å rette pasientens oppmerksomhet mot de affektive opplevelsene (Lambert & Barley, 2001).

5.3 Hva er særegent for behandlingen av alvorlig psykisk syke pasienter?

Det virker som at behandlingen for denne pasientgruppen skiller seg fra det som blir beskrevet i litteraturen om tradisjonell psykoterapi på en rekke områder. Alvorlig psykisk syke pasienter går som regel i poliklinisk behandling ofte over flere år og blir oftere innlagt i døgninstitusjoner. Behandlingen er ofte tverrfaglig og består i større grad av støttesamtaler, i kombinasjon med miljøterapi, medikamenter og tiltak for å bedre sosioøkonomiske forhold. Behandlingen av alvorlig psykisk syke har oftere målsetting om stabilitet og symptomreduksjon. Man tenker at dette står i motsetning til klassisk psykoterapi som i større grad har et mål om å bidra til endring, enten av atferd, tanker, relasjonelle mønstre eller selvbilde og identitet (Priebe & McCabe, 2006; Priebe & McCabe, 2008).

Som i psykoterapi, har terapeutisk relasjon i psykisk helsevern vist seg å ha prediksjonsverdi for behandlingsutfall, både på kort og lang sikt (Priebe & McCabe, 2008). Det ble gjort en studie som undersøkte effekten av polikliniske samtaler på bedring (Priebe & Gruyters, 1993; som gjengitt i Priebe & McCabe, 2006). De pasientene som følte seg bedre etter å ha snakket med sin polikliniske behandler hadde signifikant færre innleggelser etter 20 måneder, enn de som følte seg uforandret eller verre etter samtalen. Forfatterne påpeker at det ikke er en entydig sammenheng mellom terapeutisk relasjon og behandlingsresultat for alvorlig psykisk syke pasienter. De etterlyser mer forskning for å avdekke hvordan disse faktorene påvirker hverandre.

Det har blitt undersøkt hvilke faktorer som kan påvirke alvorlig psykisk syke pasienters opplevelse av kvaliteten på den terapeutiske relasjonen. McCabe og Priebe (2003) fant at opplevelsen av den terapeutiske relasjonen varierte, både på tvers av diagnostiske

grupper, varighet av sykdommen og om de var innlagte eller hadde poliklinisk oppfølging. Innlagte alkoholikere var mest fornøyde med den terapeutiske relasjonen, mens pasienter med schizofreni som hadde vært innlagt lenge, var minst fornøyde. De konkluderte med at det er en delvis sammenheng mellom grad av psykopatologi og terapeutisk relasjon. Sosiodemografiske variabler ble ikke funnet å ha noen sammenheng med kvaliteten på terapeutisk relasjon.

5.4 Utfordringer ved å etablere relasjon til psykotiske pasienter

Det har blitt gjort flere studier hvor man har undersøkt behandleres reaksjoner på pasienters manifeste psykotiske symptomer. Behandlerne var ofte usikre når pasienten ga uttrykk for vrangforestillinger og hallusinatoriske opplevelser. Dette påvirket hvordan de forholdt seg til pasientene. En analyse av kommunikasjon i psykisk helsevern i England viste at behandlerne adresserte psykotiske symptomer meget generelt og overfladisk, kun for å undersøke aktuell alvorlighetsgrad (McCabe, Heath, Burns & Priebe, 2002; som gjengitt i Priebe & McCabe, 2008). Andre studier har også vist at behandlerne har en tendens til å spørre om psykotiske opplevelser kun når de skal måle effekt av medikasjon, og at de i liten grad går inn i innholdet i de psykotiske symptomene (Moore, Kuipers & Ball, 1992; som gjengitt i Priebe & McCabe, 2006). Når pasientene uttrykte psykotisk materiale, som “hvorfors tror ikke andre på meg når jeg sier jeg er Gud?” fant de at behandlerne reagerte ofte med å smile og opptre unnnvikende, og ved å svare med et nytt spørsmål. Det virket som at behandlernes atferd gjorde pasientene ukomfortable. Pasientene forsøkte mange strategier for å få rettet behandlerens oppmerksomhet mot deres subjektive opplevelse av det psykotiske materialet. En strategi var å avbryte behandleren med mange spørsmål, særlig mot slutten av timen. Forskerne diskuterte at det så ut som om pasientene hadde et behov for å snakke om innholdet i sine symptomer og å bli forstått, ut over å bare rapportere om symptomenes omfang (Hassan, McCabe & Priebe, 2007; Priebe & McCabe, 2006).

Forskningen på *expressed emotion* har vist at kommunikasjonsmønstre mellom schizofreni-pasienter og deres pårørende kan påvirke behandlingsutfallet for pasientene. Stark og Siol (1994; som gjengitt i Hassan et al. 2007) målte behandleres *expressed emotion* – altså nivå av kritikk, fiendtlighet og overinvolvering, mens de snakket med schizofrenipasienter. De fant at ca 1/3 av behandlerne viste høye nivåer av dette kommunikasjonsmønsteret. Forskerne diskuterte at det virket som om schizofrenipasienter har større behov for utvetydig og strukturert kommunikasjon. De trekker fram betydningen av at behandlerne er bevisste på å ikke bruke en negativ og kritisk ladet kommunikasjonsstil.

