

Emilie Lexau

Tvang og relasjonsarbeid med psykosepasienter / Coercion and relational work with patients diagnosed with psychotic disorders

Bacheloroppgave i bachelor i sosialt arbeid

Veileder: Nina Schiøll Skjefstad

Mai 2020

Emilie Lexau

Tvang og relasjonsarbeid med psykosepasienter / Coercion and relational work with patients diagnosed with psychotic disorders

Bacheloroppgave i bachelor i sosialt arbeid
Veileder: Nina Schiøll Skjefstad
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tvang er ikke sjeldent i arbeid med mennesker med psykoser. Tvang kan påvirke relasjonene vi danner med pasienter i en svært stor grad. For pasienter kan den oppleves både som hjelpende, og andre ganger helt unødvendig. Tvang er en form for makt, og det er viktig at vi er klar over maktspektene i relasjonen for å skape bedre tillit og sterkere relasjoner. Det er svært viktig å skape tillit i relasjonen for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Empati og medmenneskelighet er begge ferdigheter som kan fremme tilliten. Pasienter kan ha opplevd vonde ting, og sitte med undertrykte følelser som påvirker dem. Da vil det hjelpe å være empatisk, og være bevisst over ens egne følelser. Å vise empati vil hjelpe å holde meningsfylte samtaler, og danne bedre relasjoner til pasienter. Empati kan noen ganger hjelpe mer enn tvang. Det er mange etiske utfordringer med bruk av tvang. Tvang er i seg selv alltid etisk problematisk, men er noen ganger svært nødvendig for bedring og rekonvalesens. Et tema som er svært omdiskutert er tvangsmedisinering. Dette kan både for ansatte og pasienter oppfattes som krenkende, men er noen ganger nødvendig for pasientens bedring, og spesielt nødvendig i tilfeller med voldelige utbrudd. Det viser seg likevel at pasienter kan sette pris på behandlere som prøver å minimere bruken av tvang, og viser til andre alternativer når dette er mulig. Noen ganger er pasienter motvillig til å ta imot hjelp. De kan vise dette gjennom aggresjon eller passivitet i samtaler. Her er det viktig å tenke over forskjellen i kunnskap en besitter om hverandre, og hvordan dette preger maktbalansen i relasjonen. Hjelperen vil alltid vite mer om pasienten enn pasienten vet om hjelperen. Informasjon skal dokumenteres i pasientjournaler, men vil alltid bli nedskrevet fra hjelperens perspektiv, og med hjelperens tolkninger av den informasjonen. Pasienter som allerede er paranoide kan tenkes å bli mer mistenksomme som en følge av dette. Det er også viktig å finne en balanse mellom skjemaer og datasystemer, og lytting. Det er viktig at pasienten føler seg hørt og forstått.

Summary

Coercion is not rare when working with people with psychotic disorders, and can greatly affect the relations we make with patients. Coercion can seem both positive, and sometimes completely unnecessary for patients. Coercion in itself is a form of power difference, and it is important that we are aware of this in order to create more trust and stronger relations.

Creating more trust is important to best help the patient. Empathy and compassion are both skills that can promote more trust. Patients sometimes have had bad experiences, and due to that have suppressed feelings that are affecting them. Showing empathy and being aware of ones own feelings can be helpful in such situations. Showing empathy will promote more meaningful conversations, and create better relations. It can sometimes help even more than coercion. There are a lot of ethical uncertainties with use of coercion. Coercion in itself is always ethically problematic, but is sometimes necessary for healing and rest. Forced use of medication is a form of coercion that is heavily disputed. This can be seen as offensive in the eyes of both patients and staff, but is sometimes necessary for the patients healing and especially necessary in cases of violence. It still seems like patients appreciate when staff tries to minimize the use of coercion, and shows other potential ways when possible. Patients can sometimes refuse treatment and help. They can show this through aggression and or being passive in conversations. It is important to think about the difference in information the two parties have about each other, and how this affect the balance of power in the relation. The helper will always know more about the patient than the patient knows about the helper. Information must be documented in the patient's medical records, but will always be written from the helper's perspective, and with the helper's interpretation of the information. Patients that are already paranoid might be more suspicious because of this. It is also important to try to find a balance between uses of forms and computerized systems, and listening. It is important that the patient feels heard and understood.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	0
Summary	1
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Relevansen for sosialt arbeid	2
1.4 Problemstilling	3
1.4.1 Begrepsavklaring og sentrale definisjoner	3
1.5 Oppgavens videre oppbygging	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Litteratursøk	4
2.3 Kildekritikk	4
2.4 Avgrensninger	5
3.0 Bakgrunn	6
3.1 Hva er psykose?	6
3.2 Relasjonsteori	8
3.3 Makt	9
3.4 Lovverk rundt tvang	10
4.0 Drøfting	12
4.1 Hvordan tvang oppleves av psykosepasienten	12
4.2 Tillit i relasjon med psykosepasienten	13
4.2 Empati	15
4.3 Etiske utfordringer i arbeid med tvang	16
4.4 Pasienter som ikke ønsker hjelp (men trenger det)	18
5.0 Avslutning	21
Bibliografi	22

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var i praksis i høstsemesteret var jeg utplassert på en psykoseavdeling ved et sykehus. Der fungerte jeg mer eller mindre som en miljøterapeut på sengeposten og observatør på poliklinikken. Et tema som stadig interesserte og forundret meg var tvang. Greta Marie Skau beskriver at de fleste har svært negative assosiasjoner med ordet makt, og tvang går under dette begrepet. Makt for de fleste minner dem om ord som ”manipulering” og ”misbruk”. Når man tenker på tvang er det vanskelig å se det som noe annet enn negativt og dårlig. Jeg tror det er vanskelig for noen som aldri har opplevd verken tvangsinnleggelse eller psykoselidelser å forstå hvordan tvang føles. Min veileder i praksis fortalte meg at ikke alle pasienter ser på tvang som utelukkende negativt. Noen av dem liker tvangen, fordi den får dem til å føle seg tryggere. Da jeg oppdaget dette var som om et lys gikk opp for meg og jeg ble veldig interessert i å undersøke dette nærmere. Det vil selvsagt aldri være helt mulig for meg som fagperson å forstå helt hvordan disse pasientene har det, så jeg velger derfor å undersøke hvordan tvangen påvirker relasjonsarbeidet vi utfører med psykosepasientene. Hvordan vil denne tvangen påvirke ulike faktorer som er kritisk for en god relasjon? Lawrence Shulman har vært en stor del av sosialt arbeid så lenge jeg har kjent til det, og jeg har derfor valgt å undersøke tvang og relasjoner med psykosepasienter i forhold til blant annet Shulmans relasjonsteori. Shulman beskriver at gode relasjoner er viktig, og gode relasjoner baseres ofte på tillit. Tillit er noe som ikke er en selvfølge for en psykosepasient. Kjell Magne Håkonsen forklarer at psykosepasienter ofte lider av vrangforestillinger og paranoide tanker, noe som medfører ekstra utfordringer ettersom tvang ikke kan tenkes å gjøre tillit noe særlig lettere i relasjoner.

