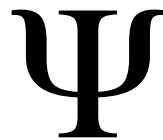




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Å tvinge frem et samarbeid: En kvalitativ studie om behandleres  
erfaringer med å skape arbeidsallianse med pasienter i  
tvangsbehandling***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Karina Natalie Harkestad  
Marius Prytz**

Vår 2018

Veileder

Marius Veseth

### Abstract

This study investigates how clinical specialists experience and describe establishing a working alliance with persons suffering from severe mental illnesses, while they are being treated involuntarily. A qualitative approach to the research question was chosen, and we conducted ten semi-structured interviews with psychiatrists and clinical psychologists. The data was analyzed using thematic analysis within a hermeneutic-phenomenological framework. Our analysis generated two organizing themes and six sub-themes: (1) "I want you with me (as far as I can)", with the three sub-themes (a) "Coercion as power"; (b) "The opportunity of own decision-making"; and (c) "To decide on behalf of another person", and (2) "I will try to walk the path with you" with the three sub-themes (a) "This is happening between us"; (b) "Coercion as care"; and (c) "When we don't meet in the middle". The study concludes that the clinical specialists have a wish to agree upon the content of the treatment with the patients. Yet, it seems to be challenging to balance the patient's autonomy and the evaluation of the patient's need for treatment. It seems like the therapist-patient relationship is used as a tool in the treatment, especially when it's difficult to agree upon the content of the treatment. The findings are discussed in relation to established empirical evidence and theoretical framework. Finally, methodological limitations and implications are discussed.

## Sammendrag

Denne studien undersøker hvordan behandlere opplever og beskriver det å forhandle frem arbeidsallianse med mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er underlagt tvangsbehandling. For å undersøke dette valgte vi en kvalitativ tilnærming, hvor vi gjennomførte ti semistrukturerte intervjuer med psykiatere og psykologspesialister. Deretter anvendte vi tematisk analyse innen et hermeneutisk-fenomenologisk rammeverk. Analysen resulterte i to hovedtemaer og seks undertemaer: (1) ”Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)” med undertemaene (a) ”Tvang som makt”, (b) ”Muligheten for å bestemme selv” og (c) ”Å bestemme for et annet menneske”, og (2) ”Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg” med undertemaene (a) ”Det som skjer i mellom oss”, (b) ”Tvang som omsorg” og (c) ”Når vi ikke møter hverandre”. Studien konkluderer med at behandlerne ønsker å oppnå enighet om behandlingsinnholdet med pasienten. Samtidig later det til å være en utfordring å balansere mellom pasientens autonomi og vurderingen av pasientens behandlingsbehov. Relasjonen mellom behandler og pasient ser ut til å bli benyttet som verktøy når det ikke er enighet om behandlingsinnholdet. Funnene blir diskutert i lys av etablerte empiri og teoretiske rammeverk, i tillegg til metodiske begrensninger og implikasjoner.

## Forord

Først vil vi takke informantene, som tok del i vår studie på et åpent, reflekterende og ærlig vis. Deretter vil vi gi en stor takk til veilederen vår, Marius Veseth. Takk for gode samtaler, inspirasjon, at du har vært så tilgjengelig, og at vi har fått lære av deg.

En takk fra Marius: Jeg ønsker å takke venner og familie, spesielt foreldrene mine, Marlén og Ole-Sivert, og søsteren min, Aurora. En spesiell takk går til mamma, som tålmodig har sittet med meg og leksene opp i gjennom – jeg tror vi kan si det var verdt det.

En takk fra Karina: Jeg vil takke venner og familie, og alle som har arbeidet for et friere og mer inkluderende samfunn for personer med nedsatt funksjonsevne – uten dere som har tatt kampen før meg, hadde jeg ikke vært her. En ekstra takk til mamma, Norunn, for alle kampene vi har kjempet sammen.

Bergen, mai 2018

Karina Natalie Harkestad og Marius Prytz

## Innholdsfortegnelse

<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>4</b>
<b>Forord.....</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrunn.....</b>	<b>8</b>
Arbeidsallianse.....	9
Alvorlige psykiske lidelser.....	11
Tvangsbehandling ved alvorlige psykiske lidelser.....	14
Å skape arbeidsallianse ved tvangsbehandling.....	16
Formål med oppgaven.....	19
Forskningsspørsmål.....	20
<b>Metode.....</b>	<b>20</b>
Metodologisk tilnærming.....	20
Prosedyrer.....	21
Planlegging og gjennomføring av prosjektet.....	21
Rekruttering av deltagere.....	22
Deltagerne i studien.....	22
Metode for datainnsamling.....	23
Analyse av datamaterialet.....	23
Refleksivitet: forskernes rolle, person og forståelse.....	25
Etiske hensyn ved gjennomføring av prosjektet.....	26
<b>Resultater.....</b>	<b>27</b>
Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg).....	29
Tvang som makt – ”Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme?”.....	29

Muligheten for å bestemme selv – ”Du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk, så lenge jeg vurderer at du er samtykkekompetent”.....	31
Å bestemme for et annet menneske – ”Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv” .....	34
Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg.....	37
Det som skjer i mellom oss – ”Vi må forsikre om at vi er ute etter å hjelpe dem” .....	37
Tvang som omsorg – ”Jeg synes det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern” .....	41
Når vi ikke møter hverandre – ”Noen ganger får vi det ikke til” .....	42
<b>Diskusjon.....</b>	<b>47</b>
Arbeidsallianse: Et begrep som er relevant for pasienter underlagt tvangsbehandling?.....	48
Omsorgens logikk: Å yte helsehjelp når pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv...	50
Recovery-orientert tilnærming: Hvor mye selvbestemmelse er det plass til i behandlingen?.....	55
Fellesfaktorer: Når behandlingen forsøker å være et møte mellom to mennesker.....	59
Refleksivitet og metodiske begrensninger.....	60
Implikasjoner.....	62
<b>Sammenfatning.....</b>	<b>63</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>64</b>
<b>Appendix A.....</b>	<b>77</b>
<b>Appendix B.....</b>	<b>80</b>
<b>Appendix C.....</b>	<b>82</b>

### **Bakgrunn**

Et overordnet mål i all behandling er å gi den enkelte pasient et godt utgangspunkt til å mestre sitt liv på best mulig måte og ha god livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I behandling er det fokus på hva som er til det beste for pasienten, i samråd med hva pasienten selv ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette gjelder også i psykisk helsevern. I visse tilfeller vurderes det imidlertid dithen at en pasient ikke er i stand til å vite hva som er til det beste for hen, og liv og/eller helse anses å være i fare (Psykisk helsevernloven, 1999). Når dette skjer, kan alternativet være tvungent psykisk helsevern. For mange kan dette oppleves som et inngripen i pasientens eget liv (Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta-Maierle, & Bennett, 2003; Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016), til tross for at behandlere skal legge til rette for mest mulig selvbestemmelse på pasientens egne premisser og i behandlingsforløpet (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

Å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern er et nasjonalt mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). For å kunne gjøre dette, er det viktig med kunnskap, inkludert kunnskap om hvordan terapeut går fram for å etablere en best mulig arbeidsallianse, som er en essensiell del av all psykoterapeutisk behandling (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). I dagens forståelse av alliansebegrepet, vektlegges blant annet et aktivt samarbeid samt en felles enighet (Bordin, 1994; Tryon & Winograd, 2011). Hvordan står dette begrepet seg i en kontekst av tvungent psykisk helsevern, der noe av utgangspunktet vil kunne være uenighet? Hvordan arbeider behandlere for å forhandle frem en samarbeidsrelasjon i en slik setting? Og hvordan opplever behandlere det er å skape denne arbeidsalliansen når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern? I denne kvalitative studien vil vi undersøke dette nærmere. Før studien presenteres, vil det teoretiske grunnlaget bli lagt frem: Hva vet vi allerede om arbeidsallianse og tvungent psykisk helsevern?



## Arbeidsallianse

Opp gjennom årene har en stor del av det som er nyttig for pasienten i psykoterapeutisk behandling blitt akseptert til å gjelde på tvers av ulike behandlingstilnæringer (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Smith & Glass, 1977; Stiles, Shapiro, & Elliot, 1986). Den terapeutiske alliansen ser her ut til å være en fellesfaktor som deles på tvers av tilnæringer, og har med tiden blitt satt i sentrum av bedringsprosessen (Horvath et al., 2011; Ryum & Stiles, 2005). Forskning på slike fellesfaktorer har vist at hele 30 % av utfall i terapi kan tilskrives den terapeutiske alliansen (Lambert, 2003).

Forskning på allianse i psykoterapeutiske forløp har fått økt fokus de siste tiårene (Horvath et al., 2011; Ryum & Stiles, 2005). God kvalitet på en slik allianse har vist seg å være en robust prediktor for en positiv effekt i psykoterapi på tvers av en rekke behandlingstilnæringer (Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Wampold & Imel, 2015). En svekket allianse er derimot blant annet korrelert med at pasient avslutter terapiforløpet (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Tryon & Kane, 1990, 1993, 1995). I dag er det derfor et gjennomgående fokus på at allianse skal vektlegges som en sentral del av den psykoterapeutiske behandlingen (Castonguay et al., 2006). Det er også vist seg at arbeidsalliansen ikke bare er nødvendig for behandlingsintervensjoner, men at den i seg selv er en terapeutisk intervensjon (Bachelor & Horvath, 1999).

Men hvordan defineres egentlig arbeidsallianse? Opp gjennom årene har alliansebegrepet blitt definert på flere ulike måter (Horvath & Luborsky, 1993; Saketopoulou, 1999), og er anslått å være den mest studerte endringsprosessen (Castonguay et al., 2006). I definisjonene finner man både likhetstrekk og forskjeller i måten forskere anvender begrepet på (Horvath et al., 2011). Horvath et al. (2011) skriver at Zetzel allerede i 1956 benyttet

terapeutisk allianse som et begrep. Begrepet har psykoanalytiske røtter, og ble i den forbindelse beskrevet som den sunne, emosjonelle og tillitsvekkende følelsen mot terapeuten (Wampold & Imel, 2015).