5.5 Rolleteori – paternalisme

Rolleteori har blitt brukt for å analysere dynamikken i utformingen av terapeutiske relasjoner (McGuire, McCabe & Priebe, 2001). Det har blitt identifisert tre hovedkategorier av samspill: paternalistisk, forbrukerbasert og samarbeidende. Paternalistiske relasjoner kjennetegnes av en autoritær behandler og en passiv pasient. Behandleren er ekspert, stiller lukkede spørsmål, gir informasjon og tar avgjørelser. I forbrukerbaserte relasjoner er pasienten aktiv, han/hun er ekspert på seg selv, stiller spørsmål og tar avgjørelser, mens behandleren er mer passiv. Samarbeidsmodellen beskriver en ikke-hierarkisk kommunikasjonsstruktur, hvor både behandler og pasient deltar på lik linje for å oppnå et felles mål og hvor de tar beslutninger i fellesskap.

Psykisk helsevern har ofte blitt kritisert for å være paternalistisk (Helsedirektoratet, 2009). Dette bekreftes av studier hvor man har analysert samtaler og skriftlig kommunikasjon. Disse studiene bekrefter et paternalistisk mønster (Elwyn & Gwyn, 1999; som gjengitt i McGuire et al., 2001).

Betydningen av samhandlingsmønstre på behandlingsutfall har blitt undersøkt. Studier har vist at passivitet hos enten pasient eller behandler kan føre til negativt behandlingsutfall (McGuire et al. 2001). Dette kan være både i form av manglende samarbeidsvillighet (*non-compliance*) og oppmøtesvikt. Samarbeidsmodellen er vist å bidra til bedre behandlingsutfall. Andre studier (Hamann, Cohen, Leucht, Busch & Kissling, 2005; som gjengitt i Priebe & McCabe, 2008), har imidlertid funnet at effekten av terapeutisk relasjon på behandlingsutfall handler mer om matchen (*goodness of fit*) mellom pasient og behandler. Noen pasienter foretrekker samarbeidsmodellen, dette gjelder særlig yngre pasienter, og de som har negative behandlingserfaringer. Andre pasienter profiterer imidlertid på en mer paternalistisk tilnærming. Det virker som om skreddersøm er sentralt for å utvikle en god terapeutisk relasjon, og at man må ta i betraktning individuelle karakteristikk ved både pasienten og behandleren (Priebe & McCabe, 2008).

Spørsmålet om tvangsinnleggelse har ofte blitt knyttet til en diskusjon om paternalisme og autonomi. Behandlerne forsvarer beslutningen om tvang gjennom paternalistiske argumenter, hvor pasientens behov for omsorg overskygger tvangens eventuelle negative konsekvenser. Det har blitt diskutert hvordan man skal finne en optimal balanse, og under hvilke forutsetninger tvang er etisk forsvarlig (Høyer et al., 2002; Wynn, 2006).

5.6 Sammenheng mellom tvang og terapeutisk relasjon

Sheenan og Burns (2011) gjorde en studie hvor de undersøkte sammenhengen mellom *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon til innleggende lege. De fant at det var en sterk sammenheng mellom høy grad av *opplevd tvang* og en negativ opplevelse av den terapeutiske relasjonen til den som la inn pasienten. Både frivillige innlagte og tvangsinnlagte rangerte den terapeutiske relasjonen som dårlig når de ble utsatt for høy grad av tvang.

Dette samsvarer med resultater fra kvalitative analyser som har beskrevet at opplevd tvang har en sammenheng med terapeutisk relasjon. Gilbert et al. (2008) sine informanter opplevde at bruk av tvangsmidler var det største hinderet for å danne en god terapeutisk relasjon. Når personalet iverksatte tvangsmidler, rapporterte pasientene at de opplevde at det ødela tillitsforholdet mellom pasient og personale. Dette ble bekreftet av Wynn (2004; som gjengitt i Iversen et al., 2007). De pasientene som hadde blitt beltelagt eller holdt, rapporterte at de var sinte, redde og utrygge overfor personalet, og følte at tvangen hadde skadet den terapeutiske relasjonen.

Faynberg (2002) fant at det å bli utsatt for skjerming og isolasjon var korrelert med dårligere oppfølging av poliklinisk behandling etter at pasientene ble utskrevet. Hun diskuterer at det virker som at den svekkede samarbeidsvilligheten til poliklinisk oppfølging indikerer at det er en sammenheng mellom terapeutisk relasjon og tvangsmiddelbruk.