Da jeg var i praksis så jeg selv at tvangen kunne være nyttig for enkelte i denne pasientgruppen. Noen av pasienten jeg møtte på skjemtes i etterkant av oppførselen de hadde vist da de var på det sykeste. Da de ble friske nok til skrives ut, satte de pris på at noen hadde skjermet dem fra deres egen oppførsel. De kunne for eksempel ha fått vedtak på fjerning av mobiltelefon under innleggelse, for å unngå å skjemme ut både seg selv og sine nære på sosiale medier. I disse tilfellene var de svært imot dette akkurat da det skjedde, men ofte mer forståelsesfulle og takknemlige da de kom på bedringens vei. Som sosialarbeider kan jeg møte denne type pasientproblematikk på flere måter. Jeg synes derfor det er interessant å

fordype meg i dette temaet, og undersøke nærmere forholdet mellom tvang og relasjonsarbeid.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er kun å undersøke hvordan tvangen kan påvirke relasjonsarbeidet en gjør med en psykosepasient. For å finne ut av dette skal jeg se hovedsakelig se på teori om relasjonsbygging og psykose, men jeg skal også bruke eksempler fra erfaringer og opplevelser som psykosepasienter selv har hatt i psykisk helsevern. Jeg ønsker ikke å komme frem til et "svar", ettersom denne problemstillingen bare tar utgangspunkt i en brøkdel av informasjonen som finnes om relasjoner og psykosepasienter, men jeg ønsker å lære mer og fordype meg på dette område.

1.3 Relevansen for sosialt arbeid

Det er mange sosionomer som arbeider ved psykiatriske avdelinger, enten som behandlere (dersom de har nødvendig videreutdanning) eller som miljøterapeuter. Jeg mener derfor at dette er et tema mange sosionomer vil kunne møte på i sitt daglige arbeid. Jeg mener alle sosialarbeidere kan trekke noe ut fra dette, ettersom det uansett arbeidsfelt vil kunne vise seg å være nødvendig å sitte med kunnskap om psykoselidelser. Psykosepasienter befinner seg ikke bare på psykiatriske institusjoner, men man kan også møte på dem på andre sosialfaglige arbeidsplasser.

Fellesorganisasjonens (FO) yrkesetiske grunnlagsdokument beskriver under punkt 2: verdier som forplikter, at Helse- og sosialfaglig arbeid skal anerkjenne ulikhet og ha et helhetssyn på mennesket (FO, 2019). Det er lettere å ha et bedre helhetssyn på mennesket, om man forstår seg på psykoselidelser, og hvordan tvangen i slike tilfeller kan påvirke relasjonsarbeidet en skal utføre med en pasient/. Psykososer er ikke enkle å forstå seg på. Psykosepasienter kan noen ganger oppfattes som skumle eller truende. Håkonsen forklarer at dette kan ofte komme av misforståelser og tolkninger fra psykosepasienten, men som for pasienten selv vil oppfattes som helt reelle og virkelige. Dette er derfor et tema jeg mener alle sosialarbeidere kan få god nytte av å ha mer kunnskap om.

1.4 Problemstilling

Min problemstilling er som følger: *”Hvordan kan tvang påvirke relasjonsarbeid med psykosepasienter i spesialisthelsetjenesten?”*

1.4.1 Begrepsavklaring og sentrale definisjoner

Psykose: psykose er en tilstand hvor indre ideer og forestillinger tar over. Virkeligheten blir mindre vesentlig. Mennesker som lider av psykoselidelser kan ha endrede sanseintrykk, og dermed oppleve hallusinasjoner (Håkonsen, 2017).

Hallusinasjoner: hallusinasjoner er når sanseopplevelsene er ulik fra virkeligheten. Det er ikke bare syn som telles som hallusinasjoner, men også andre sanser som hørsel, lukt, smak og følelse (Håkonsen, 2017).

Vrangforestillinger: *”Feilaktige oppfatninger av ting, hendelser eller personer, som ikke lar seg enkelt korrigere av andres synspunkter eller argumenter.”* (Håkonsen, 2017, s. 355).

Tvang: *”Tvang er å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe, enten ved vedtak med hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler”* (Storvik & Førde, 2018). I denne oppgaven mener jeg tvang med hjemmel i lov når jeg nevner begrepet tvang. Eksempler på dette innen psykosebehandling kan være tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering.

Makt: *”Makt betegner enhver sjans til å gjennomføre sin vilje innenfor en sosial relasjon, også på tross av motstand, uansett hva denne sjansen beror seg på”* (sitert av Max Weber, 1864-1920)

Relasjonsarbeid: Aktivt arbeide for å skape en bedre relasjon til noen, i dette tilfellet en psykosepasient, ved hjelp av ulike ferdigheter en besitter. (Jf. Shulman, 2016).

Jeg velger å benytte klientbegrepet i bakgrunnsdelen, ettersom det er dette begrepet som benyttes i litteraturen jeg legger frem. Jeg skifter deretter over til pasientbegrepet i drøftingsdelen ettersom denne litteraturen skal drøftes opp imot psykosepasienter og tvang.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

Videre skal jeg nå i neste kapittel beskrive metodebruken jeg har valgt for denne oppgaven. Deretter skal jeg i kapittel 3 beskrive bakgrunnsinformasjon og teori. Bakgrunnsdelen vil bestå av bakgrunnsinformasjon og teori om psykoselidelser generelt, om relasjonsteori, og makt. Jeg vil deretter drøfte disse delene i kapittel 4 sammen med eksempler og annen kunnskap jeg har anskaffet fra vitenskapelige artikler.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for denne bacheloroppgaven. Ingeborg Støren beskriver i sin bok, *"Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie,"* at metoden i et litteraturstudie innebærer å søke etter relevante artikler i databaser som hovedsakelig består av vitenskapelige artikler (Støren, 2013). Jeg har valgt å bruke databasene Idunn og Oria, ettersom disse inneholder akademisk godkjente kilder og hovedsakelig vitenskapelige artikler. Utenom dette har jeg valgt å benytte akademiske lærebøker jeg allerede eier, ettersom det har vært vanskelig å anskaffe nye bøker på grunn av situasjonen med Coronaviruset.