Bordin (1979, 1994) foreslo imidlertid at alliansen kunne beskrives som et panteoretisk begrep, og refererte til det som arbeidsallianse. Bordin (1979) mente alliansen var sentral for å kunne oppnå endring i terapi. I følge hans definisjon består allianse av et bånd mellom pasient og terapeut bestående av eksempelvis gjensidig tillit og aksept (Ryum & Stiles, 2005), enighet om terapeutiske mål, og det å bli enige om hvordan å samarbeide om oppgavene i terapiforløpet (Bordin, 1979). Disse tre komponentene er vist å ha en høy korrelasjon med hverandre (Horvath, 1994). Det er altså snakk om en relasjon hvor to, eventuelt flere, parter arbeider sammen om meningsfulle oppgaver, mer enn bare å ha en emosjonell relasjon med hverandre (Hatcher & Barends, 2006; Wampold & Imel, 2015).

Å bli enige om behandlingsmål og hvordan pasient og terapeut skal gå frem for å nå disse målene, beskrives som essensielt for å oppnå enighet om hvilke mål behandlingen skal ta for seg, også omtalt som målkonsensus (Tryon & Winograd, 2011). Dette er en dynamisk prosess gjennom hele behandlingsforløpet, hvor enighet og uenighet kan oppstå, og pasient og behandler kan diskutere dette. Målene må også være tydelige nok for pasienten til at hen skal kunne forplikte seg til disse (Tryon & Winograd, 2011). I tillegg innebærer det at pasient og terapeut sin oppfatning av opphavet til pasientens problem samsvarer, samt at det finnes en enighet hva gjelder hvem som vil være ansvarlig eller hva som vil være nyttig for å løse problemet (Tryon & Winograd, 2011). Utgangspunktet for allianse impliserer dermed at det vil finnes ulik grad av enighet mellom partene i behandlingen. Ideelt sett bør denne enigheten være så høy som mulig for å sikre et mest mulig positivt utfall av behandlingen (Tryon & Winograd, 2011). Pasient og terapeut må også fungere som et team, der samarbeid representerer den aktive prosessen hvor de arbeider sammen for å oppnå behandlingsmålene

(Bordin, 1994; Tryon & Winograd, 2011). Med andre ord må begge parter være involvert i en slik hjelpende allianse.

Bordin (1979) antok at ulike terapitilnærminger ville ha ulik vektlegging av den terapeutiske alliansens tre komponenter. Det er videre blitt presisert at arbeidsalliansen vil styrkes og svekkes underveis (Horvath et al., 2011), og det vil på den måten være en kontinuerlig utvikling av den gjennom behandlingsforløpet (Valla, 2010). En slik allianse kan dermed fungere som en ramme, og kan inneholde ulike momenter, basert på terapeutens teoretiske ståsted, og pasientens behov og ønsker (Ryum & Stiles, 2005). Selv om det ikke finnes en felles enighet om nøyaktig hva allianse består av, blir Bordin sin definisjon hyppig anvendt (Ryum & Stiles, 2005).

De siste tiårene har det oppstått en andregenerasjon av allianseforskning som forsøker å klargjøre hvilke faktorer som fører til utviklingen av arbeidsallianse, så vel som hvilke prosesser som er involvert i å reparere eventuelle alliansebrudd som måtte oppstå (Safran & Muran, 2006; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). At det oppstår et brudd i arbeidsalliansen er ikke uvanlig (Safran, et al., 2011). Et slikt brudd kan representere alt fra en liten spenning til et større sammenbrudd i samarbeidsrelasjonen mellom pasient og terapeut (Safran & Muran, 2006). Dette kan eksempelvis være at terapeut oppleves som empatisk invaliderende (Kohut, 1984) eller at partene misforstår hendelser som snakkes om eller som oppstår (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Både pasient og terapeut kan oppleve alliansebrudd fra sitt perspektiv (Safran et al., 2011). Å ha fokus på å reparere et alliansebrudd anses som en av de viktigste oppgavene i psykoterapeutiske forløp, da et slikt brudd kan vanskeliggjøre et aktivt samarbeid, og dermed også bedring (Safran & Muran, 2006).

### **Alvorlige psykiske lidelser**

Alle mennesker opplever i løpet av livet symptomer eller plager som forekommer ved psykiske lidelser (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Noen vil imidlertid oppleve et

såpass høyt symptomtrykk og et så stort funksjonstap av deres psykiske lidelse at den ifølge diagnostiske kriterier kan karakteriseres som alvorlig (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette omfatter diagnoser som ulike former for psykose, affektive lidelser som alvorlig grad av depresjon og mani, og ulike personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2012). Rusrelaterte lidelser kan også anses som alvorlige (Garbutt, West, Carey, Lohr, & Crews, 1999; Helsedirektoratet, 2012). Ofte er det snakk om komorbide lidelser (Helsedirektoratet, 2013; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005).

Felles for psykiske lidelser, og spesielt alvorlige psykiske lidelser, er at de kan ha en stor innvirkning på nære relasjoner og relasjoner generelt, de kan føre til vansker med å fullføre utdanning eller klare å delta i arbeidslivet, samt gi redusert livskvalitet (Kooyman, Dean, Harvey, & Walsh, 2007; Øverland, Knudsen, & Mykletun, 2011), og i noen tilfeller økt risiko for død (Mykletun et al., 2009). I en slik ustabil livssituasjon, gjerne kombinert med sammensatt problematikk, som fører til enorme konsekvenser for enkeltindividet, så vel som for storsamfunnet, er det sentralt å fokusere på god behandling for disse (Huus, Storm-Olsen, & Herheim, 2008).

Psykosener er gjerne den viktigste diagnosegruppen hva gjelder alvorlige psykiske lidelser og kan føre til stor lidelse for personen og dens pårørende (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg er det vist at schizofreni, en form for psykose, er den psykiske lidelsen som er en av de hyppigst forekommende ved tvangsinnleggelse (Bjørngaard & Heggstad, 2001). Sentrale kjennetegn ved psykose er sviktende virkelighetsoppfatning og -vurdering, samt det som ofte oppfattes som manglende sykdomsinnsikt (Helsedirektoratet, 2013). Lidelsen innebærer både positive symptomer, som hallusinasjoner og vrangforestillinger, og negative symptomer, som apati og affektavflatning (Helsedirektoratet, 2013). Ved alvorlig grad av psykose ser man ofte en så lav fungeringsevne at personen har vansker med å utføre ferdigheter for aktiviteter i dagliglivet (ADL-ferdigheter; Viertiö et al., 2012).

Erdal-Aase & Due-Tønnessen (2007) rapporterte i en kvalitativ studie av tolv erfarne terapeuter innen psykosefeltet at de vurderte sine pasienter som svært heterogene, og at de fant lite nytte av selve diagnosen i sin kliniske hverdag. I studien påpekte terapeutene derimot viktigheten av å danne en relasjon til pasientene. De beskrev at dette var fordi den interpersonlige fungeringen er svært svekket og gir psykosepasientene omfattende vansker, og fordi endringsarbeidet i terapiforløpet hva gjelder psykotiske symptomer forutsetter god arbeidsallianse. Dette kan også antas å gjelde for andre alvorlige psykiske lidelser.

Det er dokumentert at personer med alvorlige psykiske lidelser kan oppleve bedring (Borg, 2009; Davidson, 2003). I eksempelvis *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* er behandlingsfokuset rettet mot medikamentell behandling, samtaleterapi og nettverksstyrking (Helsedirektoratet, 2013). Når det gjelder bedring, er det her viktig å være oppmerksom på at dette er et begrep som defineres ulikt (Davidson, 2003; Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005; Wilken, 2007). Davidson & Roe (2007) viser blant annet til forløpsstudier som fant at mellom 45 % og 65 % av personer med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni har opplevd bedring i livskvalitet, i tillegg til å være mindre plaget av psykiske og sosiale utfordringer. I Borg (2007) sin doktorgradsavhandling som omhandlet personers erfaringer med bedringsprosesser ved alvorlige psykiske vansker, fant hun blant annet at de spesielt opplevde det å finne ut hvordan man kunne håndtere konsekvenser av deres psykiske utfordringer som viktig. Pasientene satt eksempelvis mest pris på behandlere som hadde fokus på å hjelpe dem med å mestre deres hverdag heller enn utelukkende å ha fokus på symptomene og hvordan bli kvitt dem. Blant personer med førstepersonserfaringer av psykisk uhelse er det ofte foretrukket en mer prosessorientert tilnærming mot bedring heller enn utelukkende å se på resultatene (Corrigan & Ralph, 2005). Dette sier noe om at det ved behandling av mennesker med

alvorlige psykiske lidelser er viktig å få inn pasientens perspektiv på hva de opplever som nyttig, og hva de erfarer er bedring.

### **Tvangsbehandling ved alvorlige psykiske lidelser**

All helsehjelp, inkludert i psykisk helsevern, skal utøves på bakgrunn av pasientens samtykke, hvor pasientens selvbestemmelse er ivaretatt via Pasientrettighetsloven (Dahm et al., 2017). For enkelte pasientgrupper med alvorlige psykiske lidelser vil det imidlertid være en mulighet for tvungent psykisk helsevern, hvor samtykkeprinsippet kan fravikes (Psykisk helsevernloven, 1999). Dette kan, ifølge loven, bare anvendes hvis det fremstår som klart best løsning for pasienten (Pedersen et al., 2016), det vil si når frivillig psykisk helsevern har blitt forsøkt uten resultater, eller dersom det er tydelig lite hensiktsmessig å prøve dette (Dahm et al., 2017).

Psykisk helsevernloven (1999, §3-3, nr. 3) påpeker at tvungent psykisk helsevern kan benyttes overfor en person som er alvorlig sinnslidende hvis hen ellers ville fått bedringsmulighetene betydelig redusert, eller hvis tilstanden risikerer å bli forverret. Den kan også benyttes for å forebygge situasjoner hvor pasienten kan utsette seg selv eller andre for fare. Å anvende tvang i psykisk helsevern kan innebære tvungent psykisk helsevern (tvang med eller uten døgnopphold i institusjon), tvangsbehandling som tvangsmedisinering, og bruk av ulike tvangsmidler, som belter (Dahm et al., 2017; Forskrift om tvungent psykisk helsevern, 2000). Det skal alltid være en mulighet for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern å påklage sitt vedtak (Pedersen et al., 2016). For disse pasientene, som er i en underlegen maktposisjon i behandlingsapparatet når de ikke har mulighet til å takke nei til behandling, kan det imidlertid tenkes at en slik klagemulighet ikke alltid oppleves som særlig reell.