Ingen av disse studiene kan imidlertid konkludere med årsaksforhold når det gjelder sammenhengen mellom *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon. Forskningen viser at det er en samvariasjon mellom disse to variablene, men det er ikke mulig å si om dårlig terapeutisk relasjon fører til økt *opplevd tvang*, eller motsatt.

6. Diskusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hvilke faktorer som er funnet å påvirke *opplevd tvang*, pasienters tilfredshet med behandlingen og etableringen av en terapeutisk relasjon. Disse temaene vil nå bli diskutert mer utfyllende.

6.1 Hvordan kan vi forstå opplevd tvang?

Som beskrevet tidligere, er tvang i psykisk helsevern vanskelig å definere. Den operasjonaliseringen som har blitt brukt mest er *opplevd tvang*, men heller ikke dette er et entydig begrep.

Vi har gjort rede for begrensningene ved mange av de måleverktøyene som brukes i forskningen på *opplevd tvang*. Det er en svakhet at flere studier bruker verktøy som er validert

for innleggelsesprosessen for å undersøke effekten av hendelser og handlinger underveis i oppholdet. Å ha fokus på potensielt aversive forhold underveis i et behandlingsforløp er en relativt ny utvikling i feltet, og man har nylig utarbeidet måleverktøy som er mer egnet til å avdekke disse faktorene.

Vi opplever en generell utfordring i tvangsforskningen ved at avhengige, uavhengige og modererende faktorer blandes sammen. Verktøyene har generell svak validitet. De er utydelige på hva de faktisk måler, eksempelvis *MacArthur Perceived Coercion Scale* som i hovedsak undersøker de modererende faktorene, og i liten grad den subjektive opplevelsen av tvang. Studiene skiller i liten grad mellom hva som er *faktisk tvang*, i form av tvangsmedisinering og tvangstiltak, *modererende forhold*, som for eksempel medvirkning, og den *emosjonelle opplevelsen* av tvang.

Det er krevende å måle omfang av en negativ følelse, som i hovedsak er situasjonsbestemt og derfor flyktig av natur. Det er også en utfordring for validiteten at pasientenes svar påvirkes av deres subjektive og intuitive definisjon av tvang, og at svarene er sårbare for aversive hendelser som står sterkere fram i bevisstheten. Å få ærlige svar av pasienter som befinner seg i en situasjon hvor de er potensielt utsatt for tvang kan også være en utfordring. Denne metodiske problemstillingen har i liten grad blitt tematisert i studiene, med unntak av Gilburt og medarbeidere (2008).

Våre erfaringer fra akuttpsykiatrisk avdeling peker i retning av at det er en mulig sammenheng mellom *opplevd tvang* og etablering av en terapeutisk relasjon. Vi tenker oss at det å skape en god dialog, møte pasienten på en empatisk og anerkjennende måte og invitere til medbestemmelse, virker fremmende på den terapeutiske relasjonen og minsker risiko for *opplevd tvang*, også der det foreligger formell eller faktisk tvang. I det følgende vil vi diskutere noen av våre erfaringer fra akuttpsykiatrisk avdeling, før vi kommer tilbake til diskusjonen av hvorvidt det kan være en sammenheng mellom *opplevd tvang*, tilfredshet og terapeutisk relasjon.

6.2 Opplevd tvang ved innleggelsesprosessen

Hvordan innleggelsesprosessen gjennomføres er funnet å være av svært stor betydning for pasientenes opplevelse av tvang. Å føle at man blir utsatt for negativt press fra familie, venner og støtteapparat er funnet å gi økt grad av *opplevd tvang*. Hvis pasientene føler at deres meninger blir lyttet til og respektert, og at de har mulighet for medbestemmelse, reduseres grad av *opplevd tvang*. Den formelle juridiske statusen er ikke funnet å ha så mye samsvar med *opplevd tvang* som man skulle tro.

Betydningen av innleggelsesprosessen for pasientenes motivasjon for behandling samsvarer med våre erfaringer fra lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Selv om de fleste pasientene var formelt tvangsinnlagte, følte mange av de som hadde hatt en positiv innleggelsesprosess at de hadde en viss valgfrihet og at de kunne selv påvirke lengde av oppholdet og foretrukken behandling. Flere av pasientene opplevde det som godt å bli ivaretatt på sykehuset, og de så på innleggelsen som en måte å få omsorg og mer sosial kontakt.

En negativ innleggelsesprosess medførte derimot ofte til at pasientene opplevde innleggelsen som lite nyttig, de var lite motiverte til å motta behandling og det var vanskelig å etablere en god terapeutisk relasjon. Pasienter som hadde hatt negative erfaringer i innleggelsesprosessen kunne vise stor motstand, i tråd med det som blir kalt *reaktans* i litteraturen. Rømningsforsøk, utagerende atferd og påfølgende skjerming eller beltelegging, var ikke uvanlig. Noen pasienter reagerte med så sterk motvilje mot å bli innlagt at det nesten var umulig å få etablert et godt samarbeid omkring behandlingen på avdelingen. De uttrykte skepsis til behandlingsapparatets intensjoner, og hadde ingen tillit til at personalet eller behandlerne hadde deres beste for øyet.