2.2 Litteratursøk

Støren forklarer at man skal beskrive hvilke søkeord en har brukt, og hvilke krav man satt til litteraturen en velger å bruke. For å finne artikler som var mest mulig relevant til min problemstilling valgte jeg å bruke søkeordene: "psykose", "psykoselidelser", "tvang", "relasjon", "makt" og "tillit". For å spesifisere at søkene måtte inneholde en relevans til psykose spesifiserte jeg dette slik: "psykose*" i en kombinasjon med resten av søkeordene. Deretter leste jeg gjennom sammendraget av artiklene som kom opp, og sjekket at de kom fra et fagfelleverdert tidsskrift. For å ikke bare begrense søkene mine til norske og skandinaviske artikler, brukte jeg også søkeordene "psychosis*" og "coercion". På denne måten får jeg også opp engelskspråklige artikler, som vider ut spekteret av litteratur som kan benyttes.

2.3 Kildekritikk

Lærebøkene jeg valgte å benytte var: *"Kunsten å hjelpe individer og familier"* av Lawrence Shulman, *"Mellom makt og hjelp"* av Greta Marie Skau, og *"Psykologi og psykiske lidelser"* av Kjell Magne Håkonsen. Jeg valgte å benytte spesifikke deler av disse bøkene for å treffe min problemstilling. Disse er alle bøker fra tidligere pensumlister på bachelor for sosialt arbeid. Jeg benytter disse i teoridelen av oppgaven min, og i drøfting senere i oppgaven. Disse bøkene er utgitt av akademiske foreninger. Shulman og Håkonsen er begge utgitt av Gyldendal Akademisk, og Skau er utgitt av Universitetsforlaget.

For å kvalitetssikre artiklene jeg benyttet sørget jeg for at de alle var fra fagfelleurderte tidsskrift. De inneholder alle erfaringer fra ansatte eller pasienter som videre er beskrevet i vitenskapelige artikler. Det er likevel greit å være bevisst på at disse er erfaringer, og vil dermed alltid være fra en begrenset mengde menneskers perspektiv, og ikke reflektere alle som arbeider med eller har opplevd psykoser. Disse skal benyttes for eksempler i drøftingsdelen fra mennesker som har mer kunnskap og erfaringer rundt disse temaene enn meg.

2.4 Avgrensninger

For å avgrense søkte jeg etter kun artikler, og disse skulle være fra de siste 10 årene. Dette skulle unngå å bruke utdaterte og mindre relevante artikler. Eldre litteratur kan risikere å være mindre relevant til dagens situasjon, og er derfor noe jeg helst vil prøve å unngå. Jeg tenkte likevel at opptil 10 år var greit, ettersom artiklene jeg benytter hovedsakelig er mer personlige erfaringer og opplevelser i møte med psykisk helsevern og psykoselidelser. Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til kun spesialisthelsetjenesten, ettersom både arbeidsmåte og sykdomsgrad vil variere mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.0 Bakgrunn

I dette kapittelet skal jeg presentere bakgrunns litteratur og teori som vil være nyttig for videre drøfting i neste kapittel.

3.1 Hva er psykose?

Kjell Magne Håkonsen forklarer psykose i kapittelet "*Når virkeligheten blir for vanskelig*" i boken "*Psykologi og psykiske lidelser*". Han beskriver psykose som en tilstand der indre forestillinger og ideer overtar, og virkeligheten blir mindre vesentlig. Alle mennesker kan bli psykotiske dersom de opplever et stort nok press (Håkonsen, 2017). Schizofreni er den vanligste psykoselidelsen. Det er også den det finnes mest myter om ettersom en pasient med schizofreni kan virke skremmende ovenfor familie og nære. En pasient med en psykoselidelse er ikke nødvendigvis psykotisk hele tiden. Noen er i en psykotisk tilstand i måneder eller år, men de fleste er i en psykose i dager eller timer. En pasient kan også ha enda kortere episoder på minutter, eller veksle mellom psykose og en mer normal tilstedeværelse, og det er ikke nødvendigvis veldig lett å se forskjell på når pasienten er i en psykotisk tilstand eller ikke. Noen har veldig tydelige symptomer, mens andre kan være vanskelig å oppdages til og med av trente spesialister (Håkonsen, 2017). De kliniske kjennetegnene på en psykose er: et brudd med virkeligheten, fysisk og sosial isolasjon, sanseforstyrrelser, tankeforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (Kringlen, 2011).

I en psykotisk tilstand opplever vedkommende et brudd med virkeligheten.

Sanseinntrykkene som for eksempel hørselen og synet kan oppleves annerledes. Det er i tolkningen av sanseinntrykkene sansebearbeidingen svikter. På denne måten forstår den psykotiske og menneskene rundt dem verden på ulike måter, og dette fører til at den psykotiske ofte fungerer dårligere i sosiale situasjoner (Kringlen, 2011). Den psykotiske kan nå på grunn av psykosen ikke lenger forstå seg selv og de rundt en på en måte som er lett å formidle til andre. Endringene i sansebearbeidingen kan føre til at normale handlinger noen ganger kan tolkes som truende eller farlig. Det kan også være tilfellet at andre menneskers handlinger tolkes som bekreftelser på ens egen indre frykt og uro. I noen tilfeller kan andre menneskers handlinger også oppfattes som helt uforståelige for den psykotiske (Håkonsen, 2017). For den psykotiske er det ikke tydelig

at dette er misforståelser og tolkninger. Disse tolkningene vil oppfattes som virkelige og konkrete (Berge & Repål, 2009).

Endringen i sanseinntrykkene fører til endring i atferden. Den psykotiske vil nå handle etter de psykotiske forestillingene sine. Det er vanlig at den psykotiske trekker seg tilbake og isolerer seg. Vedkommende har også ofte en annen døgnrytme og sover generelt dårligere (Håkonsen, 2017). I begynnelsen vil det ofte forekomme stemningsforandringer. Det er vanlig med nedstemthet, men kan også være oppstemthet. Følelsene kan oppleves som sterkere, og kan noen ganger komme med sterkere aggresjon og sinne. Det er vanlig at følelsene etter hvert flater ut og på en måte "forsvinner". Vedkommende kan da oppleve mindre følelser generelt, eller oppleve at følelsene ikke helt passer til situasjonen. Den psykotiske kan oppfattes som likegyldig og følelsesløs, men det er viktig å forstå at psykosen i seg selv er som en slags beskyttelse mot alle de følelsene som var for krevende å holde på. Man kan se på psykosen som en alternativ realitet der de vonde følelsene ikke finnes lenger, og alt det vonde er stengt ute. Når en psykosepasient isolerer seg kan man se dette som et tegn på indre konflikter vedkommende sliter med (Håkonsen, 2017).