Fra 1. september 2017 ble det innført en Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). Blant annet er det nå et selvstendig vilkår at pasienten må mangle

samtykkekompetanse, jfr. § 3-3, nr. 4. Dette har tidligere ikke blitt eksplisitt påpekt på samme måte. Det finnes likevel et unntak dersom pasienten er til alvorlig fare for sitt eget liv, eller for andres liv eller helse. Det betyr at § 3-3 nr. 3 ikke lenger er en tilstrekkelig lovhjemmel for samtykkekompetente pasienter, og at det heller ikke finnes tilstrekkelig lovhjemmel dersom det bare er fare for den samtykkekompetente pasienten sin egen helse (Dahm et al., 2017). Pasientene skal således få større grad av autonomi til å kunne leve livet slik hen selv ønsker. Er man i tvil om en pasient er samtykkekompetent, er ikke dette lenger tilstrekkelig for å vedta tvungent psykisk helsevern. Til tross for tvang, skal pasientene inkluderes mest mulig i sin behandling (Larsen et al., 2006), og det er også blitt påpekt at bedring krever innsats fra personen selv (Borg, 2009). Derfor skal det tilstrebes brukermedvirkning så langt det er mulig, eksempelvis ved mer autonomi og det å kunne la pasienten oppleve kontroll over eget liv (Larsen et al., 2006). Denne balansegangen kan imidlertid være utfordrende ved tvungent psykisk helsevern, som potensielt kan oppleves som et stort inngrep i pasientenes selvbestemmelsesrett (Pedersen et al., 2016).

Et stort antall pasienter legges inn under tvang hvert år, og er følgelig lagt inn for behandling mot sin vilje (Bremnes et al., 2016; Pedersen et al., 2016). Norsk pasientregister (NPR) rapporterte i 2014 i underkant av 8 000 tvangsinnleggelse på døgnopphold i psykiatriske institusjoner (Bremnes et al., 2016). Dette var fordelt på cirka 500-600 individer. Tvangsinnleggelse gjaldt her både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Pasienter underlagt sistnevnte hadde en median oppholdstid på 32 døgn (Bremnes et al., 2016). Samme år ble det registrert 2 352 vedtak om tvangsbehandling med legemidler (Bremnes et al., 2016). Også i 2015, 2016 og 2017 ble det rapportert om tilsvarende høye tall (Helsedirektoratet, n.d.).

Disse tallene, som er gjennomgående høye hvert år, viser at et stort antall mennesker blir underlagt tvang. Det er et nasjonalt mål å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Helse- og omsorgsdepartementet (2012) har blant annet publisert en strategi for å øke frivillighet ved psykiske helsetjenester, noe som vil være viktig da pasienterfaringer viser til at tvangsbruk kan oppleves som et grovt overtramp og være en traumatisk opplevelse for den enkelte (Cusack et al., 2003; Pedersen et al., 2016). Likevel vil det være vanskelig å se for seg en nullvisjon, da mennesker til tider vil være så dårlige og lite i stand til å ta vare på eget liv og egen helse, at det vil være nødvendig med tvang. For å kunne gi best mulig behandling ved tvang, er det behov for kunnskap om hvordan alliansen mellom disse pasientene og behandleren fungerer, noe vår studie kan være med å bidra til.

### **Å skape arbeidsallianse ved tvangsbehandling**

Det har vært utfordrende å finne eksisterende litteratur på hvordan behandlere skaper arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Arbeidsallianse med personer med alvorlige psykiske lidelser, som da er den gruppen som oftest blir lagt inn på tvang, har derimot blitt undersøkt i større grad. For mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som psykose, er en svært viktig sosial interaksjon den de har med sin terapeut og andre helsepersonell (Farrelly et al., 2015). Å skape en god interaksjon, eller allianse, med pasienten, vil være avgjørende for et best mulig utfall (Farrelly et al., 2014; Priebe, Richardson, Cooney, Adedeji, & McCabe, 2011). Forskning har her vist at det er mulig å utvikle og opprettholde en god terapeutisk allianse med pasienter med eksempelvis psykose, og at dette er forbundet med bedring (Evans-Jones, Peters, & Barker, 2009; Svensson & Hansson, 1999).

Mennesker har generelt et iboende ønske om å få det bedre ved lidelse, og dermed også til å ta imot en form for behandling som er en del av deres kultur (Wampold & Imel, 2015). Dette gjelder imidlertid pasienter som møter frivillig til psykoterapeutisk behandling, og som i alle fall har en viss tro på behandlingen (Wampold & Imel, 2015). Men hvordan vil



det være ved tvungent psykisk helsevern? Pasienter møter ikke i tvangsbehandling uten visse forventninger (Wampold & Imel, 2015). Noen pasienter har tidligere erfaringer med tvungent psykisk helsevern, mens andre gjerne har hørt historier om tvangsbehandling, og har dermed visse holdninger og forventninger knyttet til dette. Kaltiala-Heino, Laippala og Salokangas (1997) fant i en studie at tvangsbehandling ofte fører til negative følelser hos pasienten, samt gir negative forventninger hva gjelder behandlingsutfall. Å ta i bruk tvungent psykisk helsevern vanskeliggjør etablering av et tillitsforhold mellom pasient og terapeut, og kan også føre til at pasienten i enda mindre grad ønsker å benytte seg frivillig av helsetjenester i fremtiden (Kaltiala-Heino et al., 1997).

Blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser har det blitt vist at den terapeutiske alliansen er assosiert med positive utfall som bedring i generell fungering, symptomreduksjon, og det at pasienten følger behandlingen (Frank & Gunderson, 1990; Gaston, 1990; Gehrs & Goering, 1994; Krupnick et al., 1996; Neale & Rosenheck, 1995). Alliansen vil også være viktig for å kunne kartlegge pasientens psykiske vansker, da det å åpne seg opp om fryktede og ofte stigmatiserte opplevelser kan være vondt (Farrelly et al., 2015). Dette kan bli ekstra utfordrende ved tvangsbehandling, da personer med psykiske problemer har vist seg å være særlig sensitive for inngrep i deres autonomi (Katsakou & Priebe, 2007). Innleggelse under tvang gjør det i tillegg enda mer utfordrende å få til en god arbeidsallianse, da en på sett og vis kan oppfatte utgangspunktet for behandlingen som et alliansebrudd (Czynski & Lauritzen, 2011).

I sin doktorgradsavhandling viser Borg (2007) til at pasienter ønsker terapeuter som kan gi litt av seg selv, vise sine svakheter, og som vil gå inn i en samarbeidsrelasjon som består av det å gi og ta. Å vise pasientene at det er håp og at man har tro på dem, kan videre også føre til at pasienters tillit til sin terapeut øker (Topor, Skogens, & von Greiff, 2018). På den måten kan et godt og aktivt samarbeid vokse frem. Et grunnleggende nivå av tillit er

nødvendig i alle terapeutiske relasjoner, og det kreves gjerne at et dypere tillitsbånd og en sterkere tilknytning utvikles når en pasient skal åpne seg om sine vondeste tanker og følelser (Bordin, 1979). Det å la pasienten være mest mulig styrende i sin behandling, kan også fremme en god arbeidsallianse ved at pasienten føler seg hørt og sett (Valla, 2010). Det blir dermed viktig å høre hvordan pasienten vurderer alliansen og behandlingsforløpet, også ved tvungent psykisk helsevern.

Svensson og Hansson (1999) undersøkte arbeidsalliansen blant pasienter innlagt for schizofreni og andre vedvarende alvorlige psykiske lidelser som ulike personlighetsforstyrrelser. De fant at pasientene som hadde en dårlig arbeidsallianse med sin terapeut hadde en dropout-rate på 72 %. Dette viser viktigheten av å etablere en god arbeidsallianse med pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Dette var riktignok pasienter underlagt frivillig behandling, men det viser samtidig utfordringen med å etablere en god arbeidsallianse med mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

I en kvalitativ studie av Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, og Crompton (2015) om pasienters erfaringer av den terapeutiske relasjonen ved tvangsinnleggelse og -behandling, fant de at pasienter opplever det hele som en skremmende hendelse. I sine intervjuer påpekte de blant annet hvor viktig det var at de ansatte lyttet til deres bekymringer og at de ga rom til å kunne gi mening til deres opplevelser, i tillegg til at de ansatte kunne se forbi diagnosen, og heller fokusere på å arbeide sammen som et team i relasjonen. I den kvalitative studien av Erdal-Aase og Due-Tønnessen (2007), som tidligere er nevnt, intervjuet de derimot terapeuter som arbeidet med psykosepasienter. Deres informanter omtalte psykosepasienter generelt, og ikke spesifikt de som var underlagt tvungent psykisk helsevern. Likevel kan også denne studien vise viktigheten av hvordan terapeuter møter, og opplever møter, med alvorlig psykisk syke personer, og hvor sentralt det er å danne en best mulig allianse med disse. De påpeker at deres informanter vektlegger det å anvende intervensjoner som kan hjelpe hele mennesket

heller enn bare å fokusere på de psykotiske symptomene, noe som ser ut til å være i tråd med studien til Wyder et al. (2015) og deres intervjuer med tvangsinnlagte pasienter.

### **Formål med oppgaven**

Per dags dato finner vi ingen studier som omhandler hvordan behandlere opplever å skape arbeidsallianse med pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Når det nå finnes voksende empiri som viser at arbeidsallianse er en viktig faktor for bedring og et positivt behandlingsutfall (Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Wampold & Imel, 2015), vil det være av betydning å undersøke hvordan behandlere opplever å skape denne arbeidsalliansen med pasienter underlagt tvangsbehandling. Hva legger behandleren i terapeutisk bånd, oppgaver og mål? Hvordan går terapeuten frem for å etablere og forhandle frem en arbeidsallianse under disse omstendighetene? Hvordan påvirker behandlerens opplevelse av alliansen tilbudet hen gir til pasienten? Hva gjør det med alliansen at man samtidig utøver tvangsbehandling? Disse spørsmålene kan være med å berike og gi økt kunnskap om hvordan behandlere konkret møter disse pasientene, samt gi et innblikk i hvordan de utfører behandlingen tross et potensielt mer utfordrende utgangspunkt når en pasient ikke er i frivillig behandling.

