

Ola Trygve Polden

Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Mai 2021

Ola Trygve Polden

Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag

Tittel: Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

Hensikt: Finne svar på hvordan man kan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien.

Metode: Utført en litteraturstudie, hvor jeg har funnet relevant teori og forskning for å hjelpe meg med å besvare min problemstilling. Har i tillegg nevnt egne erfaringer i fra praksisstudier.

Resultat: I resultatet fra forskningsartiklene jeg fant var det tre områder som gikk igjen i forskningen og som jeg mente var sentrale for å kunne inngå en terapeutisk allianse til en pasient.

- Etablere tillitt mellom pasient og helsepersonell
- Pasientens autonomi under tvangsinnleggelse
- Ekthet og respekt i relasjoner, se mennesket utover diagnosen

Konklusjon: I denne oppgaven kom jeg ikke frem til en tydelig og klar konklusjon på min problemstilling. Det finnes nok ingen fasitsvar på hvordan man kan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien. Som helsepersonell bør allikevel det å bygge en relasjon og inngå terapeutiske allianser alltid være noe å strekke seg etter i møte med pasienter.

Nøkkelord: Terapeutisk allianse, tvang, akuttpsykiatri, psykose, tillitt, autonomi, ekthet, respekt.

Abstract

Title: How to create a therapeutic alliance with a patient in psychosis forcibly admitted to acute psychiatry?

Purpose: Find answers on how to create a therapeutic alliance for a patient in psychosis admitted to compulsory psychiatric treatment.

Method: Conducted a literature study, where I have found relevant theory and research to help me answer my problem. I have also mentioned my own experiences from practical studies.

Result: In the results from the research articles I found, there were three areas that recurred in the research which I thought were central to being able create a therapeutic alliance.

- Establish trust between patient and healthcare professionals.
- The patient`s autonomy during involuntary hospitalization.
- Authenticity and respect in relationships, see the person beyond the diagnosis.

Conclusion: In this thesis i did not come to a clear and distinct conclusion to my problem. There is probably no definitive answer on how to create a therapeutic alliance to a patient in psychosis who is forcibly admitted to acute psychiatry. However, as a healthcare professional, building a relationship and creating a therapeutic alliance should always be something to strive for in meeting patients.

Key words: Therapeutic alliance, coercion, acute psychiatry, psychosis, trust, autonomy, authenticity, respect.

Innhold

1.0	Innledning.....	5
1.1	Begrunnelse for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	5
1.3	Hensikt med oppgaven	5
1.4	Definisjon av begreper i problemstilling	5
1.5	Oppgavens disposisjon.....	6
2.0	Teori.....	6
2.1	Presentasjon av aktuell teori som belyser problemstilling.....	6
2.1.1	Psykose.....	6
2.1.2	Terapeutisk allianse og relasjonsbygging	7
2.1.3	Juridiske rammevilkår	10
3.0	Metode.....	11
3.1	Presentasjon av metoden litteraturstudiet	11
3.2	Vitenskapelig tilnærming	11
3.3	Søkeprosess og søketabell.....	11
3.4	Valg av litteratur	12
3.5	Evaluering av søk og metodedrøfting.....	12
4.0	Resultat	14
4.1	Artikkelmatrise.....	14
4.2	Tematisk presentasjon av resultater av de utvalgte artikler.....	15
4.2.1	Etablere tillitt mellom pasient og helsepersonell.....	15
4.2.2	Pasientens autonomi under tvangsinnleggelse	15
4.2.3	Ekthet og respekt i relasjoner, se mennesket utover diagnosen.	16
5.0	Diskusjon/Drøfting: Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?.....	17
5.1	Resultatdiskusjon.....	17
5.1.1	Betydningen av tillitt.....	17
5.1.2	Betydningen av medbestemmelse under tvangsinnleggelse.....	19
5.1.3	Se mennesket utover diagnosen.....	21
6.0	Konklusjon	23
7.0	Litteraturliste	25
8.0	Vedlegg 1 Søketabell.....	27
9.0	Vedlegg 2 Artikkelmatrise	28
9.1	Artikkel 1	28
9.2	Artikkel 2.....	29

9.3 Artikel 3.....	30
9.4 Artikel 4.....	31
9.5 Artikel 5.....	33
9.6 Artikel 6.....	35

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet jeg har valgt å skrive om er tilnærming og relasjonsbygging til psykotiske pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling innlagt på tvang. Hvordan kan man klare å skape en relasjon til noen med en annen virkelighetsoppfatning enn en selv? Bakgrunnen for at jeg har valgt meg dette tema er at jeg har hatt 3.års praksis ved Østmarka akuttseksjon, hvor dette temaet har vært høyaktuelt. Noe av det jeg erfarte var at i møte med mennesker i psykose, var det en utfordring knyttet til tilnærmingen til denne pasientgruppen og hvordan man skulle etablere en god relasjon. Disse utfordringene som jeg erfarte i praksis, er også beskrevet av Hummelvoll (2012) og Viken (2019). Jeg anser dette tema som vernepleiefaglig relevant, da psykisk helse, kommunikasjon og relasjonsbygging er sentrale tema i utdanningsløpet til en vernepleier. Akuttpsykiatrisk avdeling er også et typisk arbeidssted for en vernepleier.

I utarbeidelsen av problemstillingen var utfordringen å finne et klart begrep for hva man anser som en god relasjon mellom pleier og pasient. Her kom jeg frem til begrepet terapeutisk allianse som jeg hentet fra fagboken «Atferdsanalytisk miljøbehandling» av Kjetil Viken (2019) som vi har på pensum. Begrepet vil bli nærmere forklart under teorikapitlet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven har vært å gjennomføre en litteraturstudie, samt gjøre et dypdykk i relevant teori/pensum for å finne svar på hvordan man kan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien.

1.4 Definisjon av begreper i problemstilling

Definisjoner av begrepene i problemstillingen vil bli belyst under teorikapitlet.

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne bacheloroppgaven er inndelt i seks kapitler. I innledningen har jeg skrevet om valg av tema, presentasjon av problemstilling, hensikt med oppgaven og definert begreper i problemstillingen jeg har valgt. I teorikapitlet gir jeg en presentasjon av aktuell teori som belyser min problemstilling, herunder, psykose, terapeutisk allianse og relasjonsbygging, og juridiske rammevilkår. I metodekapitlet gir jeg først en presentasjon av hva en litteraturstudie er, og den vitenskapelige tilnærmingen jeg har brukt. Det inneholder også en søketabell, min søkeprosess, valg av litteratur, evaluering av søkene og en metodedrøfting. Resultatkapitlet inneholder en artikkelmatrise og en tematisk presentasjon av resultater av de utvalgte artikler. I drøftingskapitlet drøfter jeg teorien jeg har anvendt og resultatet i de vitenskapelige artiklene. Siste kapitlet er en konklusjon som er en sammenfatning av de drøftingsområdene fra forrige kapittel.

2.0 Teori

2.1 Presentasjon av aktuell teori som belyser problemstilling

2.1.1 Psykose

I følge Snoeck & Engedal (2018, s. 81) defineres psykose som en:

«(...) forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt og innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning».

Skårderud et.al (2018, s. 319) skriver at «å være psykotisk handler om å leve i en annen og endret virkelighet».

Psykose er ingen diagnose, men en tilstand hvor man opplever en realitetsbrist i sin fortolkning av omgivelsene, sine egne tanker og av opplevelser (Hagen & Kennair, 2016, s. 104). Man har havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk. Psykotiske tilstander er en stor, viktig og uensartet gruppe psykiske lidelser (Skårderud et.al, 2018, s. 319-320).

Dersom omstendighetene ligger til rette for det, er tendensen til å overfortolke hendelser og se og høre ting som ikke finnes en allmennmenneskelig egenskap. Det er knyttet til hvordan hjernen vår tolker og tar inn informasjon (Hagen & Kennair, 2016, s. 104). Hummelvoll (2012) trekker også frem opplevelser som tangerer de

erfaringer den psykotiske har. Her nevnes drømmer, forutanelser, omfattende dagdrømmer, forandret persepsjon under høy feber, og den trangen man kan kjenne til å nekte å ta vonde hendelser inn over seg og handle som om intet har skjedd (Hummelvoll, 2012, s. 339).