Hallusinasjoner er et begrep som ofte er knyttet til psykoselidelser. "*Hallusinasjoner er sanseopplevelser som ikke er lik virkeligheten*" (Håkonsen, 2017, side 354). Håkonsen beskriver at vi kan sammenligne hallusinasjoner med drømmer for å forstå dem bedre. Både drømmer og hallusinasjoner er ofte ikke virkelige. De er også ofte vanskelig å forstå. En stor forskjell er derimot at drømmer skjer mens vi sover, mens hallusinasjoner fremkommer i våken tilstand. Hallusinasjonene kan oppfattes av pasienten som både virkelige og uvirkelige, og er derfor ofte skremmende (Håkonsen, 2017). Den mest vanlige formen for hallusinasjoner er hørselshallusinasjoner, men pasienter med schizofrenidiagnoser kan også oppleve syns-, lukt- og berøringshallusinasjoner. Det er ikke uvanlig for psykosepasienter å høre stemmer. I den psykotiske perioden kan disse være truende og befalende. De kan også blant annet oppleve å ha samtaler med mennesker som ikke egentlig er tilstede, eller føle dyr krype oppover huden. Et sentralt element i psykosen er at pasienten mister evnen til å skille mellom hva som er virkelig og ikke (Håkonsen, 2017).

3.2 Relasjonsteori

Lawrence Shulman er svært kjent for mange sosialarbeidere og sosialfagsstudenter. I boken hans *"Kunsten å hjelpe individer og familier"* beskriver han hvordan vi som sosialarbeidere kan gå inn i relasjoner med klienter og brukere sett i lys av interaksjonsmodellen. Målet er å danne gode relasjoner basert på tillit.

Interaksjonsmodellen baserer seg på tre grunnleggende antakelser. Den første antakelsen er at det er en symbiotisk relasjon mellom mennesker og deres sosiale omgivelser. Dette vil si at de er gjensidig avhengig av hverandre. Dette kan ha noen negative konnotasjoner, og kan tolkes som en usunn avhengighet, men handler egentlig mer om at vi er av gjensidig interesse for hverandre (Shulman, 2016).

Den andre antakelsen er at dette symbiotiske forholdet blokkeres av hindringer. Noen hindringer skapes av klienten, mens andre skapes av systemet rundt klienten. Den tredje antakelsen er at sosialarbeideren alltid må gå ut fra at klienten har kraften til å forandre seg (Shulman, 2016).

Det står også sentralt i interaksjonsmodellen at sosialarbeideren sitter med noen viktige ferdigheter som bidrar med å lage en god arbeidsrelasjon. Shulman forklarer at en sosialarbeider gjennom å bruke disse ferdighetene kan påvirke resultatet av arbeidet. Han benytter her en modell som viser at ferdighetene påvirker kvaliteten av arbeidsrelasjonen, og kvaliteten av arbeidsrelasjonen påvirker deretter resultatet av arbeidet. En god relasjon medfører et bedre resultat enn en dårlig relasjon. Shulman påpeker også at denne modellen er dynamisk. Med andre ord vil ikke bare ferdighetene påvirke kvaliteten av arbeidsrelasjonen, men arbeidsrelasjonen vil også påvirke sosialarbeiderens bruk av ferdigheter (Shulman, 2016).

Shulman beskriver at klienter kan sitte med undertrykte følelser. Disse kan de være redde for å ta opp med sosialarbeideren. Når de tas opp kan det bli lettere for klienten å se sammenhengen mellom hvordan følelsene påvirker tanker og handlinger, og da kan klienten bedre forstå følelsene sine og akseptere dem. Han påpeker at ikke bare påvirker følelsene våre handlingene og tankene våre, men handlingene og tankene våre påvirker også følelsene våre. Når klienten da forstå følelsene sine vil det være enklere for klienten å senke forsvaret og vise seg selv hvem en egentlig er (Shulman, 2016).

3.3 Makt

Greta Marie Skau utforsker makt i forholdet mellom klient og hjelper i boken *"Mellom makt og hjelp"*. Makt er noe som er tilstede i alle klient-hjelper-relasjoner, men maktaspektet i relasjonen er ikke alltid tydelig og lett å oppdage. Skau mener det også er mindre betydelig i relasjoner med for eksempel en tannlege som du møter i en svært kort periode, enn pasienter som er innlagt på psykiatriske sengeposter (Skau, 2016). Når makten ikke er tydelig, men heller tilslørt, er det vanskeligere å beskytte seg mot maktmisbruk. For hjelpere vil tilsløringen gjøre det vanskeligere å se hva som er mulighetene og begrensningene for makten de sitter med, som igjen er viktig for å kunne hjelpe klienter på best mulig måte (Skau, 2016). Skau spurte en gruppe bachelorstudenter ved sykepleiestudiet om hva de assosierte med begrepet makt. Resultatet viste en overveldende negativ assosiasjon. Studentene responderte med ord som "manipulerende", "misbruk" og "overlegen". Skau påpeker at i motsetning til dette har begrepet "hjelp" en positiv assosiasjon for de fleste. Den vonde assosiasjonen mange har med makt som begrep fører til at mange ikke ønsker å se på seg selv som personer som sitter med mye makt. Det er derimot viktig at vi forstår at makt kan være nødvendig for å hjelpe, selv om bruk og misbruk av makt noen ganger også kan medføre skade (Skau, 2016). For å kunne benytte makten til å hjelpe, er det viktig at vi er klar over at den er der, og at vi kjenner til dens flere former.

Det er flere aspekter som burde vurderes når vi ser etter maktaspekter i en relasjon. Skau forklarer at også kunnskap er makt. I forholdet mellom en klient og hjelper sitter naturligvis hjelperen på mer informasjon om klienten enn klienten gjør om hjelperen. Dette er jo selvsagt fordi hjelperen trenger å ha kunnskap om klienten sin for å kunne gjøre jobben sin, nettopp å hjelpe. En hjelper stiller spørsmål og kartlegger informasjon om klienten sin, men det er ikke tilfellet at klienten kan gjøre det samme med hjelperen (Skau, 2016). Det er på denne måten en forskjell mellom denne relasjonen og en relasjon til en "likestilt" venn eller et familiemedlem.

Skau presenterer i *"Mellom makt og hjelp"* en grunnmodell som ser nærmere på variasjonene i makten og hjelpen en klient mottar. Den har fire hovedkategorier: A, B, C og D. Den skiller mellom fire typer forhold mellom en hjelper og klient, med spesielt fokus på makt- og hjelpeaspektet i relasjonen. "A" representerer mye makt og lite hjelp,

"B" representerer mye makt og mye hjelp, "C" er lite hjelp og lite makt, og "D" er mye hjelp og lite makt. "A", mye makt og lite hjelp, er tilfellet for blant annet tvangstiltak uten noe særlig hjelpende effekt. Her kan relasjonen være tydelig ubalansert. Noen kritiserer barnevernet for å være slik, og mener ikke bare at det er lite hjelp, men krenkende. "B", mye makt og mye hjelp, har en høyere balanse mellom makten og hjelpen. Her bruker Skau eksempelvis tvangsbehandling som er vellykket. "C", lite hjelp og lite makt, har også balanse, men på et lavere nivå. Her gjelder for eksempel politisk rådgivning eller veiledning, og oppsøkende arbeid. "D", mye hjelp og lite makt, gjelder for eksempel for noen former veiledning og terapi. Her møter hjelper klient på en likeverdig grunn, og klienten forlater møtet med økt selvfølelse (Skau, 2016).