Vi erfarte også at pasienter reagerte på negative innleggelsesprosesser med *lært hjelpeløshet*, hvor pasienten ble passiv, resignert og likegyldig til videre behandling. Når vi forsøkte å få pasienten i dialog omkring behandlingsplaner, uttrykte pasientene ofte lite engasjement. Det virket som at de ikke brydde seg om å samarbeide med oss, fordi de hadde mistet troen på at de hadde reell innflytelse.

En kan tenke at en negativ innleggelsesprosess er en form for alliansebrudd mellom pasienten og behandlingssystemet som helhet. Pasientens reaksjoner på innleggende instans sin opptreden kan altså "smitte over" på hvordan de forholdt seg til personalet og behandlerne på avdelingen, og deres holdninger til videre helsehjelp. Det var svært viktig for oss som behandlere å forsøke å reparere alliansebruddet som hadde oppstått under innleggelsen for å kunne etablere en positiv terapeutisk relasjon. Erfaringene våre er i samsvar med forskningen, at en negativ innleggelsesprosess ikke gir et godt utgangspunkt for å etablere enighet om oppgaver og målsettinger, og at det kan påvirke det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient negativt.

6.3 Vedtakssamtalen

Vår erfaring er at vedtakssamtalen er ett av de viktigste møtene mellom pasienten og behandler, og som har potensiale til å styrke alliansebygging og medbestemmelse. Når

pasienter blir tvangsinnlagt blir det innen 24 timer etter at pasienten ankom avdelingen, fattet et formelt vedtak av overlege eller psykologspesialist (heretter slått sammen til spesialist), hvor man bekrefter at det er grunnlag for å bruke tvungent psykisk helsevern. Dette vedtaket fattes på bakgrunn av en samtale med pasienten, observasjoner fra personalet og komparentopplysninger. I vedtakssamtalen med ansvarlig spesialist får pasienten forklart både lovverket og rammene for behandlingstilbudet på avdelingen, samt spesialistens begrunnelse for sine vurderinger. Pasienten får også informasjon om sine juridiske rettigheter, som mulighet for rettshjelp og klageadgang til kontrollkommisjonen.

Vi har erfart at det første møtet mellom pasienten og behandlingssystemet er av stor betydning for det videre behandlingsforløpet og for å skape grobunn for en terapeutisk relasjon. På grunn av det skjeve maktforholdet mellom pasienten og behandlingssystemet har spesialisten et særlig stort ansvar for å tilrettelegge for at vedtakssamtalen blir et godt utgangspunkt for videre samtaler. Rammene rundt vedtakssamtalen og spesialistens rolle som representant for myndighetene, ved at man forvalter lovbestemmelser som tillater å tilsidesette pasientens autonomi, utgjør en stor risiko for at samhandlingsmønsteret får en paternalistisk karakter. Dette er en risiko som spesialisten må ha et reflektert forhold til, slik at man unngår at samtalen blir unødvendig ovenfra og ned – samtidig som man heller ikke skal tilsløre maktforholdet.

Vedtaksamtalen er en mulighet for spesialisten å gi pasienten økt medvirkning i beslutningsprosessen ved å åpne opp for pasientens perspektiv og ønsker. Samtalen kan tilrettelegges for å gi pasientene en opplevelse av at de blir tatt på alvor og at deres meninger er viktige, selv om utfallet ikke nødvendigvis blir i tråd med pasientens bestilling.

Pasienten oppmuntres til å argumentere for sitt synspunkt, for eksempel at vedkommende ikke er psykotisk og ikke trenger innleggelse. Spesialisten må være åpen for at pasienten kan ha rett, altså at han eller hun ikke er psykotisk. Samtidig må spesialisten være ærlig om mandatet for vurderingen, og at det er ens profesjonelle ansvar å undersøke om lovens vilkår blir tilfredsstillt. Samtalen bør ikke ha som mål at pasienten skal overtales til å gi slipp på vrangforestillingene, men heller at man holder uenigheten opp til diskusjon, og forsøker å skape respekt for ulike synspunkter. Spesialisten kan for eksempel si at selv om ingen kan vite hva som er sant, så skiller pasientens tanker seg i så stor grad fra hva majoriteten i samfunnet opplever, at tankene anses som vrangforestillinger.

Asbjørn Kolseth beskriver i intervju med tidsskrift for Norsk Psykologforening (2011) at han er opptatt av redelig tvang, at man er ærlig om maktforholdet og at pasientene kan

forstå på hvilket grunnlag de blir tilbakeholdt. Han advarer også mot at situasjonen kan bli enda mer fastlåst hvis spesialisten blir veldig ivrig med å påpeke feil og logiske brister i pasientens tenkning. Dette er noe vi kjenner oss igjen i.