Av behandlingstilbud trekker Hagen & Kennair (2016) frem flere ulike behandlinger. Hvilket behandlingstilbud som gis vil gjerne være individuelt og avhengig av det generelle sykdomsbilde og hvordan psykosen fremtrer (Hagen & Kennair, 2016, s. 113-116). Skårderud et.al (2018) viser til forskning på bedringsprosesser og understreker her fem faktorer. Disse er oppfølging over tid, den enkeltes motivasjon, å lære seg nye ferdigheter, sosialt engasjement og forandring i sosial status og til slutt ressursene som finnes i omgivelsene (Skårderud et.al, 2018, s. 339).

Å utvikle en støttende og tillitsvekkende relasjon vil være viktig i all psykologisk psykosebehandling. For alle mennesker i terapi er det viktig å bli anerkjent for egne opplevelser, livsforståelse og ressurser, i tillegg til å føle seg trygg. En god relasjon mellom pasient og behandler vil også kunne legge til rette for at pasientens stemme og egne valg er av betydning for valg av behandling og målsettinger for denne. Relasjonen som utfolder seg, blir også brukt som et terapeutisk verktøy i seg selv innenfor psykodynamiske tradisjoner. Mange mennesker med psykose har negative relasjonserfaringer og sosiale nederlag. Det blir svært viktig å vurdere pasientens behov for balanse mellom støttende og terapeutisk relasjon (Hagen & Kennair, 2016, s. 113). Relasjonen til behandlerne bør sikte mot å styrke pasientens håp om at forandring er mulig. Pasientens motivasjon er grunnlaget for en opplevelse av å ta styring over sitt eget liv, og det er viktig at behandlere bekrefter egenviljen, autonomien og handlingsevnen hos pasienten (Skårderud et.al, 2018, s. 339).

2.1.2 Terapeutisk allianse og relasjonsbygging

Viken (2019, s.34) beskriver at det må være grunnleggende tillitt og gjensidig respekt mellom bistandsyter og bistandsmottaker for å kunne hjelpe til med å endre atferd og livsbetingelser. Terapeutiske allianser innebærer ifølge Viken (2019, s. 34) at: «(...) tjenestemottaker og tjenesteyter har lik forståelse av en situasjon, sammenfallende målsettinger for tjenesteytelsen og felles oppfatning av hva som skal til for å nå slike målsettinger».

Å skape kontakt med psykotiske pasienter er utfordrende. Ofte kan denne pasientgruppen være mistenksom. Det blir vesentlig å ha en lyttende og anerkjennende holdning, og at tjenesteyter i praksis viser at han er til å stole på. For å få begrep om hvordan pasienten opplever sin situasjon er det avgjørende å møte pasienten med forståelse (Hummelvoll, 2012, s. 355). En terapeutisk allianse handler om å være sensitiv for den andres situasjon. Å balansere det terapeutiske arbeidet med utfordrende atferd, og samtidig vise forståelse for tjenestemottakers livsverden kan være krevende (Viken, 2019, s. 36).

En relasjon er et resultat av samhandlingen mellom bruker og fagperson, og oppstår ikke av seg selv. Skal det utvikles en bærende relasjon er man avhengig av en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 27). I relasjoner mennesker imellom er tillitt grunnleggende. Tillitt er verken noe vi kan kreve eller forutsette, men noe vi må gjøre oss fortjent til. Tillitt kan brått rives ned, og er ikke noe som kan vinnes en gang for alle. Tillitt og å være til stede, må ligge til grunn for enhver gjensidighet mellom mennesker, og er nettopp det en relasjon handler om (Viken, 2019, s. 34). Å føle seg forstått skaper tillit, og det kan igjen bidra til en trygghet som skaper rom for frigjørende refleksjon (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 35). Klienter som har opplevd å få god hjelp, fremhever relasjonen som det sentrale, og her trekkes betydningen av å føle tillit til og respekt for fagpersonen og det at fagpersonen har nok tid (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 179-180).

Kommunikasjon står sentralt i møter mellom mennesker, og gjennom å kommunisere tar vi del i hverandres liv på godt og vondt (Skau, 2017, s. 82). God kommunikasjon er kongruent. Med det menes at når våre følelser, handlinger og ord står i samsvar med hverandre, er kommunikasjonen vår kongruent. Ikke-verbale budskap er ofte sterkere enn vi tror. Derfor trenger man å være oppmerksom både på sine handlinger og væremåter, og på forholdet mellom dem og sine ord, for å kunne kommunisere godt (Skau, 2017, s. 90).

Røkenes & Hanssen (2017) beskriver tre forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon. Disse er væremåte, empati og anerkjennelse. Det blir viktig å vurdere sider ved sin væremåte for at man skal fungere best mulig i møtet med de man skal hjelpe. Noe av det som trekkes frem som viktig for selve relasjonen er om man er avslappet, snakker tydelig og forståelig, om sittestillingen man har signaliserer

trygghet og imøtekommenhet eller travelhet, avvising og uro. Videre trekkes det frem om man er konsentrert og lytter nøye, og om man er vennlig, interessert og imøtekommende. Som profesjonell må man vurdere om væremåten sin er til hinder for eller fremmer en god relasjonsutvikling (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 180-181). Det som ofte nevnes av klienter når de forteller om hva som har vært til hjelp, legger de ofte vekt på at fagpersonen må være nær på en ekte og medmenneskelig måte (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 185). En eller annen form for ekthet er en nødvendig forutsetning for å bygge en god relasjon (Viken, 2019, s. 36).

Viken (2019) kommer med noen tips til relasjonelt arbeid, hvor det beskrives at det er viktig å huske at relasjonelt arbeid tar tid. Å kunne gi av seg selv vil være viktig, tørre å spørre og le dersom det passer situasjonen. Og husk, at den andre er et menneske, og ikke et tilfelle (Viken, 2019, s. 41). Realitetsorientering har vært et sentralt prinsipp i arbeidet med psykotiske mennesker. Denne orienteringen bør være gjensidig, som vil si at man også ber pasienten om å orientere tjenesteyteren om sin virkelighet, for å kunne etablere grunnlag for en felles virkelighetsforståelse (Hummelvoll, 2012, s. 356).

Å skape terapeutiske allianser kan noen ganger være vanskelig fordi tjenestemottaker ikke er motivert til å ta imot den hjelpen han trenger. Det kan skape motstand med krav og forventninger om endring. I slike tilfeller må en prøve å motivere for behandling, eller eventuelt utføre behandling under tvang. Tvangsmessig behandling vil i mange tilfeller virke inn på det relasjonelle arbeidet, og hvordan en bygger den terapeutiske alliansen. Å måtte gjennomføre behandling under tvang vil kunne komplisere forholdet mellom behandler og tjenestemottaker. Likevel ser man fra erfaring at dersom man viser en stor respekt for den som mottar behandlingen, vil en kunne skape en terapeutisk allianse med gjensidig tillit (Viken, 2019, s. 37). I mange tilfeller vil psykotiske pasienter oppleve både angst og aggresjon, og i slike tilfeller trenger tjenesteytere kunnskap og selvinnsikt i forhold til egne reaksjoner slik at man kan møte pasienten med tilstrekkelig ro og trygghet. Personalet må representere kontrollen på det ytre plan så lenge pasienten har en usikker indre kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 362).

2.1.3 Juridiske rammevilkår

Psykisk helsevern reguleres i hovedsak av «Lov om pasient- og brukerrettigheter» og «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern».

Formålet med loven om psykisk helsevern er «(...) å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang» (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1).

Når det kommer til Pasient- og brukerrettighetsloven, er det hovedsakelig kapittel 4, som omhandler samtykke til helsehjelp som er relevant når det kommer til min oppgave. Som hovedregel kan helsehjelp bare gis til pasienter som samtykker og som innehar samtykkekompetanse. Samtykke kan gis både uttrykkelig og stilltiende. Ved psykiske forstyrrelser kan samtykke bortfalle helt, eller delvis. «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3». (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1 §4-2 §4-3).