Krenkelser og vold lar seg ikke begrense til enkelte grupper av mennesker eller individer. Krenkelser og vold kan vi finne overalt. Det er blitt mer fokus på vold og krenkelser de siste 30 årene, noe som har ført til at det er mindre tabubelagt (Skau, 2016). Både hjelperne og klientene kan oppleve krenkelser. De kan være et resultat av direkte kontakt mellom hjelper og klient, men er oftere indirekte. Skau påpeker at det er viktig at vi ikke bare ser på klientrelaterte årsaker til krenkelser. Det er viktig at vi ser på relasjonelle årsaker, som for eksempel kvaliteten på forholdet mellom klienten og hjelperen, og betydningen av hjelperens bidrag i relasjonen. Skau forklarer at en mer effektivt kan forebygge og dempe aggresjon ved å forsøke å forstå voldens egentlige mening (Skau, 2016). På denne måten kan begge parter forstå situasjonen bedre, og forebygge fremtidige voldshendelser.

3.4 Lovverk rundt tvang

Det er flere lovverk som regulerer bruk av tvang. Blant disse er Helsepersonelloven §7 som sier at helsepersonell skal gi den hjelpen som de evner når det er påtrengende nødvendig. Denne helsehjelpen skal de i følge denne lovparagrafen gi selv om vedkommende mangler samtykkekompetanse og selv om pasienten ikke ønsker helsehjelpen.

En annen lov som regulerer bruk av tvang i helsetjenesten er pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. §4-A3 sier at tillitsskapende tiltak skal ha vært

forsøkt først, med mindre dette er åpenbart formålsløst. Det kan fattes et vedtak dersom mangel på denne helsehjelpen kan føre til vesentlig skade for pasienten, helsehjelpen anses som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for hjelpen. Det må vurderes som den beste løsningen for pasienten, selv om alle disse er på plass.

Psykisk helsevernloven regulerer også bruk av tvang og makt. Denne loven lister blant annet vilkår for å vedta tvungen psykisk helsehjelp. §3-9 i denne loven sier at vedkommende skal gis muligheten til å uttale seg før vedtaket fattes. Pasientens nærmeste pårørende skal også involveres. §4-3 i denne loven beskriver at skjerming kan benyttes dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør dette nødvendig. Den som er faglig ansvarlig kan bestemme at pasientens skal skjermes av behandlingsmessige grunner eller for å ta hensyn til ande pasienter.

4.0 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen: *”Hvordan kan tvang påvirke relasjonsarbeid med psykosepasienter i spesialisthelsetjenesten?”* opp mot teori fra forrige kapittel og med eksempler fra vitenskapelige artikler.

4.1 Hvordan tvang oppleves av psykosepasienten

Tvang er ikke et sjeldent fenomen på en psykoseavdeling i spesialisthelsetjenesten. Tvang er også et svært omdiskutert og etisk usikkert område i psykiatrien. Som beskrevet i bakgrunnskapitlet lever psykosepasienter i en annen virkelighet enn mennesker uten psykoselidelser. Sansinntrykkene deres er annerledes fra våre, og disse føles og oppleves som virkelige for pasienten. Kringlen (2011) beskriver at den psykotiske og omverdenen kan forstå verden på ulike måter. Det er ikke lett for den psykotiske å forklare egen oppfattelse av seg selv, og handlinger som ikke er ment som vonde kan oppfattes som truende. Det kan derfor være interessant å få et bedre bilde av hvordan tvangen oppfattes for pasienten for å kunne gi oss et bedre utgangspunkt for å skape en bedre relasjon.

Lorem, Steffensen, Frafjord og Wang undersøkte erfaringer fra ni mennesker som tidligere har vært innlagt med psykoselidelser. Flere av dem synes at tvang kunne være frustrerende og føles som en ekstra belastning. En kvinnelig pasient som var paranoid fra før av kunne fortelle at hun følte seg enda mer paranoid på grunn av tvangen. Hun kunne også fortelle at hun ble enda mer mistenksom til personale som en følge av dette, og det var vanskelig å se nytten med tvangen. Det kunne føles for henne som om de bare ønsket å sperre henne inne. Det er ikke uvanlig for psykosepasienter å være mistenksomme. Håkonsen (2017) beskriver at for mennesker som er psykotiske kan noen ganger normale handlinger tolkes som truende og farlige. Handlingene kan tolkes som en slags bekreftelse på pasientens indre frykt eller uro. Flere av deltakerne i studiet til Lorem m.fl fortalte at tvangen førte til at de var mer motvillig til å delta i behandlingen, og den førte til konflikt og uenighet med personalet (Lorem, Steffensen, Frafjord, & Wang, 2014). En undersøkelse gjennomført av Mileau, Altunbay, Lehmann, Bempohl, Heinz og Montag fant at det likevel er viktig at psykotiske pasienter under tvang inne blir fullstendig isolert. De fant at pasienter som fortsatt hadde kontakt med medpasienter og personal, generelt hadde bedre holdning og opplevelser med

psykiatriske institusjoner (Mielau, Altunbay, Lehmann, Bermpohl, Heinz, & Montag, 2018).

Som forventet er det likevel ikke alt av tvang som oppleves bare negativt. Noen deltakere ved studiet til Lorem m.fl fortalte at tvangen også kunne være en lettelse noen ganger. Den ene deltakeren fortalte at det var greit at noen andre tok over styringen når hun selv ikke var i stand til å ta avgjørelsene. Det var spesielt greit at ikke hun selv bestemte når hun skulle skrives ut. Det var kanskje ikke så lett å se det da, men i etterkant synes hun det var greit at noen tok vare på hennes interesser for henne. Deltakeren fortalte at hun forsto tvangsbruk i enkelte tilfeller, som ved voldsbruk, men at mye av tvangen var unødvendig (Lorem, Steffensen, Frafjord, & Wang, 2014).

Kristiansen forteller om egne erfaringer som pasient i psykisk helsevern. Da hun ble satt over på tvang forteller hun at hun gikk "i vranglås" og manien hennes begynte å eskalere. Hun forteller at nattevaktene satt utenfor rommet hennes og tvang henne til å ta sovemedisiner som sløvet henne, selv om hun helst ønsket å ha muligheten til å være våken og arbeide gjennom sine "indre demoner" på sin egen måte. Da hun ikke fikk gjøre dette følte hun at det på en måte "stoppet opp" og hun fikk ikke skikkelig bearbeidet sine "indre demoner". Hun opplevde denne oppførselen som aggressiv, og ble mer fornøyd da de sluttet med dette (Kristiansen, 2012). Håkonsen (2017) beskriver at det er vanlig for mennesker med psykoselidelser å isolere seg. De kan være nedstemte, og isolasjonen er som regel et tegn på at de sliter med indre konflikter.