Baldwin, Wampold, og Imel (2007) undersøkte hvor stor rolle pasient og terapeut har når det gjelder utvikling av arbeidsalliansen. De fant at terapeuter som gjennomgående mestret å skape en sterk allianse med sine pasienter, oppnådde bedre resultater enn de som gjennomgående ikke klarte å skape en like sterk allianse med sine pasienter. Dette kan vise at at forskjeller i pasienter sine egenskaper ikke er like viktige for utvikling av allianse som terapeutens medvirkning til dette. I tilfeller hvor terapeuter generelt har utfordringer med å utvikle en god arbeidsallianse, bør hen se på eget bidrag til denne alliansen. Dette gjør det aktuelt å undersøke behandleres erfaringer med å skape arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling, og hvordan de reflekterer rundt en slik prosess.

Det er et uttalt mål å redusere bruken av tvang ovenfor pasienter i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Når man samtidig vet at arbeidsalliansen er en viktig faktor for å skape bedring, vil det være av nytte å undersøke dette temaet nærmere. Denne studien kan forhåpentligvis bidra til å gi økt kunnskap om dette, som igjen kan brukes til å gjøre behandling ovenfor pasienter underlagt tvangsbehandling bedre.

### **Forskningsspørsmål**

Denne kvalitative studien tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: *Hvordan opplever og beskriver behandlere å forhandle frem arbeidsallianse med mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er underlagt tvangsbehandling?*

## **Metode**

### **Metodologisk tilnærming**

For å få tak i behandlernes unike yrkeserfaringer og samtidig finne felles temaer på tvers av deres opplevelser, har vi valgt en kvalitativ tilnærming for å besvare forskningsspørsmålet (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012). Den kvalitative tilnærmingen vil kunne fange opp kompleksiteten i hver enkelt deltagers erfaringer, samtidig som vi vil kunne trekke meningsinnhold ut av dette og sammenligne det på tvers av deltagerne. Denne metodologiske tilnærmingen vil kunne sikre et epistemologisk samsvar mellom forskningsspørsmålet og egnet metode.

For å utforske deltagerens førstepersonsperspektiv, og i etterkant kunne analysere og fortolke deres refleksjoner, valgte vi et hermeneutisk-fenomenologisk kunnskapssyn (Binder et al., 2012; Kvale & Brinkmann, 2008; Malterud, 2012). Det fenomenologiske aspektet handler om å beskrive levde erfaringer, som i denne studien innebærer at vi har intervjuet behandlere om deres levde yrkeserfaringer og -opplevelser av å ha pasienter underlagt tvangsbehandling (Binder et al., 2012). Det hermeneutiske aspektet handler om fortolkning av

informasjonen, hvor vi erkjenner at informasjonen allerede er tolket av personen som innehar informasjonen, at det oppstår en tolkning i møtet mellom deltager og forsker, hvor det i neste omgang gjøres en fortolkning av forskerne som mottar informasjonen (Binder et al., 2012). Dette impliserer at den meningsfortolkende prosessen både er nødvendig og uunngåelig når vi skal forsøke å forstå deltagerens svar i intervjuene (Gadamer, 1989).

For å danne ny forståelse, omtaler Gadamer (1989) horisontsammensmeltning. Her møter våre og deltagerens forståelseshorisonter, som betegner det referansepunktet der man gir mening til sine opplevelser. Horisontsammensmeltningen anses som å bli oppdaget og konstruert i møte mellom forfatterens egne forståelseshorisonter og forkunnskaper, og forståelseshorizonten til deltagerne (Binder et al., 2012; Gadamer, 1989). I studien møtes det fenomenologiske, representert ved deltagerens opplevelser, og det hermeneutiske, den kontekst-sensitive teoretiske og refleksive tolkningen, gjort av forskerne.

For analysearbeidet har vi valgt å anvende en team-basert tematisk og reflektiv analysemetode (Alvesson & Sköldberg, 2000; Binder et al., 2012; Braun & Clarke, 2006; Finlay, 2002). I vår studie har vi både deduktive og induktive elementer. Det deduktive aspektet ligger i intervjuguiden, som tar utgangspunkt i arbeidsallianse som teoretisk begrep. Videre er det dataene i seg selv som driver analyseprosessen fremover og blir styrende for hvilke temaer vi finner, noe som representerer det induktive aspektet i studien.

## **Prosedyrer**

### **Planlegging og gjennomføring av prosjektet**

Våren 2017 begynte vi å planlegge prosjektet. Da dette er et prosjekt som undersøker terapeuters opplevde yrkeserfaringer, ble det vurdert til ikke å falle inn under Helseforskningsloven, slik at søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke ble aktuelt. Vi meldte imidlertid inn prosjektet til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) 21.06.17. Her la vi ved protokoll, informasjons- og samtykkeskriv,

intervjuguide samt demografisk spørreskjema. Prosjektet ble godkjent 18.08.17 (Appendix A). Datainnsamling ble gjennomført i perioden fra oktober 2017 til februar 2018.

### **Rekruttering av deltagere**

For å belyse vår problemstilling, ønsket vi i denne studien å intervjuere behandlere som hadde erfaring med å behandle personer underlagt tvangsbehandling. Vi avgrenset dette til å være psykologspesialister eller psykiatere, da det er disse yrkesgruppene som fatter vedtak i behandling av pasienter underlagt tvangsbehandling. Vi startet rekrutteringen med å spørre aktuelle fagpersoner vi hadde kjennskap til i lokale helseforetak på Vestlandet om de kunne være interessert i å bli intervjuet, eller om de kjente til aktuelle deltagere. Videre derfra anvendte vi en strategisk utvelgelse ved å ta i bruk ”snøballmetoden” (”snowball-sampling”), hvor vi spurte deltagere vi intervjuet, om hvorvidt de visste om andre aktuelle deltagere til vår studie (Noy, 2008). Vi avtalte tid og sted for intervjuet via telefon eller e-post, hvor de også fikk relevant informasjon om studien.

### **Deltagerne i studien**

Vi rekrutterte totalt ti deltagere, hvorav åtte kvinner og to menn, med varierende alder og antall års yrkeserfaring. Dette anså vi som et antall som er tilstrekkelig for å kunne få frem noe meningsfylt omkring deltagerens erfaringer, i tillegg til at vi etter ti intervjuer opplevde å oppnå en viss metning hva gjaldt å motta ny informasjon og nye refleksjoner (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016).

Deltagerne var i alderen 40 år til 66 år. Fire av disse var psykologspesialister, mens de resterende seks deltagerne hadde legeutdanning som bakgrunn, og titulerte seg selv som enten psykiater, overlege eller lege. Deltagerne rapporterte at de hadde arbeidet innenfor sin profesjon mellom 8 år og 39 år, hvorav noen deltagere hadde jobbet utenfor psykiatrien i noen av sine yrkesaktive år. Antall års erfaring med tvangsbehandling varierte mellom 1,5 år og 12 år. Dette inkluderte tvangsbehandling både med og uten døgnopphold. Videre rapporterte

deltagerne ulike typer videreutdanninger, inkludert videreutdanning innenfor blant annet kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi, psykiatri, allmenntmedisin, samfunnsmedisin og Senter for psykoseterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP).

Samtlige deltagere arbeidet i lokale helseforetak på Vestlandet. Deltagerne arbeider/hadde arbeidet enten ved akuttpsykiatrisk avdeling, døgnavdeling med kortere eller lengre opphold, psykosepoliklinikker, eller andre poliklinikker.

### **Metode for datainnsamling**

For å undersøke deltagernes opplevelser, valgte vi å benytte individuelle semistrukturerte intervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi utførte totalt ti individuelle semistrukturerte intervju, hvor forfatterne gjennomførte fem intervjuer hver. Vi benyttet båndopptaker til hvert intervju. Intervjuene foregikk på behandlernes arbeidssted eller et egnet sted foreslått av forfatterne. Varigheten på intervjuene varierte mellom 45 minutter og 75 minutter. I forkant av intervjuet fikk deltagerne tilsendt informasjon om prosjektet og rammene for intervjuet på e-post, hvor de også mottok informasjons- og samtykkeskriv (Appendix B). Vi gikk også gjennom dette sammen med dem, og åpnet for spørsmål de eventuelt hadde i forkant av intervjuet. Samtlige deltagere signerte informasjons- og samtykkeskrivet før båndopptaker ble slått på. I etterkant av intervjuet ble de spurt om å fylle ut et demografisk spørreskjema med relevante spørsmål om kjønn, alder, yrkesbakgrunn, antall år innenfor yrket, videreutdanning, samt antall års erfaring med tvangsbehandling.

Vi anvendte en semistrukturert intervjuguide (Appendix C) for gjennomføring av intervjuene. Denne ble utformet på bakgrunn av Bordin (1979) sin definisjon av arbeidsallianse, herunder terapeutisk bånd, enighet om mål og enighet om metode/oppgaver. I tillegg hadde intervjuguiden fokus på deltagerens generelle opplevelse av å ha personer i tvangsbehandling.

### **Analyse av datamaterialet**

Team-basert tematisk analyse ble valgt som analysemetode, da denne tilnærmingen egner seg for å identifisere, analysere og rapportere om mønstre i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Analysearbeidet fulgte følgende steg, som formidlet av Braun og Clarke (2006): bli kjent med data (fase 1), innledende koding (fase 2), søke etter temaer (fase 3), gjennomgang av temaer (fase 4), bestemme og navngi temaene (fase 5), og skrive rapporten (fase 6). Det nærmere arbeidet i de nevnte analysestegene vil redegjøres for i det følgende.

Ut fra båndopptakene transkriberte vi intervjuene ord for ord. Hver forfatter transkriberte sine egne intervjuer. Arbeidet med analysen og å bli kjent med data (fase 1) ble igangsatt parallelt med gjennomføringen av intervjuene, hvor vi skrev ned opplevelser fra intervjuene i etterkant, slik at potensielt viktig non-verbal informasjon ikke skulle gå tapt i transkriberingen. Vi skrev også ned hovedinntrykk, mulige kodinger og ideer som dukket opp underveis. I denne prosessen møttes vi for å diskutere foreløpige tanker om datainnsamlingen. Videre gjorde vi oss kjent med hverandres datamateriale ved gjennomlesning av hverandres transkripsjoner.