Ved tvangsbehandling så skjer dette når mennesker på grunn av psykosen ikke er i stand til å samarbeide om et frivillig behandlingsopplegg. For at tvang skal kunne benyttes stilles det strenge juridiske krav som må oppfylles. Innenfor jussen opererer man med begrepet «alvorlig sinnslidelse», som vil være det nærmeste man kommer psykose som medisinsk begrep. Her vil man på visse vilkår gis et lovmessig grunnlag for bruk av tvang (Snoek & Engedal, 2018, s. 81). Man kan være bekymret for at dersom ikke behandling gis vil det føre til en vesentlig forverring av tilstanden, eller at man går glipp av muligheten for vesentlig bedring. For å benytte seg av tvangsmidler må frivillige eller lempeligere tiltak vært forsøkt først, og man må anse bruken av det som helt avgjørende for å gi forsvarlig behandling i de enkelte tilfellene. Tvangsbruk er mye omdiskutert, og vil stille store krav til etisk bevissthet hos behandlere og deres kjennskap til lovverk. Støttesamtaler og rett og forebyggende miljøterapi trekkes frem som noen av tiltakene for å kunne unngå bruken av tvang (Hagen & Kennair, 2016, s. 114-115). Selv om tvang benyttes er det likevel viktig å forsøke å oppnå en god behandlingskontakt med pasienten, og helsepersonell har både et juridisk og et etisk ansvar for å ivareta pasientens rettsikkerhet (Snoek & Engedal, 2018, s. 88).

3.0 Metode

3.1 Presentasjon av metoden litteraturstudiet

En metode er en fremgangsmåte som hjelper oss å løse et problem eller innhente ny kunnskap (Dalland, 2018, s.51). I denne bacheloroppgaven har jeg anvendt litteraturstudie som metode. Litteraturstudiet systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det vil si å samle inn litteratur og kritisk bedømme den. Man analyserer et utvalg av studier innenfor en bestemt problemstilling og fagfelt, for så å sammenfatte det hele til slutt (Thidemann, 2019, s.77 & 79-80). Litteratur og forskning innhentes ved hjelp av søk i forskjellige databaser og manuell søking (Thidemann, 2019, s.81). Ved å innhente allerede eksisterende informasjon er det en tidsbesparende metode da man ikke trenger gjennomføre noen ny og egen forskning.

3.2 Vitenskapelig tilnærming

I denne litteraturstudien har jeg brukt en hermeneutisk tilnærming. I hermeneutikken forsøker man å forklare noe som i utgangspunktet er uklart, eller finne meningen med noe. Det er en fortolkningslære. I hermeneutikken ønsker man å forstå, og ikke bare forklare. Hermeneutikken kan være viktig for den som arbeider med folk, da den omhandler det å forstå og tolke grunnlaget for menneskelig eksistens. Når man fortolker tekster, vil det være en usikker virksomhet. Man kan enkelt bli påvirket av egne vurderinger og førforståelse. Det er da viktig at man er bevisst førforståelsen sin, da denne kan påvirke resultatet (Dalland, s.45-47). I mitt tilfelle vil denne førforståelsen komme fra erfaringer fra praksisen min på akuttpsykiatrien, fra undervisning jeg har hatt på skolen i vernepleierutdanningen og mine erfaringer fra arbeidslivet.

3.3 Søkeprosess og søketabell

Jeg startet tidlig med formuleringen av min problemstilling, og måtte gjøre noen endringer underveis i prosessen. En problemstilling bør anses som foreløpig (Thidemann, 2019, s. 88). Jeg startet søkingen med å dele opp problemstillingen i enkeltord, finne synonymer for disse, samt de engelske oversettingene for ordene. Jeg noterte ned aktuelle søkeord og artikler underveis i prosessen, som støttes av Thidemann (2019) som en god metode, da å søke er en iterativ prosess (Thidemann, 2019, s. 88). Jeg kombinerte søkeordene med AND for å prøve å finne artikler med kombinasjoner av de ordene jeg hadde valgt meg i problemstillingen. Av søkeord benyttet jeg meg også av søkeord som kommer inn som tema under ordene i

problemstillingen. Søkeordene som «Trust» og «empathy», er tema knyttet til begrepet terapeutisk allianse i litteraturen jeg benyttet. Etter jeg hadde utført søkene, gikk jeg gjennom trefflisten for å vurdere titlene med hensyn til relevans. Av de jeg fant relevant, gikk jeg inn på de enkelte artiklene og leste sammendrag, resultat og konklusjon. Se vedlegg 1 for søketabell.

3.4 Valg av litteratur

Jeg valgte i denne oppgaven å benytte PubMed, Cinahl og idunn som mine databaser for søk av relevant forskning. Jeg vurderte kildene nøye på kvalitet og relevans for oppgaven. Ønsket ikke å benytte meg av hva som helst, da ikke alt som presenteres av kunnskap er like brukbart (Dalland, 2018, s. 149-159). Helsefaget er i stadig utvikling, og det medfører seg at forskningen raskt kan bli utdatert (Dalland, 2018, s.162). Jeg valgte derfor å prøve å benytte meg av så moderne forskningsartikler som mulig. Satte derfor en aldersgrense på maks 10 år på flere av søkene mine. Undersøkte også litt eldre artikler, og valgte å benytte Welch (2005) selv om den var gammel grunnet relevans for oppgaven. Har benyttet meg hovedsakelig av primærkilder i oppgaven. Disse presenterer forskning for første gang, og er den opprinnelige utgaven av teksten. Dette hjelper oss å oppdage ny kunnskap knyttet til problemstillingen. Sekundærstudier tolker data fra eksisterende primærkilder. (Dalland, 2018, s.162-163). Grunnet relevans valgt å benytte meg av en sekundærkilde, selv om Farrelly & Lester (2014) re analyserer allerede eksisterende data.

3.5 Evaluering av søk og metodedrøfting

I dette avsnittet vil jeg evaluere de søkene jeg har gjort, drøfte deres relevans og vurdere kritisk kvaliteten på artiklene (Thidemann, 2019, s. 91). Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen man har funnet, jf. Dalland (2018). Her må man i tillegg kunne redegjøre for hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2018, s. 158).

Jeg endte opp med å benytte meg av seks forskningsartikler i min litteraturstudiet. Av disse seks artiklene var fem av de primærkilder, mens en var en reviewstudie. Jeg valgte å inkludere reviewstudien grunnet relevans for oppgaven, da jeg følte den traff godt på min problemstilling, selv om den er en sekundærkilde. En utfordring med fagstoff og pensum er at det ofte er sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur betyr at den er bearbeidet og presentert av noen annen enn den opprinnelige forfatteren

(Dalland, 2018, s. 158). Forskningen jeg har benyttet meg av har derfor vært hovedsakelig primærkilder, som vil si forskningsartikler som presenterer forskning for første gang (Dalland, 2018, s. 162). Ved at jeg har benyttet meg hovedsakelig av primærkilder på denne måten, slipper man å få en «tolkning av en tolkning», som igjen vil kunne svekke både validiteten og reliabiliteten til oppgaven. Validitet og reliabilitet står for relevans, gyldighet og pålitelighet (Dalland, 2018, s. 40). Dette vil også være utfordringer knyttet til primærkilder, men vil da kun avhenge av mine forståelser og tolkninger av opprinnelig forskning.

I et rasktvoksende fagfelt er det viktig å sjekke at litteraturen man finner er tilstrekkelig oppdatert (Dalland, 2018, s. 158). En mulig svakhet ved denne oppgaven er at jeg fant det utfordrende å finne relevant nyere forskning knyttet til mitt tema og problemstilling. Fire av mine artikler er fra spennet 2012-2015, en fra 2005 og den siste fra 2019. Her kan det tenkes at noe av innholdet i denne forskningen nå er utdatert, men informasjonen jeg fant i de eldre artiklene samsvarte med innholdet i de nyere artiklene. Å sammenligne forskningsinnholdet til eldre artikler med nyere forskning skriver Dalland (2018) at vil være viktig dersom man har benyttet seg av eldre artikler (Dalland, 2018, s. 162). Dette føler jeg at jeg har gjort, og er dermed med på å styrke mitt valg av å bruke disse artiklene i min oppgave, da mange eldre kilder fortsatt vil være av stor betydning (Dalland, 2018, s. 162). Hvordan tema henger sammen, og eventuelle forskjeller kan også skyldes hvordan de enkelte studiene er gjennomført (Thidemann, 2019, s 93-94).