4.2 Tillit i relasjon med psykosepasienten

Shulman beskriver i sin bok *"Kunsten å hjelpe individer og familier"* ulike ferdigheter som kan hjelpe en sosialarbeider med å skape bedre relasjon med en bruker, eller i dette tilfellet en pasient. En god relasjon baserer seg på flere ting, blant annet tillit. En relasjon blir sterkere dersom det er tillit mellom individene i relasjonen (Shulman, 2016). Da er spørsmålet: hvordan kan vi som sosialarbeidere skape denne tilliten med en psykosepasient? En merkbar forskjell for å skape tillit i relasjoner med psykosepasienter og andre pasienter er tvang. Tvang er ikke et sjeldent fenomen i psykosebehandling, og kan definitivt utfordre tilliten i forholdet mellom en

sosialarbeider og en pasient, som funnet i undersøkelsene nevnt tidligere. Det er likevel viktig å prøve å skape tillit i relasjonen mellom sosialarbeideren og pasienten for å kunne hjelpe pasienten på en best mulig måte. §4-A3 i pasient- og brukerrettighetsloven sier at tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før tvang benyttes. Å ha gode relasjoner med mye tillit kan tenkes å hindre fremtidig bruk av tvang ved eventuelle reinnleggelser. Undersøkelsen til Lorem m.fl fant at tilliten en pasient opparbeidet seg til behandleren gjorde at det med tid ble lettere for vedkommende å holde seg rolig. En annen deltaker fortalte at han følte seg sint når han følte han ikke ble tatt på alvor. Det å føle seg forstått og anerkjent var et gjennomgående tema for flere at deltakerne i studiet. Dersom de følte seg forstått og anerkjent, bygget det bedre tillit til personale og de kunne lettere roe seg ned (Lorem, Steffensen, Frafjord, & Wang, 2014).

Noe annet som påvirker relasjoner i tvangstilfeller er makt. Tvang i seg selv kan anses som en form for makt. Makt kan være svært nyttig og nødvendig i mange tilfeller, men kan også dessverre lett misbrukes, og maktmisbruk vil nok sjelden lede til gode relasjoner og etiske behandlingsveier. Skau (2016) beskriver at det er viktig at vi er klar over makten og maktaspektene i relasjon for å unngå dette misbruket. Dersom en er klar over den, er det både lettere for pasienter å beskytte seg, og for hjelpere å se egne begrensninger og muligheter (Skau, 2016). For å danne bedre relasjoner og mer tillit kan det også tenkes at bedre bevissthet over maktaspekter i relasjonene vi inngår i vil hjelpe oss en del.

Shulman (2016) beskriver flere ferdigheter som kan hjelpe i å danne tillit i relasjoner. Han beskriver også at ferdighetene en bruker for å bedre en arbeidsrelasjon også avhenger av relasjonen selv. Forholdet mellom disse er dynamiske. Vi bruker andre ferdigheter i sterkere relasjoner enn i relasjon vi nettopp har startet. Han nevner flere ulike ferdigheter som kan være nyttige i arbeid med pasienter. Noe som går igjen i undersøkelsen til Lorem m.fl og artikkelen til Kristiansen er evnen til å vise medmenneskelighet og empati. Begge fant at dette er noe som hjelper med å styrke relasjoner. Evnen til å vise empati kan være en svært nyttig ferdighet i relasjonsbygging.

4.2 Empati

Empati er evnen til å leve seg inn i en annens situasjon og følelsesliv (Malt, 2020). Å vise empati er kritisk for å bygge en god relasjon. Shulman forteller at når vi viser empati vil det sørge for at samtalen er mer meningsfylt, og det er lettere for pasienten å investere følelser i den. Det kom tydelig frem hos flere av deltakerne i undersøkelsen utført av Lorem m.fl at en god relasjon til personalet førte til at pasientene hadde følt seg bedre ivaretatt. De hadde gode relasjoner til personalet de følte behandlet dem som mennesker. De hadde bedre relasjoner til personalet som behandlet dem som mer likestilte. Et eksempel er en deltaker som forteller at han fikk en svært god relasjon til en lege som prøvde å unngå tvang i en situasjon legen lett kunne brukt tvang, men heller fremhevet alternativer for å unngå tvangen. Han forteller at da legen viste en mer menneskelig side og møtte han som et medmenneske, så følte han seg tryggere, og roet seg ned (Lorem, Steffensen, Frafjord, & Wang, 2014).

Pasienter kan fortelle om vanskelige opplevelser, men også benekte følelser som er bundet med dem. Noen pasienter kan ha undertrykt disse følelsene over lang tid, så de er ikke tydelige for dem lenger. Følelsen vil likevel være der, og ha en sterk innvirkning, helt til den kan bli erkjent og tatt opp. Bevissthet over egne følelser vil gjøre det lettere for sosialarbeideren å være støttende og empatisk når slike problemer skal tas opp (Shulman, 2016). Å ha kontakt med egne følelser er derfor også noe Shulman mener er svært viktig for å danne gode relasjoner med pasienter. Dersom en viser genuin empati og setter seg i "pasientens sko" kan dette bidra til å danne en bedre relasjon i tilfeller hvor slike undertrykte følelser blir tatt opp. Det er her viktig å prøve å fremstå så genuin som mulig, slik at pasienten ikke oppfatter det som om sosialarbeideren ikke bryr seg (Shulman, 2016). Dette vil være svært aktuelt i møte med psykosepasienter, ettersom psykoselidelser ofte kan fremstå etter vanskelige livshendelser og traumer. Vanskelige opplevelser kan føre til at livet føles som umulig å "bære på", og en psykoselidelse er da som en slags forsvarsmekanisme mot tunge og undertrykte følelser (Håkonsen, 2017). Pasienter kan dermed tenkes å ha flere undertrykte følelser som kan komme frem i behandlingen, og det er da veldig viktig å ha empatiske ferdigheter for å danne gode relasjoner.

Det kan hjelpe å ha kontakt med egne følelser for å holde mer meningsfylte samtaler med pasienter. Empatien som en viser trenger ikke alltid å uttrykkes gjennom ord, men kan også være ansiktsuttrykk, kroppsholdning eller berøring. Intensjonen er ikke å roe ned pasienten, ettersom dette kan føre til at vedkommende ikke føler seg virkelig forstått. Det kan være fristende å fortelle at pasienten dømmer seg selv for hardt, men det vil hjelpe pasienten mer å anerkjenne følelsene pasienten sitter med (Shulman, 2016). Det gikk igjen hos både deltakerne i undersøkelsen til Lorem m.fl og undersøkelsen til Kristiansen at empati og medmenneskelighet ofte var det de trengte istedenfor tvang, og dette hjalp dem med å danne bedre relasjoner.