Over i fase 2, innledende koding av datamaterialet, benyttet vi NVivo Versjon 11.0.0, en programvare som støtter organiseringen og analysen av ustrukturerte, kvalitative data som semistrukturerte intervju består av (QSR International Pty Ltd, n.d.). I denne fasen var hensikten "(...) å identifisere trekk ved datasettet som fremkommer interessant for analytikeren, og refererer til 'det mest grunnleggende segmentet eller elementet av rådataene som kan vurderes meningsfylt i tilknytning til fenomenet.'" (Boyatzis, 1998, som sitert i Braun & Clarke, 2006, s. 88, vår oversettelse). Her la vi kodene så tett opp til deltagerens utsagn som mulig, og valgte en induktiv, datadrevet tilnærming, der all data skulle vies like mye oppmerksomhet. Forfatterne kodet sine respektive transkripsjoner, med unntak av at hver forfatter utvekslet én transkripsjon, slik at vi kodet én transkripsjon som den andre hadde gjennomført. Hensikten med dette var både at vi kunne sette oss grundigere inn i hverandres



intervjuer og sammenligne våre koder. Videre gikk vi sammen inn i datasettet for å nærme oss en enighet om kodingene.

I fase 3 begynte prosessen med å finne mulige temaer, der samtlige koder ble tatt med i betraktning og vurdert om de utgjorde overordnede, meningsfylte temaer. I denne prosessen undersøkte vi ulike konstellasjoner av temaer og vurderte hva som så ut til å være fremtredende i materialet. Her tok vi både utgangspunkt i momenter vi hadde lagt spesielt merke til under datainnsamlingen, utspill som skilte seg ut, og gjennomgående utspill på tvers av deltagerne. I fase 4, revidering av temaer, undersøkte vi hvorvidt temaene passet overens med innholdet i kodingene og datasettet som helhet. I fase 3-4 gikk vi flere runder frem og tilbake, endret på temaer, og fant frem til nye temaer. Eksempelvis hadde vi arbeidstittelen *Til det beste for pasienten*, som senere ble til *Å bestemme for et annet menneske – ”Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv”*. Det første forslaget sier noe om behandlerens uttrykk for å vite hva som er best for pasienten. Den endelige tittelen kommuniserer derimot tydeligere at dette handler om å fatte beslutninger på vegne av andre. Undertemaet *Tvang som omsorg – ”Jeg synes det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern”* ble først lagt under det første hovedtemaet, men ble senere flyttet til det andre hovedtemaet. Dette gjorde vi etter å ha diskutert at undertemaet hadde mer til felles med undertemaene som tar for seg relasjon og hva behandlingen inneholder uavhengig av enighet innen behandlingen. Over i fase 5 definerte og navnga vi temaene, og tydeliggjorde den overordnede historien analysen forteller. Avslutningsvis skrev vi den endelige rapporten (fase 6).

### **Refleksivitet: forskernes rolle, person og forståelse**

Helt fra vi startet prosjektet, har vi gjennomgående arbeidet med å være bevisst på vårt refleksive ståsted. Å inneha en refleksiv holdning krever at vi kontinuerlig har sett og vurdert vår rolle, både i relasjon til våre allerede eksisterende oppfatninger om temaet, deltagerne i

studien, samt dataene hentet fra intervjuene (Finlay, 2002). I og med at vi er psykologstudenter på siste semester, har vi opparbeidet oss kunnskap om forskningsfeltet og om deltagerens rolle i psykisk helsevern. Én av forfatterne har også arbeidet nesten tre år på en psykiatrisk avdeling som forvalter tvungent psykisk helsevern. Begge forfattere har i tillegg en større interesse for arbeidsallianse i behandling av mennesker med psykiske lidelser. Vi tar således med oss våre perspektiv inn i studien, og har kontinuerlig jobbet med å inneha en refleksiv holdning til dette, da vi ikke kan legge våre forforståelser til side i intervju- og analyseprosessen (Gadamer, 1989). Én styrke for oss er imidlertid at vi har vært to forfattere i denne studien, i tillegg til innspill og refleksjoner fra en tredjepart, veileder, og på den måten har vi bevisstgjort hverandre på vår rolle og våre refleksjoner underveis, og hva det kan ha å si for resultatene av studien.

Tvang og tvangsbehandling i psykisk helsevern kan for mange anses som et verdiladet tema. I slike tilfeller er det "...viktig at forskeren er seg sine egne holdninger bevisst og er i stand til å vurdere den betydningen de kan få, f.eks. for intervjusituasjonen eller i tolkning av data." (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2010, s. 18). Dette er noe vi har vært oppmerksom på både i utforming av intervjuspørsmålene, under intervjuene, i analyse- og skriveprosessen.

### **Etiske hensyn ved gjennomføring av prosjektet**

Psykologspesialister og psykiatere er en ressurssterk yrkesgruppe med høy utdanning. Vi forventer dermed ikke at vårt intervju vil medføre noen risiko av betydning for dem. Man kan heller forvente at de potensielt vil finne det interessant å reflektere over sine erfaringer i et intervju som dette (Kvale & Brinkmann, 2009).

Én mulig risiko vil imidlertid kunne foreligge dersom deltagerne beskriver tredjeparter og taushetsbelagte opplysninger om disse, det vil si om deres pasienter. Vi har derfor anvendt flere tiltak for dette. For det første vil behandlingsansvar overfor pasienter underlagt

tvangsbehandling fordre erfarne terapeuter, noe samtlige av våre deltagere er. Deltagerne er således fagpersoner som har arbeidet som terapeut over flere år, og vi forventer derfor at de er godt kjent med sin taushetsplikt. Når det på visse tidspunkt kom opplysninger om tredjepart, spesielt ved spørsmål om eksempler de kunne trekke frem i sine refleksjoner, var vi som intervjuere særlig oppmerksomme på dette, og har fjernet blant annet potensiell gjenkjennelig informasjon bort fra transkripsjonene. Ved ferdige transkripsjoner, slettet vi også lydopptakene. På den måten har vi sikret at informasjon om tredjeparter ikke kommer frem i denne oppgaven.

Én deltager uttrykte, underveis i intervjuet, nervøsitet rundt at hen sine uttalelser ble tatt opp på båndopptaker, hvorpå hen på grunn av dette følte at tankegangen kunne stoppe opp hva gjaldt refleksjoner. I dette tilfellet forsikret intervjuer om at alt som ble sagt var anonymt, og at hen kunne bruke tid på sine svar. Etter dette virket deltageren å besvare spørsmålene på en reflekterende måte, og hen sine bekymringer kan slik anses å ha blitt ivaretatt.

En annen deltager hadde vakttelefonen hos seg under intervjuet. Dette medførte noen avbrytelser, men deltager så likevel ut til å ha et gjennomgående fokus på intervjuet før og etter telefonavbruddene. Intervjuer satte båndopptaker på pause da telefonen ringte, og slik ble taushetsplikt også ivaretatt om tema som ikke var relevant for intervjuet.

### **Resultater**

På bakgrunn av analyseprosessen har vi formulert to hovedtemaer som oppsummerer hvordan behandlere opplever å jobbe frem en arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Disse er: (1) *Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)* og (2) *Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg*. Videre inneholder disse seks undertemaer. Det første hovedtemaet, *Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)*, inneholder undertemaene (a) *Tvang som makt – ”Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme?”*, (b) *Muligheten for å bestemme selv – ”Du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk,*

*så lenge jeg vurderer at du er samtykkekompetent*”, og (c) *Å bestemme for et annet menneske* – *”Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv”*. Dette overordnede temaet og dets undertemaer beskriver hvordan behandleren prøver å skape enighet med pasienten om innholdet i behandlingen, og hvordan denne prosessen balanserer mellom pasientens ønsker, behandlerens vurderinger og hva som blir en endelig del av behandlingen. I denne resultatdelen fremkommer det at behandleren etterstreber å oppnå denne enigheten, samtidig som et fremtredende aspekt er at behandleren bare kan imøtekomme pasienten til et visst punkt. Undertemaene utdyper ulike aspekter, som har en felles referanse til hovedtemaet om hvordan denne vurderingsprosessen foregår, men som også kan skilles fra hverandre i denne prosessen.

Det andre hovedtemaet, *Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg*, inneholder (a) *Det som skjer i mellom oss* – *”Vi må forsikre om at vi er ute etter å hjelpe dem”*, (b) *Tvang som omsorg* – *”Jeg synes det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern”*, og (c) *Når vi ikke møter hverandre* – *”Noen ganger får vi det ikke til”*. Dette hovedtemaet og dets undertemaer tar for seg fremgangen i behandlingen, både parallelt med at behandler og pasient initialt blir enige om innholdet, og veien videre etter dette. Mens det overordnede temaet beskriver hvordan behandleren sørger for en fremgang i behandlingen, skiller undertemaene mellom ulike aspekter i denne prosessen. Dette temaet skiller seg fra det første hovedtemaet ved at det fokuserer mer på hva man kan gjøre i behandlingen uavhengig av enighet om innholdet i behandlingen, i tillegg til å ta for seg behandlerens personlige tro på behandlingen. Det første hovedtemaet fokuserer slik mer på prosessen om å bli enige og hvordan dette balanseres mellom pasientens autonomi og behandlerens vurderinger, mens det andre hovedtemaet rommer hva behandlingen kan inneholde uavhengig av denne enigheten. Se tabell 1 for oversikt over oppgavens tema og deres undertema.

**Tabell 1. Oversikt over de ulike tema og deres undertema*****Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)***

Tvang som makt - "Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme?"

Muligheten for å bestemme selv - "Du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk, så lenge jeg vurderer at du er samtykkekompetent"

Å bestemme for et annet menneske - "Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv"

***Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg***

Det som skjer i mellom oss - "Vi må forsikre om at vi er ute etter å hjelpe dem"

Tvang som omsorg - "Jeg synes det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern"

Når vi ikke møter hverandre - "Noen ganger får vi det ikke til"

**Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)**

**Tvang som makt – "Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme?"**

Dette undertemaet fikk navnet *Tvang som makt – "Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme?"* fordi det oppsummerer hvordan samtlige deltagere beskriver det som lite utfordrende å etablere og opprettholde en arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Sentrale poeng innen dette undertemaet er hvordan behandleren oppfatter seg selv som en autoritetsperson som utøver makt, og i hvilken grad pasienten aksepterer bruk av tvang.