Noe jeg anser som en styrke i mitt utvalg av artikler er at jeg fant artikler som både dekker synspunktene til pasientene og synspunktene til helsepersonell. Dette var jeg bevisst på under søkeprosessen, for å kunne gi et helhetlig perspektiv. Fem av de seks forskningsartiklene jeg fant hadde et kvalitativt design. En kvalitativ tilnærming foregår ved bruk av observasjon, dokumentanalyse, feltarbeid eller intervju. Dette er en god metode for å få dybdekunnskap om et tema, og handler ofte om å finne meningssammenhenger (Thidemann, 2019, s. 76). I mine forskningsartikler var det intervju som var blitt brukt som kvalitativ tilnærming. Når det kommer til intervju som kvalitativ tilnærming, må man også tenke på validiteten og reliabiliteten igjen. Her bør man spørre seg hvem som har deltatt i disse intervjuene, er deltakerne representative for min problemstilling, hvem gjennomførte intervjuprosessen og så videre.

Forskningen jeg har valgt ut ble gjennomført i fem forskjellige land. Disse er alle I-land, og vil derfor kunne tenkes å være sammenlignbart med Norge. Når det kommer til om forskning vil kunne være generaliserbar eller ikke, blir det brukt ulike kriterier. Når det kommer til kvantitativ forskning, sier man gjerne at man bør ha et utvalg av minimum 1000 personer for å kunne si at det vil være representativt, jf. en normalfordelingskurve. Når det kommer til kvalitativ forskning, sier man blant annet at for at den skal kunne sies å være representativ, bør den sammenlignes med litteraturen man har på området fra før, bruke teoretisk kunnskap til å analysere dataene, benytte seg av ulike kvalitative metoder og det forskerne beskriver som å «mette» materialet, som vil si at flere intervjuer neppe vil avdekke noe nytt (Hoffmann, 2013).

Resultatet jeg fant i mine forskningsartikler samsvarer godt med litteraturen jeg fant på området og mitt pensum. Jeg har brukt mine teoretiske kunnskaper jeg har tillært meg gjennom vernepleierutdanningen i min analyse av dataene presentert i de ulike artiklene. Når det gjelder mine teoretiske kunnskaper er disse på et «bachelornivå», så dette vil kunne sees på som en svakhet når det kommer til forståelse og tolkning. Men jeg føler mine teoretiske kunnskaper også samsvarte godt med forskningen jeg fant. Det ble kun benyttet intervju som kvalitativ tilnærming i artiklene jeg fant. Her kan det tenkes at dersom jeg hadde funnet artikler som hadde benyttet seg av andre kvalitative tilnærminger kunne dette ha styrket kvaliteten i min oppgave. Artiklene sett under ett, inneholder et stort antall intervjuer. Jeg vil derfor anta at materialet jeg har benyttet er å anse som «mettet» og at ytterligere artikler på området ikke ville ha gitt meg noe mer eller ny kunnskap om området jeg har valgt å analysere.

En siste svakhet jeg vil nevne i denne oppgaven, vil kunne være mine oversettelser av materialet, da alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Ved at de er skrevet på engelsk vil det kunne være en risiko for at jeg har misforstått noe under oversettingen, og at dette igjen kan ha påvirket resultatet.

4.0 Resultat

4.1 Artikkelmatriks

Se vedlegg 1.

4.2 Tematisk presentasjon av resultater av de utvalgte artikler

Her har jeg analysert artiklene hver for seg, og så på tvers, for så og systematisert innholdet i dem. I de neste delkapitlene har jeg beskrevet resultatet av min analyse og delt inn i de faktorene som har vært gjentakende i forskningen som avgjørende for å bygge en terapeutisk allianse eller relasjon mellom pasient og helsepersonell.

4.2.1 Etablere tillitt mellom pasient og helsepersonell

Tillitt blir presentert som en sentral faktor i fem av de seks artiklene jeg brukte i denne oppgaven. Bruken av tvang gjør det midlertidig utfordrende å skulle etablere tillitt mellom pasient og helsepersonell (Prytz et.al., 2019; Farrely & Lester, 2014; Wyder et.al., 2015). Wyder et.al. (2015) poengterer at det er spesielt utfordrende å etablere tillitt i en tidlig fase av innleggelsen, da dette kan være en tidskrevende prosess. Tid og konsistens blir beskrevet som viktige forutsetninger for å skape en tillitsfull relasjon (Farrely & Lester, 2014). Tillitt ble sett i sammenheng med en opplevelse av trygghet, både fra et pasient- og helsepersonellperspektiv (Prytz et.al., 2019; Andreasson & Skärsäter, 2012). Fra et helsepersonellperspektiv ble det i Welch (2005) trukket frem at essensen i tillitt var når pasienten delte noe personlig og sårt, og dette ble anerkjent av helsepersonellet, førte dette til et kvalitativt skifte i relasjonen til å bli ekte terapeutisk. Tillitt mellom pasient og helsepersonell vil også kunne bidra til å redusere bruken av skjerming og tvangsmidler (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Farrely & Lester (2014) poengterer at det å etablere tillitt er tett knyttet opp mot felles mål. Skal man klare å skape tillitt må man derfor gi pasienten autonomi der det er mulig. Noen ganger vil det også kunne oppleves som tillitsskapende at helsepersonellet tar kontroll over en situasjon når det er nødvendig (Welch, 2005; Andreasson & Skärsäter, 2012).

4.2.2 Pasientens autonomi under tvangsinnleggelse

Å kunne ta del i egen behandling og føle en form for autonomi, selv under tvangsinnleggelse, er svært viktig for pasienter og blir nevnt som en viktig behandlingsfaktor av helsepersonell (Valenti et.al., 2013; Prytz et.al., 2019; Andreasson & Skärsäter, 2012; Welch, 2005; Wyder et.al., 2015; Farrely & Lester, 2014). Dette er dessverre noe som ikke alltid er gjennomførbart eller er praksis. Hele 92% av pasientene i Valenti et.al (2013) uttaler at de ikke blir involvert når det kommer til avgjørelser i behandlingsopplegget. Prytz et.al (2019) konkluderer også i

sin artikkel med at helsepersonell uttrykker en vilje til å se pasientens ønsker og mål, men kun i situasjoner der de var enige. Helsepersonellet var de som til slutt tok beslutningene som gjelder behandlingsopplegget. Wyder et.al (2015) trekker frem at det kan være utfordrende for helsepersonell å balansere det å ivareta pasientens sikkerhet/trygghet og deres rett til autonomi.

Når det gjelder autonomi trekkes også maktforholdet mellom pasient og helsepersonell frem (Prytz et.al., 2019; Welch, 2005; Valenti et.al., 2013). Når pasienter er innlagt på tvang vil det alltid være et skjevt maktforhold. I Valenti et.al (2013) var det kun 25% av pasientene som prøvde å delta i egen behandling. I Prytz et.al (2019) ble det også tatt opp til drøfting om pasientene alltid var enige i behandlingsopplegget som ble presentert eller om de kun aksepterte helsepersonellens rett til å ta avgjørelser. Det er viktig at helsepersonell motiverer og inviterer til å delta i behandlingen (Andreasson & Skärsäter, 2012).

4.2.3 Ekthet og respekt i relasjoner, se mennesket utover diagnosen.

Respekt har en tett sammenheng med relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Valenti et.al., 2013; Andreasson & Skärsäter, 2012; Farrely & Lester, 2014). For at pasienten skal føle at han blir behandlet med respekt, må helsepersonell behandle dem som medmennesker, og se mennesket utover diagnosen (Andreasson & Skärsäter, 2012; Farrely & Lester, 2014; Wyder et.al., 2015).