Vedtaksamtalen har også mulighet til å adressere problemet som har ført til at pasienten har blitt innlagt og foreslå konstruktive løsninger. Spesialisten kan påpeke sammenhengen mellom pasientens atferd og innleggelsen, som at manglende hygiene, eller bisarr eller voldelig atferd kan gjøre omgivelsene så bekymret at helsevesenet kontaktes. Vedtakssamtalen kan bidra til å ansvarliggjøre pasientene gjennom å fremheve hvordan deres valg kan få negative konsekvenser. En pasient som er svært negativ til å ta medisiner hjemme kan ha nytte av en tydeliggjøring av hvordan dette valget øker risikoen for å bli innlagt. Denne diskusjonen kan gjøre at pasienten kan foreta et mer informert valg, fordi han eller hun får et utvidet perspektiv og mer informasjon om valgalternativenes konsekvenser. Vedtakssamtalen kan også bidra til konstruktive løsninger i situasjoner hvor valgmulighetene er mindre tydelige, for eksempel suicidtrusler etter konflikter med pårørende.

6.4 Tvangsmidler og skjerming

I litteraturen virker det som en av faktorene som innebærer størst risiko for å øke *opplevd tvang* er bruk av tvangsmidler og skjerming. Dette bekreftes av kvalitative studier, hvor tidligere pasienters erfaringer har identifisert bruk av tvangsmidler og skjerming som svært negativt for deres tilfredshet med behandlingen, og som har økt grad av *opplevd tvang*. Det er imidlertid mange kvantitative studier som ikke har funnet noen sammenheng mellom tvangsmiddelbruk, skjerming og *opplevd tvang*. Som nevnt tidligere kan noe av forklaringen være at de har benyttet måleverktøy som ikke er designet for å fange opp betydningen av forhold underveis i oppholdet. Etter hvert som man tar i bruk måleverktøy som er mer tilpasset dette formålet, kan man få bedre empiriske svar på om det er en sammenheng mellom *opplevd tvang* og bruk av tvangsmidler og skjerming, i tråd med rapportene fra kvalitative studier.

Det er noe motstridende funn med hensyn til effekten av tvangsmidler og skjerming på tilfredshet. Som vi har gjort rede for, fant Katsakou et al. (2010) at det kun var *opplevd tvang*, og *ikke* tvangsmiddelbruk, som påvirket tilfredshet. Iversen et al. (2007) fant derimot at det var en sterk sammenheng mellom det å bli utsatt for tvangsmidler og lav tilfredshet. I flere kvalitative studier trekker pasienter fram at det å bli utsatt for tvangsmidler er det som gjør at de er minst fornøyde med helsehjelpen. En mulig forklaring at Katsakou et al. (2010) ikke fant denne korrelasjonen, kan være at det er andre faktorer som medierer sammenhengen

mellom tvangsmidler og tilfredshet. Som Hammervold (2010) sine informanter uttrykte det, var det ikke det *at* tvangsmidler ble brukt, men *hvordan* de ble brukt, som påvirket pasientenes opplevelse sterkest. Det er mulig at positive terapeutiske relasjoner og gode miljøterapeutiske rammer beskytter mot en potensiell negativ virkning av tvangsmidler på tilfredshet. I følge Katsakou et al. (2010) kan disse hypotesene være relevante, og de mener at det i tillegg er viktig å se på *hvordan* personalet begrunner tvangstiltakene overfor pasienten.

Våre erfaringer er i tråd med hva forskningen finner, at hvordan tvang blir utført og begrunnet, vil kunne påvirke hvor sterkt det oppleves som et alliansebrudd. Når tvangsmidler ble benyttet på en mest mulig skånsom måte, og ble godt begrunnet og gjennomgått i etterkant, bidro dette positivt til alliansen. Vi opplevde det som fruktbart når vi kunne snakke med pasienten og personalet om det som hadde skjedd, og pasientenes opplevelse av å ha blitt beltelagt eller skjernet. Det ga pasientene og avdelingen et bedre grunnlag for å forstå hva som utløste tvangsmiddelbruken. Vi identifiserte de situasjonene som hadde størst risiko for å komme ut av kontroll, og kartla pasientenes mestringsstrategier og erfaringer med trygghet. Vi utforsket alternative intervensjoner som personalet kunne iverksette, for eksempel avledning.

Dette opplevde vi at ga pasientene en opplevelse av medbestemmelse, de følte at de ble lyttet til og deres behov anerkjent, og vi kunne aktivt forebygge unødig tvangsbruk. Vi ble ofte overrasket over hvor god innsikt pasienten hadde i hvordan de ønsket å bli møtt i de situasjonene som innebar størst risiko for utagering. Således var vår utfordring å bidra til at avdelingen brukte tid og personalressurser til å kunne forebygge slike risikosituasjoner, og ikke bare innførte et strengere regime for å utøve større kontroll over pasienten. Det var imidlertid ikke alle pasienter det var mulig å komme i posisjon med for å snakke om tvangsmiddelbruken. Noen pasienter opplevde dette som en for stor krenkelse, og den terapeutiske relasjonen var ofte for svak til å reparere alliansebruddet.