Et hovedinntrykk etter å ha gjennomført intervjuene, var at behandlerne i hovedsak syntes det gikk fint å etablere og opprettholde arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Samtlige informanter fortalte om dette. De utdypet at kontakten gjerne var god, og at man oppnådde enighet om mål og metode i behandlingen. Først ved nærmere

spørsmål om hvordan det gikk når pasientene ikke var enige, førte det til at de fleste informantene nyanserte utsagnene sine. Følgende sitat illustrerer dette:

Den generelle erfaringen er at det er uproblematisk. At de utfordringene som eventuelt måtte dukke opp fordi man forvalter tvungent psykisk helsevern, og det at det er et stort inngrep i en persons liv og frihet, er utfordringer som håndteres og ikke er vedvarende, og som ikke byr på betydelige utfordringer i kontakten. (*Behandler 10*)

Flere informanter fortalte riktig nok at da de begynte å jobbe med pasienter underlagt tvangsbehandling, hadde de overordnet en negativ opplevelse av dette. Denne opplevelsen hadde endret seg med tiden, hvorpå flere informanter fortalte at de i dag har en mer positiv eller en mer blandet opplevelse av å jobbe med denne type problemstillinger. Et flertall trakk inn at de som behandler innehadde en autoritetsrolle, der pasienten forholder seg til en maktperson. Her snakket flere av informantene om at de gjerne ville ha pasientenes innspill med på valg av mål og metode, og kunne etterstrebe en enighet her, men at det var behandlerens vurdering som ville avgjøre valgene i behandlingen. Informantene trakk her frem en mulighet for at det faktisk er et asymmetrisk forhold mellom behandler og pasient, kan være en faktor i at det gjerne er lett å få pasienten med på behandlingen. Sitatet under illustrerer dette momentet:

Når jeg tenker på at vi gjerne er den maktpersonen som de trenger å forholde seg til, så tenker jeg at det forbausende ofte er greit å nå inn og unngå å bli avvist, hvis jeg skal si det sånn. Men vi opplever jo det også. Før jeg begynte her, så tenkte jeg i stor grad at dette måtte være et liv i krig og konflikt, men det er ikke det, altså, merkelig nok. De på en måte aksepterer vår rett til å utøve den myndigheten, veldig ofte, så man trenger ikke ha veldig høy temperatur. Noen ganger er det det, men vanligvis ikke. Det er såpass lite motstand. (*Behandler 8*)

I forlengelse av ovenstående poeng, var det flere som problematiserte hvorvidt pasienten egentlig blir enig med behandleren, eller om det er en form for aksept til stede for at behandleren skal utføre sine oppgaver. Noen snakket om at pasienten ikke egentlig aksepterer tvangsbruken ovenfor en selv, men heller lar være å gjøre motstand. Slik forklarer én informant dette:

Jeg tenker det er en lang skala om enighet. Er du enig med meg eller bare aksepterer du min rett til å bestemme? Jeg tenker at det er nok to forskjellige ting. Så det er nok av det siste også, altså, man går ikke med på tvangen, det er ikke det, men man lager ikke mer bråk, en godtar at det blir tatt beslutninger på vegne av deg. Tror nok at det er mye av det også, hvis man ikke har sykdomsinnsikt og er uenig i at en skal ha behov for å være på sykehuset, da... (*Behandler 8*)

**Muligheten for å bestemme selv – ”Du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk, så lenge jeg vurderer at du er samtykkekompetent”**

Dette undertemaet navnga vi *Muligheten for å bestemme selv – ”Du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk, så lenge jeg vurderer at du er samtykkekompetent”*. Tittelen oppsummerer at pasientens selvbestemmelse i behandlingen viste seg å være en sentral vektlegging for alle deltagerne i studien. Samtidig poengterte de at det alltid må foreligge en vurdering av hvor mye autonomi pasientene kan ha på bakgrunn av blant annet samtykkekompetanse, og at det således finnes en begrensning for pasientens autonomi.

Autonomi var et gjennomgående tema i intervjuene. Samtlige deltagere forklarte at de alltid gjør en vurdering av hvor mye autonomi personer underlagt tvangsbehandling skal ha. De fortalte at de alltid tilstreber mest mulig autonomi. Det ble poengtert, som nevnt i forrige undertema, at pasientene bestemmer i behandlingen. Likevel blir det et begrenset rom for autonomi ved at behandlerne har siste ord, da de må foreta en faglig vurdering om hva som kan være riktig i den gitte behandlingssituasjon. På bakgrunn av intervjuene, ser det ut til at

terapeutene veier grad av autonomi opp mot blant annet samtykkekompetanse og hvor godt eller dårlig fungerende personen underlagt tvangsbehandling er.

Og vi blir mye oppmerksom på at det er de som bestemmer. Det er vi som skal komme og tilby ting som de ønsker, men vi må jo også gjøre våre faglige vurderinger. Og vi kan på en måte... de skal kunne ønske seg behandlingstilnærminger og så videre, men det er vi som må gjøre en faglig vurdering på hva vi tenker er riktig her. Så vi skal bidra med den kunnskapen vi har og erfaringen, og se hva som kan være nyttig for dem. Men jeg tror at det er en fin måte å møte de på, altså. (*Behandler 1*)

Terapeutene forsøkte videre å få pasientene på banen, ved eksempelvis å spørre hva deres ønsker var for behandlingen eller fremtiden, foreslå mulige mål, og ta de på alvor når det gjaldt opplevde bivirkninger av medikamenter og ønske om medikamentbytte. Én deltager sa at hen ikke ønsket å fremstå som eksperten, men heller komme med sin faglige kunnskap som kan bidra til økt forståelse hos pasienten. Et sitat som illustrerer dette er følgende:

Jeg er tydelig med at ”hva er det du vil?”, at de skal få lov å bestemme. ”Hva ønsker du? På hvilke områder kan vi møtes der du selv kan få bestemme hva du ønsker å ha hjelp med?” ... ”Hvordan kan vi sammen komme frem til disse målene, på tross av at vi har et utgangspunkt der vi er helt uenige?” (*Behandler 10*)

Flere er altså opptatt av at pasienten må eie behandlingen, inkludert behandlingsmål. Én beskriver det slik:

*Intervjuer (I)*: Opplever du at du får med pasientens mål i behandlingens mål?

*Deltager (D)*: Er det... altså... altså, det er jo det som må være poenget, det er ikke noe poeng i at jeg skal formidle mine mål, og så er ikke det eid av pasienten. Det er jo... selv om pasienten er underlagt tvang, er jo det pasienten som må eie behandlingen og kontakten, sånn at... .. Da er de jo med på ansvarsgruppemøter og



bestemmer hva som skal stå i den individuelle planen, og hva man skal jobbe med og sånn der... (*Behandler 5*)

Én deltager fortalte at det ved tvangsbehandling oppleves som viktig å vise forståelse for den krenkelsen pasienter gjerne opplever ved det å få sin autonomi innskrenket, samtidig som hen er opptatt av at det i behandlingen også må påpekes for pasienten at ikke all dens selvbestemmelsesrett er fratatt. Andre deltagere illustrerte dette poenget ytterligere ved å fortelle om autonomien pasientene har hva gjelder det å ta sine egne valg under tvangsbehandling, eksempelvis å finne en medisin som pasienten opplever som grei å ta, eller det å kunne styre sin egen døgnrytme. Én deltager beskrev et konkret eksempel hvor selvbestemmelsesretten aktivt ble rettet fokus mot, som deltageren også opplevde som positivt i behandlingsforløpet generelt:

Så jeg tenkte at det er sånn han vil ha det. For andre er jo døgnrytme viktig, de vil gjerne opp tidlig for de har aktiviteter de skal gjøre. Men for han var det ikke viktig, så jeg tenkte på en måte det var helt greit. Han levde litt sånn... ja, gjorde ting på sin måte da mens han var her. Og jeg tror jo det at... ehh... la han få styre og bestemme på det han ønsker for sitt liv, sant... hvem er vi og si at ”den døgnrytmen du har, den er ikke riktig, du burde gjøre sånn og sånn”. Jeg synes ikke det. Jeg synes han kan bestemme det selv. ... Når han fikk styre en del ting selv, eller det meste selv, så utviklet han seg veldig fint. Ikke sant. Det var han selv som bestemte tempoet på de ulike målene han satte seg. Ikke noe press, ingenting. Men at vi snakket sammen om det, det gjorde vi.  
*(Behandler 3)*

Videre beskrev flere deltagere retten pasientene har til å bli dårligere, og at denne retten er større etter den nye lovendringen trådte i kraft 1. september 2017, da det nå skal legges mer vekt på pasientens selvbestemmelsesrett. Pasientene skal nå i større grad få lov til

å velge sine liv, til tross for at det vil innebære høyt lidelsestrykk – så sant de vurderes som samtykkekompetente.

Hvis det er sånn at pasienten fyller vilkåret for tvungent psykisk helsevern, men basert på at pasienten har grad av beslutningsevne til å si ”ja, men jeg velger å leve livet mitt selv om jeg da blir psykotisk eller selv om jeg har disse stemmene, så vil det gå fint”, så vil jo det vektlegges, og man skal ikke forvalte tvungent psykisk helsevern. Du skal få velge å bli dårligere, du skal få lov til å velge å være alvorlig psykisk syk så lenge vi vurderer at de er samtykkekompetente. (*Behandler 10*)

Noen deltagere utdypet at de dermed opplever at flere har dårligere livskvalitet nå enn tidligere, og at det kan bli en fremtidig utfordring ved at pasientene må få lov til å forkomme. De påpekte her viktigheten av en minimumstilnærming ved eksempelvis å gi det medikamentet som er nødvendig, men at man ikke skal gå inn og styre mer enn man må i pasientenes hverdagslivsfungering.

**Å bestemme for et annet menneske – ”Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv”**

Vi kalte dette undertemaet *Å bestemme for et annet menneske – ”Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv”* fordi et fremtredende poeng i intervjuene med behandlerne var at deres faglige vurdering bestemte innholdet i behandlingen. Tittelen oppsummerer også hvordan behandleren fatter en beslutning om hvorvidt pasienten er i stand til å uttale seg om behandlingen, gjerne vurdert ut ifra innsikt, farekriterier eller samtykkekompetanse.