I Wyder et.al (2015) ble respekt, sett i fra et pasientperspektiv, knyttet opp til usikkerhet knyttet til tvangsinnleggelse. Ved innleggelse var det ofte et stort informasjonsbehov hos pasientene, da det var knyttet stor usikkerhet til dette. Her opplevde pasientene det som positivt dersom helsepersonellet møtte dem med respekt på dette området, og at denne informasjonsgivingen var en god måte å møte pasientene på.

Respekt blir også knyttet opp imot ekthet og tid (Wyder et.al., 2015; Welch, 2005; Farrely & Lester, 2014). Welch (2005) relaterer faktoren ekthet opp imot de andre faktorene i sin artikkel, og hevder videre at ingen av faktorene kunne sies å eksistere i fravær av de andre. Den ble også sett på som en fullstendighet i hvordan man kunne ha et profesjonelt forhold med liten eller ingen interessekonflikt, uenighet, avstand eller tilbakeholdenhet. Alle informantene var enige om at dersom man var autentisk/ekte i relasjonen med pasienten var det så nær en kunne komme ved å

bruke selvet til terapeutiske formål (Welch, 2005). Å være ekte, og vise at man genuint bryr seg, ble også tatt opp av samtlige av deltakerne i forskningen til Prytz et.al (2019), som viktig i møte med pasienter. Fra et pasientperspektiv i Andreasson & Skärsäter (2012) nevnes også det å genuint bry seg som noe pasientene verdsatte hos helsepersonellet.

5.0 Diskusjon/Drøfting: Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen «Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien». Drøftingen vil baseres på forskning, teori og egne praksiserfaringer. Inndelingen i dette kapitlet er systematisert etter det jeg kom fram til som hovedområder i resultatdelen.

5.1.1 Betydningen av tillitt

Tillitt kom frem som et sentralt tema i det å skulle skape en terapeutisk allianse både i teorien jeg fant på området, samt i forskningsartiklene jeg benyttet meg av. Fra teorikapitlet beskriver både Hagen & Kennair (2016), Viken (2019) og Røkenes & Hanssen (2017) hvor viktig tillitt vil være i det å skulle bygge en relasjon. Hagen & Kennair (2016) trekker frem hvordan tillitt vil være viktig i all psykosebehandling. Ifølge Røkenes & Hanssen (2017) vil tillitt være en sentral faktor i samhandlingsprosessen dersom man skal klare å utvikle en bærende relasjon. Skal man være i stand til å hjelpe bistandsmottaker, må det ligge en grunnleggende tillitt i bunn ifølge Viken (2019). I forskningsartiklene jeg fant ble tillitt sentralt i flere ledd. Tillitt kunne sees i sammenheng med trygghet (Prytz et.al., 2019; Andreasson & Skärsäter, 2012), redusere bruken av tvang (Andreasson & Skärsäter, 2012), viktig i det å skulle skape felles mål (Farrelly & Lester, 2014), samt hvordan tillitt og tid henger tett sammen (Wyder et.al., 2015; Farrelly & Lester, 2014).

Som Skau (2017) trekker frem er tillitt noe man må gjøre seg fortjent til over tid, og er verken noe man kan kreve eller forutsette. Tillitt er også grunnleggende i relasjoner mennesker imellom. Farrelly & Lester (2014) poengterer også det at tiden er sentralt i det å skape tillitt mellom pasient og helsepersonell. Fra Wyder (2015) ser vi at «tid» er noe som nettopp kan by på utfordringer når det gjelder tidlige faser av innleggelsen, da det å etablere tillitt er en tidskrevende prosess. Fra egne

praksiserfaringer opplevde jeg også dette, da tiden gjerne ble knapp sammen med hver enkelt pasient. At det var en akuttpost gjorde det også utfordrende med «tid», da det gjerne var rask utskifting av pasienter, som gjorde det utfordrende å skulle skape en tillitsfremmende relasjon på så kort tid. Fra teorien ser man også at Viken (2019) støtter dette, der han beskriver at relasjonelt arbeid tar tid. Røkenes & Hanssen (2017) trekker også frem at klienter som har opplevd å få god hjelp trekker frem det at helsepersonell har hatt nok tid med dem. Oppfølging over tid blir også trukket frem som viktig i bedringsprosesser i forskning som Skårderud et.al (2018) viser til. Flere av pasientene i studien til Wyder (2015), satte pris på når personalet faktisk tok seg tid til de, selv om det kunne være travelt i avdelingene.

Når det kommer til området tillitt knyttet til tvang, fant jeg i teorien og forskningen at dette var tredelt. For det første kan utøvelsen av tvang gjøre det utfordrende å skulle etablere tillitt mellom helsepersonell og pasient (Prytz et.al., 2019; Farrelly & Lester, 2014; Wyder et.al., 2015). Dette støttes også opp av Viken (2019) som skriver at tvangsbehandling kan komplisere forholdet mellom helsepersonell og pasient. Når det kommer til denne pasientgruppen med psykoselidelser ser man at disse i hjemmel av pasient- og brukerrettighetsloven ofte mister sin samtykkekompetanse. Ved psykiske forstyrrelser kan den bortfalle helt, eller delvis (Pbrl, 1999, §4-3). På bakgrunn av dette blir derfor mange i denne pasientgruppen innlagt mot sin vilje. Innen jussen blir begrepet «alvorlig sinnslidelse» brukt, som knyttes til det medisinske begrepet psykose. Og her vil man på visse vilkår gis et lovmessig grunnlag for tvangsbruk (Snoek & Engedal, 2018). Fra egne praksiserfaringer opplevde jeg det spesielt utfordrende å skulle skape tillitt til de pasientene som var innlagt mot sin vilje. Reflekterer man over dette er kanskje ikke dette så rart, da det vil være vanskelig å ha tillitt til noen som mener du er syk, dersom du selv mener du er helt frisk. Det er nettopp dette området som definerer psykose, da man har en alvorlig forstyrrelse i virkelighetsoppfatningen (Snoek & Engedal, 2018). På dette området blir realitetsorientering trukket frem som et sentralt prinsipp av Hummelvoll (2012). Her skriver han hvordan denne orienteringen bør være gjensidig for å etablere grunnlag for en felles virkelighetsforståelse. Å skulle vise forståelse for pasientens livsverden kan være krevende (Viken, 2019). Det blir avgjørende å møte pasienten med forståelse for å få begrep om hvordan pasienten faktisk opplever sin situasjon (Hummelvoll, 2012).

Videre kunne jeg se i teorien og forskningen at tillitt også kunne redusere bruken av tvang. Hagen & Kennair (2016) trekker blant annet frem hvordan støttesamtaler og miljøterapi kan være tiltak for å unngå bruken av tvang. I forskningen til Andreasson & Skärsäter (2012) skriver de hvordan informasjonsbehovet ofte vil være stort ved en innleggelse. Pasienter har ofte mange spørsmål rundt innleggelsen, medisineringen og institusjonens rammevilkår. At pasientene får bekreftende informasjon på disse områdene trekkes frem som vesentlig for tillitt, og for å unngå bruken av skjerming og andre tvangsmidler. Redusere bruken av tvang er også det som er formålet i loven om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1). Som helsepersonell har man både et juridisk ansvar og et etisk ansvar for å ivareta pasientens rettssikkerhet (Snoek & Engedal, 2018).