6.5 Terapeutisk relasjon

Det er ikke så mange studier som har undersøkt eksplisitt sammenhengen mellom variablene *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon. Som vi har redegjort for, fant Sheehan og Burns (2011) en sammenheng mellom relasjonen til innleggende lege og *opplevd tvang* under innleggelse. Faynberg (2002) hevder å ha belegg for at tvangsmiddelbruk påvirker senere terapeutisk relasjon, målt ved lavere engasjement i poliklinisk behandling etter utskrivelse. Mange av studiene har imidlertid ikke målt *opplevd tvang* gjennom et helt behandlingsforløp, og ingen av studiene om *opplevd tvang* og tilfredshet inkluderer mål på terapeutisk relasjon. Selv om få

studier har eksplisitt undersøkt *opplevd tvang* og terapeutisk relasjon, så er virker det å være en tendens i litteraturen som sannsynliggjør at det er en betydelig samvarians mellom disse variablene. Problemene i empirisk forskning på dette temaet er at begrepene er meget sammensatte og dynamiske av natur, og at dette stiller store krav til design, metode og måleverktøy.

6.6 Våre erfaringer med terapeutisk relasjon

Vår erfaring var at å være opptatt av pasientens opplevelser, invitere til å møtes, snakke sammen, samt å vise en genuin nysgjerrighet for pasienten gjorde det mulig å etablere en positiv og støttende terapeutisk relasjon. Flere psykoterapeutiske verktøy viste seg å være nyttige for å styrke den terapeutiske relasjonen. Vi kunne for eksempel undre oss over de relasjonelle mønstrene pasienten utviste, utforske meningen i pasientens symptomer og påpeke en mulig sammenheng med tidligere erfaringer. Gjennom psykoedukasjon og mentaliseringsarbeid kunne vi gi pasienten verktøy til å forstå seg selv og sine reaksjoner, og vi kunne også hjelpe pasienten til å forstå andres reaksjoner. Etersom mange pasienter hadde knyttet sin identitet til det å være syk, var det å tematisere identitet og selvfølelse en viktig innfallsvinkel for å styrke en terapeutisk relasjon. Vi brukte mye tid på å hente fram pasientens mestringserfaringer og styrke troen på deres drømmer og mål som friske, samt bidra med verktøy til å løse problemer mer hensiktsmessig. Noe av det vi opplevde som mest virkningsfullt for å skape en terapeutisk relasjon var å fastholde at pasienten skulle være agent i eget liv, selv om vedkommende protesterte eller ga opp. Det var i mange tilfeller avgjørende at vi ikke ga opp å insistere på å inkludere pasientene i beslutningsprosessen – også når de stormet ut i protest eller uttrykte likegyldighet.

Samtidig som vi forsøkte å etablere en terapeutisk relasjon med pasientene var det viktig å reflektere over og respektere betydningen av ujevne maktforhold. Det hendte at overtalelse og press var nødvendig for å få gjennomført en faglig forankret behandling, som skjerming for en manisk tilstand eller henvisning til lukket langtidsavdeling. Noen ganger var det kun begrensede valgmuligheter vi kunne tilby pasientene, hvor de bare kunne velge mellom lite attraktive alternativer. Vi opplevde at det likevel var svært viktig å tilby pasientene et valg, for å styrke deres medbestemmelse så mye som mulig. Etter å ha jobbet med denne pasientgruppen over noe tid har vi i mye større grad blitt klar over det etiske dilemmaet maktubalansen kan føre til. Vi som behandlere kan ofte sette pasienten i en vanskelig situasjon når vi både ønsker og forventer at pasienten skal ha tillit til oss, samtidig som vi har makt til å ta avgjørelser på vegne av pasienten.

Denne erfaringen av maktubalansen mellom oss og pasienten har vært nødvendig for oss som psykologer å reflektere over. Sett i lys av vår erfaring fra frivillige behandlingsforløp i psykoterapissettinger var denne måten å møte pasienter på svært annerledes. Arbeidet med tvangsinnlagte pasienter har utfordret oss til å tenke over både hvordan vi har utformet de kliniske møtene, forstått pasientens reaksjoner og kommet dem i møte. Det at pasientene ikke er innlagt av egen fri vilje kan vanskeliggjøre etableringen av en terapeutisk relasjon, og i noen tilfeller har det vært umulig å etablere en positiv kontakt. I de tilfellene hvor pasientene følte at deres integritet hadde blitt krenket var det ofte slik at det eneste vi kunne gjøre var å forsøke å gi uttrykk for at vi respekterte og anerkjente deres reaksjoner, og stå i deres sinne og tåle avvisningen.