Samtlige deltagere kom, som tidligere omtalt, inn på hvordan de foretar vurderinger om mål og metode for å avgjøre hva som er til det beste for pasienten, og hvordan pasientenes innspill tas med i denne vurderingen. Informantene fortalte at de etterstreber å imøtekomme

pasientenes ønsker så langt de opplever det som forsvarlig å gjøre. Samtidig ble dette beskrevet som en utfordrende oppgave, da pasientenes mål tidvis vurderes som urealistiske eller at behandleren er uenig i innholdet. Overordnet ga samtlige informanter uttrykk for at det var deres faglige vurdering som ville avgjøre behandlingen, og at det var de som visste hva som er mest hensiktsmessig for å fremme bedring hos pasienten, og dermed hva som kunne være til det beste for pasienten. Flere deltagere omtalte en form for minste felles enighet, hva de som behandlere kan gå med på:

*I:* Kan det være sånn at du nærmest bestemmer et mål for behandlingen og så er det det som blir målet for behandlingen uten at pasienten er med på det?

*D:* Altså, til syvende og sist kan det jo bli det. Hvis vi ikke klarer å bli enige om noe, så må vi bli enige om et slags minstemål, at dette er det vi i hvert fall kan ha som et utgangspunkt nå. Dette kan jeg stå inne for, dette er forsvarlig. (*Behandler 7*)

Samtlige informanter fortalte at det er deres faglige vurderinger som endelig avgjør hva innholdet i behandlingen blir. I disse tilfellene vurderer behandleren at bruken av tvang er hensiktsmessig, og at løsningen på vanskene finnes innen disse rammene. Her snakket flere om at behandleren må gjøre en helhetsvurdering, se på fordeler og ulemper, og vurdere at behandlingen er nyttig for pasienten. Deltagerne begrunnet gjerne valgene rundt tvangsbehandlingen ved å omtale tvangen som en form for omsorg for pasienten, og/eller at tvang er en måte samfunnet beskytter seg selv og pasienten på. I det følgende sitatet omtalte deltageren begge disse poengene:

Du kan jo tenke paralleller til pasienter med demens eller... altså, det er noe med... altså, jeg synes det er verdig, det systemet vi har nå, med tvungent psykisk helsevern, synes det er et veldig bra system. Ser jo hvordan det er i andre land, der man ikke har det, hvor det kun er farekriteriet, for eksempel. Altså, de bor på gaten, de blamerer seg. Jeg har vært i utlandet, sett schizofrene gå rundt i en skitten truse og rope rundt i gaten

dag etter dag etter dag. Det er klart, det ser vi ikke i Norge fordi at vi tenker dette er en person som er så syk, og da har vi dette med samtykkekompetanse. Han forstår ikke, han klarer ikke å ta den avgjørelsen for seg selv. (*Behandler 3*)

Flere deltagere begrunnet også bruken av tvang, spesielt ved tvangsmedisinering, med at pasienten fungerte best i familien når hen brukte medisiner, selv om pasienten selv ikke ønsket dette. Én deltager omtalte at tvangsmedisineringen indirekte ville være i pasientens egeninteresse, ettersom dette gjorde det enklere for familien å forholde seg til pasienten.

Samtlige deltagere trakk frem det positive ved at pasienter underlegges tvangsbehandling, da dette vurderes som en form for nødvendig helsehjelp. Selv om samtlige deltagere overordnet var positivt innstilt til tvungent psykisk helsevern, var det også flere som nyanserte utspillene sine eller trakk frem ulemper. Flere trakk frem at tvangsbehandling har negative konsekvenser for personers selvbestemmelsesrett, og noen trakk linjer til menneskerettigheter eller hvordan det kan oppleves krenkende å være på tvang. I det følgende sitatet forteller en deltager om hvordan det kan være en frem-og-tilbake-prosess å vurdere bruken av tvang, hvor den endelige konklusjonen er at det vurderes som riktig å benytte tvang:

Ja, altså, jeg tenker vel at det er jo mye politisk å ha en motstand mot tvang, en snakker om menneskerettigheter, intimitetskrenkende... og det er jo på en måte helt sant. Samtidig er det jo noe med å være samfunnets verktøy for å gi nødvendig helsehjelp til folk som ikke etterspør det, og har det sånn på grunn av sykdommen. Så hvis man ikke tenkte at det var etisk greit, så ville det jo vært vanskelig å være her, men jeg tenker jo at vi gjør bra nytte for oss, selv om ikke samfunnet helt skjønner det, på en måte... .. Og jeg tror ikke vi gjør det så ille som det blir sagt... selv om det, det er jo mange ting der som kan være vanskelig å forklare og begrunne. Men i

enkeltsaker syns vi jo at dette virker rimelig fornuftig og verdig, ikke minst. Og trenger ikke være verre enn det. (*Behandler 8*)

Samtidig som samtlige deltagere poengterte at det er deres faglige vurderinger som avgjør tvangsbehandlingen, var det flere som nyanserte dette med at det finnes en rekke likheter mellom behandling som foregår på tvang og frivillig. Flere trakk også frem at pasientene senere i behandlingsforløpet kan få tvangsvedtaket opphevet og fortsette på frivillig grunnlag, dersom kriteriene for dette oppfylles. Følgende sitat illustrerer dette:

Når man har holdt på noen år, ser man altså at når pasienter da har fulgt behandlingen en stund, som de kanskje ikke har ønsket, at de kanskje blir bedre, at man da etterhvert kan oppheve tvangen fordi de kan samarbeide på frivillig grunnlag. Da ser man jo effekten av det, ikke sant. De må over den terskelen altså, faktisk, og at de da ønsker å fortsette alliansen. De kan se at de får nytte av det, de ser at de får et bedre liv, ikke sant, at de ser noe fungerer. Så det perspektivet må vi ha med oss. (*Behandler 2*)

### **Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg**

#### **Det som skjer i mellom oss – ”Vi må forsikre om at vi er ute etter å hjelpe dem”**

Vi valgte å navngi dette undertemaet *Det som skjer i mellom oss – ”Vi må forsikre om at vi er ute etter å hjelpe dem”* fordi det oppsummerer de mellommenneskelige aspektene som oppstår i møte med et annet menneske, herunder relasjonen som behandler forsøker å skape med pasient. Slike aspekter blir beskrevet av deltagerne som betydningsfulle i behandlingen for å skape blant annet tillit og trygghet, og også for videre fremgang i et behandlingsforløp, noe deltagerne fortalte de har særlig i fokus ved tvungent psykisk helsevern.

Det ble beskrevet av flere behandlere at de relasjonelle aspektene ved behandlingen er et viktig fokusområde. Relasjonelle faktorer blir for flertallet av deltagerne oftere et tema i seg selv i behandlingstimene, hvor noen konkretiserer at relasjonen og relasjonelle faktorer blir

selve behandlingen, da pasienten ikke alltid ønsker å gå rett inn i prosessen med å samtale om mål og enighet om oppgaver.

Deltagerne beskrev i den forbindelse at de også nyttiggjør seg av selve relasjonen og relasjonelle faktorer for å nærme seg et mest mulig positivt behandlingsforløp. Det blir som en slags relasjonell omvei behandleren må ta for at behandlingen skal skride fremover, og potensielt nærme seg et behandlingsmål. Ulike relasjonelle faktorer blir som et verktøy som ikke direkte omhandler tvang, men som mer er et møte mellom to mennesker – et møte behandleren i seg selv anvender i behandlingstimene for å trygge pasientene nok til at de kan jobbe mot et felles mål og bedring. Deltagerne opplevde også at det å skape relasjon og trygghet kan bli et viktig terapeutisk mål i seg selv med personer underlagt tvungent psykisk helsevern.

Spesifikke relasjonelle faktorer deltagerne benytter for å skape kontakt med pasientene i denne pasientgruppen er eksempelvis det å skape tillit, vise respekt, trygge, vise med hele seg at de lytter, samt være åpen og ærlig. Som én deltager oppsummerer det: "... vise at jeg genuint bryr meg." (*Behandler 10*). Flere påpekte at dette er faktorer de har fokus på under frivillige behandlingsforløp også, men at disse ofte blir ekstra viktige ved tvangsbehandling grunnet potensielt opplevd krenkelse for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern.

*D:* Man må jo tenke enda mer alliansebyggende tiltak. Alt jeg gjør innenfor allmenn, korter jeg mye mer ned med denne pasientgruppen. Jeg tenker mye mer trygging, på deres premisser. ... Kanskje med de årene jeg har jobbet så jeg at jeg kommer i hvert fall ingen vei uten å ha de grunnleggende tingene for å jobbe terapeutisk. Er ikke de til stede går nesten ingenting.

*I:* Kan jeg spørre hva de grunnleggende tingene...

*D:* Ja, når pasienten føler seg trygg, rolig, på en måte. At det er et fundament her. De bør jo alltid være til stede, men hvis de ikke er til stede her, så blir det jo bare... veldig

vanskelig. Og jeg tror i hvert fall man aldri får kommet i en posisjon til å jobbe med de tingene som skaper problemene da. (*Behandler 7*)

Flere nevnte også viktigheten av å bli kjent med hverandre, da denne pasientgruppen gjerne har utfordringer knyttet til tillit og trygghet. Innimellom kan det imidlertid være at det ikke fungerer, at de for eksempel blir mistenksomme, noe som også går i kjernen av symptomene til mange pasienter som er underlagt tvangsbehandling. Én deltager fortalte at det flere i denne pasientgruppen skal jobbe med, også kan være et hinder for å skape kontakt og for å opprette relasjon. Imidlertid rapporterte flere deltagere om positive opplevelser de hadde hatt, hvor de hadde merket at det hadde blitt etablert et tillitsforhold fra pasientens side. Én beskrev det slik:

Det var faktisk en gang han ringte meg, mellom to ganger, det var kryss i taket, aldri ringt. Så sa han at jeg hadde spurt om det var noe jeg kunne hjelpe han med, så var det det, det var noe han trengte svar på. ... Så da kunne jeg koble han opp mot sosionomen som kunne bistå med noen svar der. ... Så det tok jeg som et godt tegn på en form for tillit, at han trodde jeg faktisk kunne hjelpe med noe. Selv om det er en veldig tydelig avvisning når vi sitter og snakker sammen. Han passer på å skape den avstanden.

(*Behandler 2*)

I forlengelse av det å bli kjent med hverandre, snakket noen av deltagerne om det å kunne være personlig, uten å være privat, for å kunne bygge en relasjon. Én deltager fortalte at hen prøver å få de på lik linje ved å skape denne tilliten samt en trygg sone, eksempelvis ved å snakke om seg selv. Man er på sett og vis kreativ, og gjør ulike tiltak for å få relasjonen og behandlingsforløpet til å fungere.