Til slutt fant jeg også teori og forskning på hvordan i enkelte tilfeller tvangsbruk i seg selv kan være tillitsskapende. Hummelvoll (2012) beskriver hvordan denne pasientgruppen ofte opplever både angst og aggresjon, og at pasientene i slike situasjoner bør bli møtt med ro og trygghet. Dersom pasienten har en usikker indre kontroll, så må personalet representere kontrollen på det ytre plan. Her trekkes frem eksempler som en klar og tydelig kommunikasjon, grensesetting og bruk av skjerming. Eksempelvis vil skjerming kunne gi pasienten perspektiv på situasjonen og redusere det indre kaos, og at man raskere vil bli klar og orientert for tid og sted. Under slike situasjoner er det vesentlig at personalet markerer at de har oversikt over situasjonen og at de har kontroll. Personalets trygghet vil kunne dempe pasientens angst. Det med at helsepersonell tar kontroll over situasjoner når det er nødvendig støttes også at Welch (2005) og Andreasson & Skärsäter (2012). Welch (2005) trekker frem hvordan den ene pleieren forklarte at han opplevde seg mer respektert, dersom han i enkelte situasjoner kunne ta kontroll der det var nødvendig, og samtidig gi kontroll tilbake til pasienten når det lot seg gjøre. Pasienter i studien til Andreasson & Skärsäter (2012) satte pris på at personalet satte grenser, og hadde klare regler der det var nødvendig, og at dette opplevdes som en kilde til trygghet og tillitt.

5.1.2 Betydningen av medbestemmelse under tvangsinnleggelse

Fra teorien ser man at Hagen & Kennair (2016) skriver at en god relasjon mellom helsepersonell og pasient vil kunne legge til rette for at pasientens stemme og egne valg er av betydning for behandling og målsettinger. Som helsepersonell blir det viktig å bekrefte egenviljen, autonomien og handlingsevnen hos pasienten. Dersom

man som pasient skal kunne oppnå en opplevelse av å ta styring over eget liv, vil motivasjon være grunnlaget for dette (Skårderud et.al, 2018). All forskning jeg har vært igjennom beskriver også det å kunne ta del i egen behandling og føle en form for autonomi som helt sentralt i behandlingen (Valenti et.al., 2013; Prytz et.al., 2019; Andreasson & Skärsäter, 2012; Welch, 2005; Wyder et.al., 2015; Farrely & Lester, 2014).

Fra teorien ser man utfordringer knyttet til tema autonomi blant denne pasientgruppen. Som det nevnes av Skårderud et.al (2018) innebærer det å være psykotisk om å leve i en annen og endret virkelighet. Juridisk vil man dermed i situasjoner hvor man er i en aktiv psykose kunne miste sin samtykkekompetanse. Med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, vil man ved psykiske forstyrrelser som er å anse som en «alvorlig sinnslidelse» kunne behandles mot sin vilje. Det vil uansett være av betydning å oppnå en god behandlingskontakt med pasienten (Snoek & Engedal, 2018). Som man kan se ut ifra forskningen vil dette alltid føre til et visst maktforhold mellom pasient og helsepersonell (Prytz et.al., 2019; Welch, 2005; Valenti et.al., 2013). Dette maktforholdet kan gjøre det utfordrende å skape sammenfallende målsettinger og en felles oppfattelse av hva som skal til for å nå slike målsettinger, som er noe av det en terapeutisk allianse innebærer (Viken, 2019). Hummelvoll (2012) beskriver hvordan det generelt er vanskelig å skape kontakt med psykotiske pasienter, og at denne pasientgruppen ofte vil være mistenksom. Her vil det derfor være utfordrende å skulle utøve motivasjonsarbeid, dersom tillitten ikke er til stede. Hummelvoll (2012) skriver videre at det blir vesentlig med en lyttende og anerkjennende holdning, slik at man i praksis viser at man er til å stole på.

Pasientene i forskningen til Valenti et.al (2013), beskriver hvordan de opplevde nettopp dette maktforholdet mellom pasient og helsepersonell. Hele 92% følte at de ikke ble involvert i avgjørelser som gjaldt behandlingsopplegget. Og på bakgrunn av helsepersonellens paternalistiske holdninger følte ikke pasientene seg styrket til å delta i sin egen behandling. Det var kun 25% av pasientene som i det hele tatt prøvde å delta i sin egen behandling (Valenti et.al, 2013). Dette kan tyde på at helsepersonell kan være for dårlige til å invitere og motivere til et samarbeid rundt behandlingsopplegget. Viktigheten av motivasjon og samarbeid rundt behandlingsopplegget beskrives i forskningen til Andreasson & Skärsäter (2012). Her

trekker de også frem viktigheten av dette knyttet til et tvangsopphold. Her opplevde pasientene at det var viktig at de fikk medbestemmelse selv om de var under tvangsbehandling, og at de fikk føle noen form for kontroll, og at helsepersonellet ikke tok flere avgjørelser enn nødvendig.

I forskningen til Prytz et.al (2019) presenterte intervjuobjektene det som uproblematisk å inngå arbeidsallianser sammen med pasientene. Helsepersonellet følte at pasientene ofte var enige om mål og innhold i behandlingsopplegget. De forklarte hvordan de alltid prøvde å inkludere pasientens medbestemmelse inn i behandlingen, men at de endelige beslutningene alltid var deres å ta. Flere av intervjuobjektene lurte derfor på om det asymmetriske forholdet kunne være av betydning for enigheten om mål og behandling. Kunne maktforholdet i seg selv være grunn til at pasientene ofte uproblematisk godtok behandlingsopplegget selv underlagt tvang? Dette sett i sammenheng med forskningen til Valenti et.al (2013) kan det kanskje tenkes at de egentlig ikke følte de deltok i behandlingen, men bare godtok den, grunnet nettopp dette maktforholdet. Konklusjonen i forskningen til Prytz et.al (2019) var at pasientens autonomi ser ut til å være nedprioritert i helsepersonellets vurderinger av behovet for behandling. Man kan derfor spørre seg om en arbeidsallianse som et definert konsept i form av felles enighet vil være til stede når det kommer til behandling under tvang.

5.1.3 Se mennesket utover diagnosen

Denne delen av drøftingen har jeg valgt å kalle «Se mennesket utover diagnosen». Her følte jeg det var flere områder som gikk inn i dette, blant annet det med respekt for hverandre, og det å opptre ekte i samhandlingen med andre. Både teorien og forskningen trekker fram dette som viktige områder i relasjonsbygging. Som Røkenes & Hanssen (2017) beskriver er en relasjon et resultat av samhandling. Skal denne relasjonen utvikles til en bærende relasjon er man avhengig av en opplevelse av troverdighet og tilknytning.

Det er viktig å huske at den man møter er et menneske, og ikke et tilfelle (Viken, 2019). Væremåten til helsepersonell og hvordan man kommuniserer vil her være av stor betydning. Som Skau (2017) trekker frem, bør kommunikasjonen være kongruent, som vil si at våre ord og vårt kroppsspråk gir det samme uttrykk. Helsepersonell må vurdere om væremåten sin er til hinder eller fremmer en god relasjonsutvikling. Klienter nevner ofte at dersom fagpersonen har opptrådt ekte på

en medmenneskelig måte har dette vært til stor hjelp (Røkenes & Hanssen, 2017). Viken (2019) trekker frem viktigheten av å gi av seg selv, og kunne bruke humor som et hjelpemiddel i situasjoner hvor dette passer seg. Dette støttes opp i forskningen til Andreasson & Skärsäter (2012), hvor pasientene også beskriver at de likte helsepersonell som kunne bruke humor. I tillegg uttrykte pasientene det som godt å kunne ha «vanlige» samtaler med helsepersonell som ikke hadde noe med selve behandlingen å gjøre. Dette gjorde at de følte seg bedre og at de fikk tankene bort i fra de psykotiske symptomene.

Å bli respektert, selv under en tvangsinnleggelse, var av stor betydning for relasjonen mellom pasient og helsepersonell kom det frem i flere av forskningsartiklene (Valenti et.al., 2013; Andreasson & Skärsäter, 2012; Farrely & Lester, 2014). Videre viser her flere av forskningsartiklene at dersom pasientene skal føle at de blir behandlet med respekt, må helsepersonell se dem som medmennesker og ikke bare som et tilfelle eller en diagnose (Andreasson & Skärsäter, 2012; Farrely & Lester, 2014; Wyder et.al., 2015). Som en pasient uttalte i Andreasson & Skärsäter (2012) ønsker man å bli snakket til som en «normal» person, selv om man har en sinnslidelse, og man ønsker å bli tatt seriøst. Slike uttalelser fant jeg også i forskningen til Wyder et.al (2015), hvor den ene beskriver en god lege, som snakket til han som en person, og behandlet han med respekt. Videre i forskningen til Wyder et. Al (2015) blir det beskrevet hvordan pasienter satte pris på helsepersonell som kunne se utover sykdommen og diagnosen, og som viste respekt for hvem de var. Det ble satt pris på dersom helsepersonell klarte å sette søkelys på pasientens egne erfaringer fremfor kun symptomene. På denne måten følte man seg hørt, og man kunne enklere snakke om hvordan deres mentale helse også påvirket livet deres generelt i tillegg til symptomene. De fremhevet at relasjonen måtte være basert på medmenneskelighet.