På avdelingen må pasientene forholde seg til et stort og sammensatt behandlingsapparat med mange personer, både behandlere og personale. Arbeidet med å etablere en terapeutisk relasjon tenker vi at både kan foregå *direkte*, altså mellom behandler og pasient, og *indirekte* – ved at behandler tilrettelegger for samarbeidet mellom pasient og miljøpersonale. Ved å formidle våre vurderinger av pasientens tilstand og behov til personalet bidro vi til økt forståelse for hvordan de kunne møte på en konstruktiv og terapeutisk måte. Vi kunne utforske i fellesskap med pasientene hvordan deres erfaringer med samspill og tilknytning påvirket de terapeutiske relasjonene her og nå. Hyppige møter med personalet som var mest involvert i behandlingen, samt veiledning og undervisning i relevante temaer var svært viktig. Vi erfarte at dette bidro til å øke personalets kompetanse i å håndtere krevende relasjonelle mønstre, som splitting, overføring og avvisning. Vi forsøkte også å bidra til nysgjerrighet omkring funksjonen av pasientenes symptomer, og hva symptomene kunne bety innenfor pasientens livsverden. Når personalet ble inkludert i prosessen med å skape en terapeutisk relasjon til pasienten opplevde vi at det reduserte personalets følelse av avmakt og forhindret etableringen av negative samspillsmønstre.

Slik vi ser det er det mange måter som terapeutisk relasjon på en akuttpost kan utformes på, og det finnes neppe en fasit som passer alle. Vi har presentert våre tanker omkring relasjonelle prosesser på en akuttavdeling, som skal illustrere forskningslitteraturen vi tidligere har gjort rede for.

7. Konklusjon

Tvang i psykisk helsevern er et svært komplekst og sammensatt fenomen. Det er lite enighet om en entydig definisjon av begrepet *opplevd tvang*, og man kan stille spørsmålstegn ved

validiteten og reliabiliteten til dette begrepet. Vi har redegjort for hvilke faktorer som bidrar til *opplevd tvang*, samt pasientenes tilfredshet med behandling og etablering av en terapeutisk relasjon. Vi har diskutert disse tre forholdene i lys av hverandre, og selv om det ikke har blitt gjort noen empiriske studier hvor man har eksplisitt studert disse faktorene sammen, virker det som at en samvariasjon er sannsynlig. Vi savner mer systematiske studier av tvang i psykisk helsevern, hvor man etterstreber en entydig bruk av begrepene og benytter måleverktøy som adresserer forhold også etter at pasienten er blitt lagt inn. Det er særlig viktig å skille mellom faktisk tvang, modererende forhold og den fenomenologiske opplevelsen av tvang.

Vi har belyst funnene fra litteraturen med erfaringer fra vår kliniske hverdag på lukket akuttpost. Det virker som om innleggelsesprosessen, utformingen av vedtakssamtalen og bruk av tvangsmidler og skjerming kan utgjøre potensielle alliansebrudd. Vi tenker at negative opplevelser i innleggelsesprosessen, vedtakssamtalen og tvangsmidler kan bidra til økt *opplevd tvang*, svak terapeutisk relasjon til behandler og lavere tilfredshet med behandlingen. I tillegg til å jobbe direkte med den terapeutiske relasjonen, opplevde vi at det også var nyttig å adressere terapeutisk relasjon indirekte, ved at vi tilrettela for at personalet kunne forstå pasienten og tilby positive relasjonelle erfaringer. Betydningen av forskjellen i makt er av stor betydning for etableringen av den terapeutiske kontakten. Vi har reflektert over dilemmaet i å forsøke å få pasientenes tillit samtidig som vi har mulighet til å tilsidesette deres autonomi, og ofte må bruke ulike typer press og overtalelse for å få gjennomført behandlingen.

Denne oppgaven har forsøkt å bidra til en diskusjon av tvang i psykisk helsevern ut fra dilemmaer vi har vært opptatte av i en klinisk hverdag. Vi har erfart hvor uheldig tvang kan være for å etablere samarbeid og har forsøkt å finne måter hvor man kan redusere graden av *opplevd tvang*. Det er imidlertid ikke et realistisk mål å fjerne all tvangsbehandling, ettersom de iverksettes av sikkerhetshensyn eller for å unngå en betydelig forverring i pasientens helsetilstand. Vi har heller forsøkt å forstå hvordan pasientenes opplevelse av å være utsatt for tvang kan påvirkes av flere faktorer, slik at man kan identifisere risikosituasjoner og ha fokus på forebygging. Vår hypotese er at det ikke er det *at* tvangsbehandlingen blir brukt, men *hvordan* den blir iverksatt, som påvirker pasientenes opplevelse av tvang.