4.3 Ethiske utfordringer i arbeid med tvang

Tvang er et svært omdiskutert tema som av mange kan anses som en etisk "gråsoner". Husum, Hem og Pedersen fant i en undersøkelse blant ansatte innen psykisk helsevern at de fleste synes at tvang alltid er problematisk, og kan ses som svært krenkende også for ansatte.

Et tema innenfor tvang og psykose som er svært etisk uklart er tvangsmedisinering. Undersøkelsen til Husum, Hem og Pedersen fant at flere ansatte innen psykisk helsevern mener tvangsmedisinering er svært etisk problematisk. Dette er spesielt ettersom antipsykotiske medisiner ofte kommer med flere bivirkninger, og ikke alltid har den ønskede effekten på pasienten (Husum, Hem, & Pedersen, 2018). Flere pasienter klager på tvangsmedisinering og ønsker å finne andre alternativer til behandling av psykoser. Kristiansen forklarer i sin artikkel om hennes erfaringer som pasient i psykisk helsevern at hun tok opp med sin behandler at hun ønsket en "pillefri" behandling. Hun mener bruk av tvangsmedisinering har for henne ført til et dårligere forhold til sin behandler, og forteller videre at dette var grunnen til at hun etter hvert valgte å bytte behandler. Den neste behandleren hennes trappet ned medisinene, noe som for henne førte til både en bedre relasjon til den nye behandleren, og færre innleggelses (Kristiansen, 2012). Det virker som om tvangsmedisinering er et sår tema for både ansatte og pasienter innen psykosearbeid.

Det finnes neppe noen enkel løsning på problemet med tvangsmedisinering ettersom det er etisk problematisk, men for mange også nødvendig. Håkonsen forklarer at psykosepasienter ofte har vrangforestillinger, og de handler ut fra disse tankene og forestillingene. Han beskriver også at det ikke alltid er lett å observere om en person er i en psykose eller ikke (Håkonsen, 2017). Så selv om en medisinfri behandling eventuelt kunne ha ført til en bedre relasjon til pasienten, er det fortsatt viktig å ta hensyn til at pasienten kanskje ikke er stabil nok til å trappe ned medisiner, selv om vedkommende mener dette selv. Vold forekommer noen ganger i arbeid med psykotiske pasienter. I spesialisthelsetjenesten møter en gjerne disse pasientene på deres "sykeste". Dersom disse pasientene allerede er paranoide og mistenksomme, kan tvangsinnleggelse føre til voldelig og truende oppførsel. I slike tilfeller vil tvangsmedisinering være helt nødvendig for å beskytte både pasienten selv og hand/hennes omgivelser, samt ansatte og andre pasienter på avdelingen. §4-3 i psykisk helsevernloven beskriver at skjerming kan gjennomføres dersom den faglig ansvarlige mener pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør at dette er best. Enten dersom dette er best for behandlingsmessige årsaker, eller for å beskytte andre pasienter. Skau forklarer at vold kan dempes eller forhindres ved at vi forsøker å forstå voldens egentlige opprinnelse. Før vi klarer å komme til dette stadiet, er det likevel nødvendig med tvangsmedisinering, selv om dette kan føles som krenkende ovenfor pasientene. §7 i helsepersonelloven sier at helsehjelpen skal gis selv om pasienten ikke ønsker den, dersom det anses som påtrengende nødvendig. Voldelige utbrudd vil definitivt på under denne kategorien.

Om vi benytter grunnmodellen for makt til Skau (2016) for å se hvilken kategori tvangsmedisinering faller under vil nok dette variere veldig ettersom hvilket perspektiv en tar utgangspunkt i. De mest relevante delene av modellen vil nok være "A" og "B". "A" i denne modellen representerer mye makt og lite hjelp, mens "B" representerer mye makt og mye hjelp. En pasient som selv opplever denne tvangsmedisineringen vil kanskje ikke se nytten med det, og kan dermed se dette som et "A" tilfelle. En ansatt vil derimot kanskje se det som et "B" tilfelle dersom de ser at det fungerer som planlagt, eller "A" dersom det ikke virker helt som ønsket. Tvangsmedisineringen vil derimot kunne fremstå som et "B" tilfelle ved voldelige utbrudd, ettersom det da selvsagt er viktig å få roet pasienten. Det er nok ikke helt enighet rundt hvorvidt

tvangsmedisinering er hjelpsomt eller ikke, og i hvilken stor grad det egentlig er nødvendig. Det er tydelig at tvang, spesifikt gjennom tvangsmedisinering, viser å kunne ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom en pasient og en behandler eller sosialarbeider. Undersøkelsen til Husum, Hem og Pedersen fant at de ansatte synes tvangsmedisinering over lengre perioder var svært problematisk, og de ansatte ble selv usikre på om dette var etisk korrekt. Spesielt på grunn av flere uheldige bivirkninger. Det er likevel viktig å tenke over at de antipsykotiske medisinene kan være en kritisk faktor for pasientens bedring og rekonvalesens.

4.4 Pasienter som ikke ønsker hjelp (men trenger det)

I arbeid med psykoselidelser vil en kunne møte motvilje. Shulman beskriver at alle pasienter har en viss ambivalens ovenfor å skulle motta hjelp, og for noen er motstanden større enn hos andre. Motstanden kan gi uttrykk for eksempel gjennom passivitet i samtaler, eller det motsatte med aggresjon og sinneutbrudd. Både aggresjon og passivitet vil gjøre det vanskeligere å danne en god relasjon til pasienten, og i tilfeller med psykoser vil aggresjon kunne føre til videre bruk av tvang. Shulman forklarer at selv om en sint pasient kan virke skumlere å "håndtere" enn en passiv en, er det egentlig enklere å forstå seg på og hankses med en pasient som åpent viser hva som fortviler dem. Det er da også enklere å finne mulige løsninger, og videre danne bedre relasjoner. Vold kan forekomme, og Skau (2016) forklarer at det i slike tilfeller er viktig å også se på relasjonelle årsaker til volden. Altså, kan det for eksempel være kvaliteten på relasjonen som har påvirket volden? I noen tilfeller kan volden dempes gjennom å skape en bedre relasjon og forsøke å forstå hvor volden kommer fra, og ikke utelukkende fokusere på pasientrelaterte årsaker. Når pasienter ikke ønsker hjelp, og kanskje reagerer voldelig for å unnsnippe den, kan det være årsaker som ligger til grunn som vi ikke ser. Her kan en forsøke Shulman (2016) sitt forslag til å "sette seg i pasientens sted". Å forsøke å forstå hvor pasienten kommer fra, vise empati, og forstå hvordan fremtidige voldshendelser kan unngås.