I Farrely & Lester (2014) kan man se en sammenheng mellom tillitt, autonomi og respekt. Skal man føle seg respektert må man føle at man blir lyttet til, og ha en form for medbestemmelse. Og blir pasienten behandlet med denne respekten vil dette igjen gi et økt tillitsforhold til helsepersonellet. Forskningen fremhever også det å se pasienten som et individuelt menneske, og ikke kun en pasient. Dette trekkes også frem i forskningen til Valenti et.al (2013) hvor pasientene så på respekt som grunnleggende i møte med helsepersonell. Her mente de at en respektfull tilnærming bestod av å høre pasientens meninger, vurdere pasientens syn, og utvikle en god

relasjon sammen. Her uttrykte noen av pasientene at enkelte helsepersonells misbrukende tilnærminger og stemplende holdninger ofte kunne være en utfordring.

Welch (2005) og Prytz et.al (2019) fremhever det å være ekte i møtet med pasienten. Å genuint bry seg, og å være ekte i møtet med pasienter ble tatt opp som viktig av alle deltakerne i forskningen til Prytz et.al (2019). Deltakerne i forskningen til Welch (2005) beskrev ekthet og det å være autentisk i en relasjon med en pasient, var det så nær en kunne komme ved å bruke selvet til terapeutiske formål. Det støttes også opp av teorien til Viken (2019), som skriver at en eller annen form for ekthet er en nødvendig forutsetning for å bygge en god relasjon.

6.0 Konklusjon

Å bygge relasjoner til pasienter vil alltid være viktig for oss som helsepersonell. Å skulle inngå terapeutiske allianser vil derfor være avgjørende for å kunne gi en god behandling. Jeg har videre her kommet frem til noen sentrale områder i fra teorien og forskningen jeg har funnet, for å prøve å gi svar på problemstillingen min; Hvordan skape en terapeutisk allianse til en pasient i psykose innlagt på tvang i akuttpsykiatrien?

Hvordan man går frem for å bygge terapeutiske allianser vil være veldig situasjonsavhengig, da alle individ er forskjellige med ulike behov og preferanser for hvordan man ønsker å bli møtt. Som sett fra drøftingskapitlet kom det her frem at det å skape tillitt, gi pasienten medbestemmelse, og det å kunne se mennesket utover diagnosen vil være viktige elementer i relasjonsbygging og i det å skulle inngå en terapeutisk allianse. Jeg følte det utfordrende å skulle komme frem til en klar og tydelig konklusjon på problemstillingen min. Konklusjonen min på denne oppgaven blir derfor å anse som et spørsmål for refleksjon, og jeg føler at ytterligere forskning på området er viktig og avgjørende for å kunne gi svar på nettopp dette.

Det jeg føler jeg kan konkludere med er at det å bygge relasjoner og å inngå terapeutiske allianser vil for helsepersonell alltid være noe å strekke seg etter i samhandlingen med pasienter. Til pasientgruppen jeg har valgt å skrive om, ser man at det å skulle inngå terapeutiske allianser ikke alltid vil være like lett, om i det hele tatt mulig. Spesielt på områdene tillitt og autonomi, vil dette være svært utfordrende til pasienter som har en helt annen virkelighetsoppfatning, og som gjerne er innlagt mot sin vilje. På en akuttpost, vil både tidsperspektivet og det at pasientene gjerne

blir innlagt i aktiv psykose gjøre det ekstra utfordrende. I en slik situasjon vil det kanskje derfor være å anse som en utopi å skulle inngå terapeutiske allianser gitt begrepets definisjon. Å skulle opptre ekte, og se mennesket utover diagnosen mener jeg vil være oppnåelig i alle sammenhenger. Det er også noe jeg mener er det etiske riktige i alle pasientmøter, å se hvert enkelt individ for den de er.

7.0 Litteraturliste

Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(1), 15-22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>

Dalland, O., (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health & social care in the community*, 22(5), 449-460. <https://doi.org/10.1111/hsc.12090>

Hagen, R., & Kennair, L. E. O. (2016). *Psykiske lidelser* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hoffmann, T (2013, 22.september). Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til? Hentet fra: <https://forskning.no/sosiologi/hva-kan-vi-bruke-kvalitativ-forskning-til/610839>

Hummelvoll, J.K (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt* (7.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Prytz, M., Harkestad, K. N., Veseth, M., & Bjornestad, J. (2019). "It's not a life of war and conflict": experienced therapists' views on negotiating a therapeutic alliance in involuntary treatment. *Annals of general psychiatry*, 18(1), 1-10.

DOI: [10.1186/s12991-019-0234-6](https://doi.org/10.1186/s12991-019-0234-6)

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernlov>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2017). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2018). *Psykiatri: for helse-og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I-J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. og Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients, *Journal of Medical Ethics*, 40, s. 832- 836.

DOI: [10.1136/medethics-2011-100370](https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370)

Viken, K. (2019) *Atferdsanalytisk miljøbehandling* (1.utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 161-165. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x>

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International journal of mental health nursing*, 24(2), 181-189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>

8.0 Vedlegg 1 Søketablell

Dato for utført søk	Database	Søkeord m/kombinasjoner	Inklusjon -og eksklusjonskriterier	Antall resultat	Antall leste sammendrag	Antall inkluderte artikler
24.02.21	Pubmed	Psychosis AND relation AND trust AND acute	Fra 2011-2021	65		
24.02.21	Idunn	«terapeutisk allianse» psykose		5	1	
24.02.21	Pubmed	Acute AND psychiatric AND caring relation		106		
24.02.21	Pubmed	Acute AND psychiatric AND autonomy AND psychosis	Fra 2011-2021	12	1	Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012).
27.02.21	Cinahl	Therapeutic relationship AND psyc* AND trust AND empathy	Fra 2001-2021	14	2	Welch, M. (2005). Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015).
12.03.21	Cinahl	Psychosis AND relation* AND Trust	Fra 2011-2021	38	4	Farrelly, S & Lester, H. (2014)
23.03.21	Cinahl	Involuntary treatment AND Psychiatric AND Mental health	Fra 2010-2020	46	2	Prytz, M., Harkestad, K. N., Veseth, M., & Bjornestad, J. (2019). Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C., & Priebe, S. (2013).

9.0 Vedlegg 2 Artikkelmatrise

9.1 Artikkel 1

Referanse	Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 14(3), 161-165. https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x
Hensikt	Den presenterer det erfarne psykiatriske sykepleiere trekker frem flere sentrale temaer som de mener er av kritisk betydning i et terapeutisk forhold.
Metode	Kvalitativ metode. 6 informanter ble intervjuet. 3 menn og 3 kvinner i alderen 32-42 år. Alle hadde mer enn 10 års erfaring fra psykiatrien. De ble invitert til å delta i to intervjuer som ble lydinnspilt og varte om lag en time.
Resultat	Resultatet fra intervjuene endte med seks viktige faktorer som de mente var avgjørende for å skape en god terapeutisk relasjon. Disse var tillitt, makt, gjensidighet, selvgjenkjennelse, samsvar og ekthet. Her kom de også frem til at ingen av disse faktorene kunne sies å eksistere i fravær av de andre.