8. Referanser

Bergk, J., Flammer, E. & Steinert, T. (2010) "Coercive Experience Scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BioMedCentral*, 10:5. Nedlastet den 14.11.11 fra <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/5>

Borckardt, J.J., Madan, A., Grubaugh, A.L., Danielson, C.K., Pelic, C.G., Hardesty, S.J., et al. (2011). Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 62, 477-483.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Cascardi, M. & Poythress, N. (1997). Correlates of perceived coercion during psychiatric hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 445-458.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J. & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.

Catty, J. (2004). "The vehicle of success": Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 255-272.

Duncan, B. & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Faynberg, E. (2002). The impact of inpatient restraint and seclusion experiences on adherence to outpatient treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62, 4119-4271.

Gabbard, G. O. (2009). *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gilbert, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8:92. Nedlastet den 14.10.11 fra <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/92/prepubyours>

Hammervold, U. (2010). "Jeg er ikke en ting, jeg er et menneske". Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern. *Bivrost, Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere*, 21. Nedlastet den 27.10.11 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/684092/BIVROST%20nr.3%20-%202010.pdf>

Hansson, L. & Berglund, M. (1987). Factors Influencing Treatment Outcome and Patient Satisfaction in a Short-Term Psychiatric Ward. A Path Analysis Study of the Importance of

Patient Involvement in Treatment Planning. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 269-275.

Hassan, I., McCabe, R. & Priebe, S. (2007). Professional-patient communication in the treatment of mental illness: A review. *Communication & Medicine*, 4, 141-152. Nedlastet den 09.10.11 fra <http://www.reference-global.com/doi/abs/10.1515/CAM.2007.018>

Helsedirektoratet (2009). *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (IS-1370). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2009* (IS-1861). Oslo: Helsedirektoratet.

Hoge, S. K., Lidz, C.W., Eisenberg, M., Monahan, J., Bennett, N., Gardner, W. et al. (1998). Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission. A comparative study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 131-146.

Hoge, S. K., Lidz, C.W., Mulvey, E., Roth, L., Bennett, N., Siminoff, L. et al. (1993). Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behavioral Sciences & the Law*, 11, 281-293.

Høyer, G. (2009). *Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet.

Høyer, G. (2011). *Perceived coercion. Why What How & Who*. Foredrag. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjonsdottir, M. et al. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 93-108.

Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H. C. & Grønli, O.K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 433-439.

Iversen, K. I., Høyer, G. & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 504-511.

Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339-346.

Johansson, I. M., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 501-507. Nedlastet den 14.10.11 fra <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/08039480903118208>

Johnsen, L., Øysæd, H., Børnes, K., Moe, T. J. & Haavik, J. (2007). A systematic intervention to improve patient information routines and satisfaction in a psychiatric emergency unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 213-218.

Kallert, T., W. (2008). Coercion in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 485-489.

- Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes T. & Priebe, S. (2010). Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric Services*, *61*, 286-292.
- Katsakou, C., Marougka, S., Garabette, J., Rost, F., Yeeles, K. & Priebe, S. (2011). Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Research*, *187*, 275-282.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 232-241.
- Kjellin, L., Høyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R. & Sigurjonsdottir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*, 241-247.
- Kolseth, A. (2011). Redelig tvang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *48*, s. 464-466. (Intervju)
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, *38*, 357-361.
- Lidz, C.W., Hoge, S.K., Gardner, W., Bennett, N.S., Monahan, J., Mulvey, E.P., et al. (1995). Perceived Coercion in Mental Hospital Admission. Pressures and Process. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1034-1039.
- Lidz, C.W., Mulvey, E.P., Hoge, S.K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M.; et al. (1998). Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1254-1260.
- McCabe, R. & Priebe, S. (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings. *European Psychiatry*, *18*, 220-225.
- McGuire, R., McCabe, R. & Priebe, S. (2001). Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 557-564.
- Monahan, J., Hoge, S.K., Lidz, C., Roth, L.H., Bennett, N., Gardner, W., et al. (1995). Coercion and Commitment: Understanding Involuntary Mental Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, *18*, 249-263.
- Newton-Howes, G. & Mullen, R. (2011). Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services*, *62*, 465-470.
- NOU - Norges offentlige utredninger. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* (NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Norvoll, R. (2008). *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur* (SINTEF A4572). Oslo: SINTEF Helse.

Priebe, S. & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 69-72.

Priebe, S. & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationship in psychiatry: The basis of therapy or therapy itself? *International Review of Psychiatry*, 20, 521-526.

Rådet for psykisk helse (2010). *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Sheehan, K.A. & Burns, T. (2011). Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association. *Psychiatric Services*, 62, 465-470.

Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden Nye Art*, 3, 19-23.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006a). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006b). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse (IS-1315)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sørgaard, K.W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 299-304.

Sørgaard, K.W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 214-219.

Wertheimer, A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behaviour Sciences and the Law*, 11, 239-258.

Wesnes, H. (2011, juni). Fysisk aktivitet hjelper meg. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s. 554-555. (Reportasje.)

Westrin, C. G. & Nilstun, T. (2000). Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 47-50.

Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 247-251.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.