Makt er fremtredende i arbeid med behandling av psykoser. Tvang i seg selv vil kunne ses som en form for makt. Noe som ofte er fremtredende i relasjoner mellom hjelpere og

pasienter i spesialisthelsetjenesten er forskjellen i informasjonen en besitter om hverandre. Hjelperen vet mer om pasienten enn pasienten vet om hjelperen. Dette er spesielt fremtredende i spesialisthelsetjenesten hvor rapporter og journaler ofte er en stor del av arbeidshverdagen. En pasientjournal inneholder samlet informasjon om en pasient. Pasientjournaler er taushetspliktbelagte etter §15 i pasientjournalloven, og all helsepersonell har også dokumentasjonsplikt etter §40 i helsepersonelloven. De må derfor skrive ned all nødvendig og viktig informasjon i pasientjournalen. Skau påpeker derimot at det er en realitet at det foregår noen tolkninger i forhold til informasjonen som blir nedskrevet her. Informasjonen blir også ofte dokumentert i et mer diagnostisk språk. Det er sjelden hjelperen som skal dokumentere informasjonen er fullt og helt objektiv, og i løpet av prosessen vil det dermed skje noen endringer og tolkninger av informasjonen. Tolkningene vil fremstå som sannhet i journalene, men vil alltid bygge på et utvalg av informasjon, og en bestemt tolkning av den (Skau, 2016). Disse tolkningene kan påvirkes av blant annet hjelperens egne holdninger og verdier. Skau påpeker at selv om pasienten har rett til innsyn og leserett, er det fremdeles i utgangspunktet en mangel på likeverd. Det er i utgangspunktet hjelperen som har makt til å tolke situasjonen. Det faktumet at informasjon rutinemessig skal fortolkes og registreres er noe Skau mener er uttrykk på maktskillet mellom hjelperen og pasienten. Dette er noe pasienter lett kan legge merke til, og noe som kan tenkes å føre til at allerede paranoide pasienter får enda flere grunner til å mistenke personale. Det er selvsagt ikke mulig å slutte med journalføring og rapporter. Disse er lovpålagte, men det er likevel noe som kan gjøre en pasient som allerede er under tvang, mulig mistenksom og paranoid, mindre villig til å godta hjelp.

Skau forklarer også at det kan være betydelig å tenke over hvordan en innhenter informasjonen. Det er en forskjell på å bli utspurt eller å bli lyttet til. Her forklarer Skau at det handler om følelsen pasienten sitter igjen med etter samtalen. Fikk de både svart på spørsmål, men også fortelle hva som er viktig for dem og hva de har på hjertet? Eller følte de kanskje at de satt igjen etter samtalen uten egentlig å ha blitt skikkelig lyttet til, bare utspurt? (Skau, 2016). Dette er spesielt viktig i relasjoner med psykosepasienter, og enda viktigere i tilfeller med tvang. Håkonsen forklarer at psykoselidelser endrer måten vedkommende forstår seg selv og andre, og det er ikke lenger lett å formidle egne plager til andre. Dette gjør det enda vanskeligere for pasienten å formidle hva som

egentlig plager dem. Psykosepasienter er ofte i en psykose når de blir tvangsinnlagt i spesialisthelsetjenesten, og innser kanskje ikke selv at de trenger hjelp. Når disse menneskene da møter tvang er det ikke umulig at de motsetter seg hjelp og ikke aktivt jobber med å forsøke å formidle plager til personale. Å lytte blir da ekstra viktig i de tilfellene pasienten er villig til å fortelle. Samtaler i spesialisthelsetjenesten involverer ofte flere skjemaer og datasystemer som skal benyttes, men Skau mener det også er viktig å finne en balanse der en fremdeles finner tid til å lytte til og la pasienten fortelle.

5.0 Avslutning

Tvang virker definitivt å påvirke relasjonsbygging med psykosepasienter. Tvang kan anses som en form for maktforskjell i relasjonen. For å danne gode relasjoner ønsker vi helst å skape tillit, men dette kan være vanskelig med psykosepasienter. Dette kan være på grunn av flere årsaker. Pasienter med psykoselidelser kan ofte være paranoide og mistenksomme. Journalføring og maktforskjeller vil da kunne tenkes å forsterke dette, og dermed gjøre relasjonsbygging vanskeligere. Pasientene vil ofte ha hatt vonde opplevelser, ettersom psykoser ofte fremkommer som et resultat av traumer og vonde livsopplevelser. Noe som vil være viktig for å danne relasjoner vil da være empati og lytting. Ikke nødvendigvis å prøve å støtte og fortelle at vedkommende dømmer seg selv for hardt, men heller å lytte og anerkjenne følelsene pasienten sitter med. Tvang er alltid etisk problematisk, og bruken av tvangsmetoder som tvangsmedisinering er det ikke bare pasienter som synes er krenkende, men også personale. Det er etisk problematisk ettersom det er svært invaderende og kan oppfattes som krenkende, men er også ofte nødvendig. Spesielt i tilfeller med psykotiske pasienter som har voldelige utbrudd. Psykosepasienter kan noen ganger ha slike utbrudd, ettersom de ofte har vrangforestillinger og kan tolke normale handlinger som truende og farlige. Jeg har absolutt ikke funnet noe definitivt "svar" på denne problemstillingen, ettersom jeg bare har benyttet meg av en brøkdel av informasjonen som finnes på dette området, men jeg har lært mye nytt og interessant. Det jeg har funnet er at tvang påvirker relasjonsarbeid på flere måter. Hovedsakelig gjennom at det gjør tilliten vanskeligere som en følge av maktforskjellene, men likevel ikke umulig. Lytting og empati blir ekstra viktig for å sørge for at pasienten føler seg hørt og forstått.

Bibliografi

- Berge, T., & Repål, A. (2009). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FO. (2019, ? ?). *yrkesetisk grunnlagsdokument*. Hentet april 26, 2020 fra fo.no: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Husum, T. L., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2018, september 21). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02-03 / 2018 (volum 15)* , ss. 98-111.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristiansen, G. H. (2012, mars 20). Bipolar og psykotisk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01/2012 (volum 9)* , ss. 68-74.
- Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J., & Wang, C. E. (2014, juni 5). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2014 (volum 11)* , ss. 115-124.
- Malt, U. (2020, februar 6). *Store Norske Leksikon*. Hentet mai 6, 2020 fra Empati: www.snl.no/empati
- Mielau, J., Altunbay, J., Lehmann, A., Bempohl, F., Heinz, A., & Montag, C. (2018, juni 1). The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* , 11 (2), ss. 115-122.
- Rydheim, S. H. (2011, 06 21). Godt psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2011 (volum 8)* , ss. 170-175.
- Shulman, L. (2016). *Kunsten å hjelpe individer og familier* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skau, G. M. (2016). *Mellom makt og hjelp* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! - Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Storvik, M., & Førde, R. (2018, januar 17). *Store Norske Leksikon*. Hentet mars 30, 2020 fra Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/tvang>