Relevans	Viser helsearbeiderens perspektiv og hva de erfarer som sentralt i et terapeutisk forhold.
----------	--

9.2 Artikkel 2

Referanse	Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 19(1), 15-22. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
Hensikt	Å gi en beskrivelse av erfaringene til tvangsinnlagte pasienter under behandling av psykose i psykiatriske avdelinger.
Metode	Kvalitativt design. Ble gjennomført ved en psykiatrisk klinikk i Sverige. Det ble intervjuet 12 pasienter, herav 7 menn og 5 kvinner. 9 av disse var av svensk opprinnelse og 3 med utenlandsk bakgrunn.
Resultat	Her ble det presentert hvordan pasientene følte de fikk god behandling hvis de ansatte var pålitelige, imøtekommende, dedikert og viste interesse/bekymring for pasientene. Pasientene følte seg trygge rundt ansatte som viste stabilitet og som var konsekvente. God informasjon og riktig

	informasjon for den enkelte pasienten var viktig. Viktig å få delta i behandlingen sin der det er mulig selv om de er innlagt på tvang. Viktig for pasienten å bli sett som ett medmenneske, og at det ble sett mennesket bak sykdommen.
Relevans	Trekker frem brukererfaringer om hva pasienter anser som viktige elementer i en terapeutisk allianse.

9.3 Artikkel 3

Referanse	Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. <i>International journal of mental health nursing</i> , 24(2), 181-189. https://doi.org/10.1111/inm.12121
Hensikt	Å finne pasientens erfaringer angående relasjon med helsepersonell ved tvangsinnleggelse.
Metode	Det ble gjennomført intervju med tjuefem pasienter som var innlagt under tvang. De ble intervjuet for å høre deres erfaring med innleggelse under tvang.
Resultat	Delte meninger om nytteverdi av tvangsinnleggelse blant pasientene. Alle anså det som svært viktig å føle noe

	<p>form for medbestemmelse selv om de var innlagt på tvang. Viktig å skape tillitt før man kan få pasienter til å åpne seg og skape en relasjon. Omsorgsfull, god humor, artig, hjelpsom og snill var noen av egenskapene hos ansatte beskrevet som viktig for pasienter. Også det at ansatte tok seg tiden til å lytte og prøve å gi mening til situasjonen. Pasientene fremhevet også ansatte som hadde evnen til å se fordi sykdommen, og i stedet se mennesket. Flere pasienter ønsket i ettertid mere autonomi enn det de hadde opplevd under behandlingen.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Beskriver fra pasientens perspektiv hva som kreves for å skape en terapeutisk allianse. Tok for seg viktige temaer som autonomi, se medmennesket, kommunikasjon, tillitt og tilstedeværelse.</p>

9.4 Artikkel 4

<p>Referanse</p>	<p>Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. <i>Health & social care in the community</i>, 22(5), 449-460. https://doi.org/10.1111/hsc.12090</p>
------------------	--

Hensikt	Å fortolke forskning knyttet til den nåværende forståelsen av en terapeutisk relasjon opp imot mennesker i psykose
Metode	<p>Litteraturstudiet. Det ble gjort søk i databasene MEDLINE, PsycInfo, EMBASE og Social Policy and Practice Database. Søkekriterier som ble brukt var blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1990-2011 - Therapeutic relationships - Communication - Power - decision-making - interaction needs - trust <p>Dette endte i et resultat på 13 artikler som ble fortolket i dette studiet.</p>
Resultat	<p>Resultatet i studiet ble et todelt resultat. Det første resultatet ble en identifisering av tre viktige faktorer for å bygge en terapeutisk relasjon. Disse var gjensidig tillitt, gjensidig respekt og delt beslutningstaking.</p> <p>I tillegg kom det frem som et resultat at en slik type interaksjon er vanskelig å få til i praksis. Hovedbarrieren som ble identifisert var mangelen på klarhet angående målet for interaksjonene. Dette resulterte i at klinikere heller prioriterte interaksjoner for å beskytte pasienter i stedet for interaksjoner</p>

	karakterisert som gunstige for en terapeutisk relasjon.
Relevans	Avdekke viktige faktorer i en terapeutisk relasjon og hva som gjør slike relasjoner utfordrende i praksis.

9.5 Artikkel 5

Referanse	Prytz, M., Harkestad, K. N., Veseth, M., & Bjornestad, J. (2019). "It's not a life of war and conflict": experienced therapists' views on negotiating a therapeutic alliance in involuntary treatment. <i>Annals of general psychiatry</i> , 18(1), 1-10. DOI: 10.1186/s12991-019-0234-6
Hensikt	Finne ut hvordan terapeuter opplever det å skulle forhandle «arbeidsallianser» med pasienter som har alvorlige psykiske lidelser og som er underlagt tvangsbehandling.
Metode	Kvalitativt studiet, bestående av 10 semistrukturerte intervjuer med erfarne terapeuter. Deltakerne ble intervjuet mellom oktober 2017 og februar 2018.
Resultat	Analysen resulterte i to sammenhengende hovedtemaer og fem undertemaer som illustrerer hvordan terapeutene opplevde å inngå arbeidsallianser med pasienter som var under tvangsbehandling.

	<p>Det første hovedtemaet handlet om hvordan terapeutene oppnådde en enighet med pasientene om målet og innholdet i behandlingen. Dette fungerte som et møtepunkt mellom pasientens ønsker og terapeutenes kliniske meninger.</p> <p>Det andre hovedtemaet illustrerte hvordan terapeutene innsnevret behandlingen til samhandling mellom terapeut og pasient, når de opplevde vanskeligheter med å komme til enighet om behandlingsmål.</p> <p>Undertemaene ble delt inn i relasjonsfaktorer og behandlingsinnhold. Her ble tillitt og sikkerhet trukket frem som spesielt viktige faktorer, i tillegg til å vise at man genuint bryr seg.</p> <p>Majoriteten av deltakerne opplevde det som oftest uproblematisk å etablere gode arbeidsallianser med pasienter. De gangene de opplevde dette som utfordrende var hos pasienter i aktiv psykose. Her ble tilnærmingen ofte litt annerledes, hvor man enten fjernet tvangsbehandlingen og ventet til reinnleggelse, eller at man hadde en rolig fremgangsmåte og kun lyttet til de psykotiske vrangforestillingene og heller</p>
--	---

	bisto med praktiske spørsmål, etablerte søvnrutiner og så videre.
Relevans	Hvordan erfarne terapeuter ser på det å skape allianser med pasienter med alvorlige psykiske lidelser underlagt tvangsbehandling.

9.6 Artikkel 6

Referanse	Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. og Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients, Journal of Medical Ethics, 40, s. 832- 836. DOI: 10.1136/medethics-2011-100370
Hensikt	Undersøke hvordan pasienter opplever å være innlagt under tvang. Å hvilke erfaringer de har rundt denne situasjonen.
Metode	Det ble gjennomført grundige semistrukturerte intervjuer med 59 pasienter som alle har vært innlagt under tvang i England. Intervjuene ble tatt opp og ordrett transkribert. De ble deretter analysert gjennom temaanalyse.
Resultat	Det var tre verdier/faktorer som ble vurdert som viktig for pasientene under tvangsinnleggelsen.

	<p>Frihet: Hele 92% av pasientene som ble intervjuet rapporterte at de ikke var involvert i avgjørelsene som ble tatt, og de følte at rettighetene deres ikke ble ivaretatt. Pleierne hadde en paternalistisk holdning som medførte at pasientene følte seg overveldet og ikke styrket til å delta i egen behandling. Noen av pasientene som ble intervjuet følte de fikk delta i egen behandling, og følte dette var helt avgjørende.</p> <p>Trygghet: 68% av alle pasientene innrømmet at de kunne vært til fare for seg selv eller andre. 83% følte de hadde utbytte av tvangsinnleggelsen. Flere rapporterte det å føle seg trygg som svært viktig.</p> <p>Respekt: Respekt hadde en kontinuerlig sammenheng med relasjonen mellom pleier og pasient. Og var en viktig del av en god behandling. 44% føler de har blitt behandlet respektløst.</p>
Relevans	<p>Studien viser hvordan pasienten opplever det å være tvangsinnlagt. Og hva de mener er viktig under innleggelsen.</p>