Det er klart at det å vise litt interesse... kommer de med spørsmål til meg, så svarer jeg på det. ... Sånn som i dag var det en pasient som spurte. Vi snakket om røyking, han hadde lyst å røyke, så lurte han på om jeg hadde røykt. Så kunne jeg fortelle om det, at

jeg har ikke gjort det. Litt sånn at de kan spørre ting om meg, helt sånn ufarlige ting, så forteller jeg om det. Så jeg føler at vi prøver at vi skal være på lik linje, og... ja...

*(Behandler 3)*

Noen av deltagerne fortalte også at de er opptatt av å møte pasienten på områder som er viktige for pasienten selv, som gjerne ikke er så vesentlige i det store forløpet, men som likevel er en måte å få til en god relasjon på. Å kunne skape en trygg relasjonell sone i behandlingsforløpet ble beskrevet av flere deltagere som det i første omgang å kunne være på tilbudssiden ved å tilby praktisk bistand, som hjelp til bolig, økonomi, medikamenter, eller det å skulle reparere en TV.

Andre opplevde at det å snakke om det mer hverdagslige, eksempelvis musikk eller familie, samt det å kunne påpeke noe som er positivt ved pasienten kan være fordelaktig når det gjelder å bygge en relasjon. Én deltager beskrev det slik:

Eh.. nei, og på en måte det å forsikre folk om at vi er ute etter... når de er veldig sånn sårbare, forsikre om at vi er ute etter å hjelpe folk. Påpeke noe som er positivt. Hvis vi ser at et menneske har stelt seg godt, at de ser godt ut, som ser ut som de, hvis de er opptatt av kosthold for eksempel, fysisk trening, og bekrefte sånne ting. Det betyr mye for alliansen. Ja. Hvordan jeg opplever møtet. ... ”Hvor fin du er idag”. \*ler\*.

Allminnelige menneskelige ting som vi alle setter pris på. *(Behandler 4)*

Flere deltagere omtalte det å være tydelig ovenfor pasienten, være tålmodig, vise interesse og nysgjerrighet, og å kunne vise forståelse for det vanskelige uten å korrigere det pasienten sier, som sentralt for å kunne ha en åpen dialog, og dermed bygge en best mulig relasjon. En annen deltager utdypet hvordan hen uttrykker empati og viser at hen lytter, noe hen opplever som viktig for et relasjonelt bånd:



Og så tenker jeg at det handler om at jeg viser med hele meg, på en profesjonell måte altså, at jeg bryr meg, det betyr noe det du sier, og at jeg lytter, og at jeg hvert fall prøver å forstå hvordan det er. (*Behandler 1*)

Nesten samtlige deltagere beskrev at langvarig oppfølging fra samme behandler kan bidra til å skape bedring og økt tillit. Flertallet av deltagerne forklarte at de bruker tid på å bygge opp tillit og trygghet, spesielt siden dette er en pasientgruppe hvor slike utfordringer ofte er en del av symptombildet i seg selv. Det å tåle avvisning og ikke gi opp over tid, bidrar også for flere å skape tillit, som igjen to av dem spesifiserte at er noe som hjelper pasientene å være mer åpen.

### **Tvang som omsorg – ”Jeg syns det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern”**

Dette undertemaet fikk navnet *Tvang som omsorg – ”Jeg syns det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern”* fordi det oppsummerer hvordan flere deltagere uttrykte at det er et element av omsorg i å underlegge pasienter tvangsbehandling, og at dette var knyttet opp til et personlig aspekt i arbeidet med pasientene.

Flere deltagere kom inn på at det ligger et personlig aspekt i arbeidet med pasienter underlagt tvangsbehandling. Flere fortalte om et genuint ønske om å skape bedring eller at man blir motivert for arbeidet i kraft av å være et medmenneske. Noen omtalte at det må ligge et personlig ønske til grunn for arbeidet, og at det må være verdt det. Flere omtalte at det var viktig for dem å ha tro på at tvangsbehandlingen var til det beste for pasienten. Én informant beskrev det slik:

Jeg har det som sånn hovedtanke, at det ligger en omsorg i det å ha mennesker på tvungent psykisk helsevern. At jeg hadde ikke villet stå i det hvis jeg ikke trodde at det var til det beste for dem. Det tror jeg er viktig, sant, i forhold til kanskje det man

tenker om opplevd belastning, altså ubehag knyttet til å utøve den form for kontroll eller makt over andre mennesker. (*Behandler 2*)

Et annet poeng som kommer frem i sitatet over, er et opplevd ubehag i arbeidet med tvangsbehandling. Samtlige informanter trakk frem at de har hatt flere negative og ubehagelige opplevelser med pasienter underlagt tvangsbehandling, eksempelvis vold eller trusler. Samtidig sa de fleste deltagerne at dette har blitt bedre med økt arbeidserfaring, og at de i dag har en mer positiv opplevelse. Til tross for opplevd ubehag, trekker altså flere informanter frem at de likevel velger å fortsette å arbeide med denne pasientgruppen.

En annen deltager tegner et tydeligere skille mellom sin egen person og arbeidet som behandler. Deltageren trekker frem at hen utfører arbeidet med empati og respekt, fremfor at det ligger noe videre personlig engasjement i arbeidet:

Jeg har jo syns det har vært greit, selv om jeg... vi forvalter jo makt også på en måte, så det er jo ikke noe jeg føler jeg har knyttet til min person, egentlig, men... hvis man er noenlunde trygg på at det man gjør er formålstjenlig og fornuftig og skjer med tilstrekkelig empati og respekt, så syns jeg ikke det er noe vanskelig å stå i og forsvare denne rollen, det syns jeg ikke. Forsvare det... det er jo ikke det samme som å si at man er for tvang. Det er noe annet igjen, er det ikke? ... (*Behandler 8*)

### **Når vi ikke møter hverandre – ”Noen ganger får vi det ikke til”**

Dette undertemaet valgte vi å kalle *Når vi ikke møter hverandre – ”Noen ganger får vi det ikke til”*, da det oppsummerer utfordringer behandlere opplever i prosessen mot å forhandle frem en arbeidsallianse. Det sier videre noe om hvordan de går frem når behandlingen og utviklingen av alliansen stopper opp. Noen presiserer også at de noen ganger heller ikke får det til.

Generelt poengterte flertallet av deltagerne at de opplever det å skape en arbeidsallianse generelt som relativt uproblematisk, til tross for tvang, og at det går greit å få

pasienten med på hvilke mål de skal arbeide mot, og hvordan de skal jobbe mot disse. Flere fortalte imidlertid også at det oppstår visse utfordringer i denne prosessen, som mer mistenksomhet mot behandler, mer motvilje, samt vansker å få til god kommunikasjon. Én påpekte at man for eksempel ikke skal ta for gitt at pasient kommer og ønsker å snakke med behandler. Man må gjerne jobbe for det, noe én deltager mente gjør en enda bedre rustet til å få til et terapeutisk bånd med pasient. En annen deltager har opplevd et tilfelle hvor en pasient ikke ønsket å snakke med hen i det hele tatt. I slike tilfeller, hvor man eksempelvis står på stedet hvil, fortalte én deltager at man da ofte må la pasienten prøve seg uten tvang, og så må gjerne en ny innleggelse til for å starte opp igjen. Andre opplevde at det som kan føre frem ved forverring og manglende samarbeid, er å gå frem på en forsiktig måte uten å skulle presse. Slik forklarer én deltager det:

Når du ser opptakten til at her er det forverring av en forverring, de samarbeider ikke... det er veldig utfordrende terapeutisk. ... Noen ganger får man det ikke til. Det blir rett og slett å prøve... på den mest forsiktige og følsomme måten man kan, formidle at ”det er viktig at du samarbeider nå og at dette kan... sykdommen din kan gå i forverring, og det kan ende med ny innleggelse”. Men dette kan oppleves veldig truende for dem også. Så det... Det er jo å gjenta og håpe at noen tar til seg. Noen gjør det, og noen gjør det absolutt ikke. (*Behandler 7*)

Flere deltagere fortalte at de både informerer om, og oppfordrer til, at pasientene kan klage på et tvangsvedtak når som helst. Én deltager utdypet at det som oftest går fint i etterkant av en slik klagesak, og at de likevel kan klare å jobbe godt med pasienten. Hen sier at de da eksempelvis kan snakke om andre tema: ”Snakke om at vi er uenige og... spør om hen vil ha kaffe og om hvordan det går på jobben.” (*Behandler 6*). Samme deltager opplever også at en slik oppfordring kan skape tillit ved å gi pasienten en mulighet.

På bakgrunn av intervjuene ser det imidlertid ut til å være ulike erfaringer knyttet til konsekvensene av at pasienten får medhold ved klagesak, og blitt tatt av tvangen. Mens én har opplevd alliansebrudd, har en annen ikke opplevd at en slik klagesakprosess har ødelagt i behandlingsforløpet. To andre deltagere har derimot opplevd at grunnlaget for en allianse kan ha blitt svært endret, til det bedre.

Flere deltagere poengterte videre at det er lite behandlerne kan tvinge pasientene til å gjøre, til tross for at de er underlagt tvungent psykisk helsevern. Man kan ikke tvinge en pasient til å gå på tur, utføre andre dagligdagse gjøremål eller tvinge dem til å sette i gang med spesifikke behandlingstiltak. Man kan heller ikke eksempelvis gi pasienten andre medisiner enn det medisineringsvedtaket gir godkjenning for. ”... folk tror jo at man kan få til alt mulig på tvang, det kan man jo ikke.” (*Behandler 6*). Samme deltager utdyper det slik:

Man kan tvinge dem til medisiner og til innleggelse. De to tingene. Så kan man prøve å gjøre store endringer, for eksempel trappe ned medisiner, se hvordan det går under tvangen. Da kan man lettere fange opp når de blir dårlige. For hvis de ikke er på tvang, kan de bestemme seg for å reise til syden og bli der i fem måneder, så jeg tenker det er viktig om det er farlighet inn i bildet eller ikke. Hvis folk har vært farlige, er det annerledes enn hvis man vil unngå at de skal bli verre eller for å forspille sjansen sin til å bli bedre, så har man lite å stille opp med. Jeg tenker at tvangen er for en akutt fase, og så kan man se etterpå hvordan det går. (*Behandler 6*)

Til tross for tvungent psykisk helsevern, påpekte dermed flertallet av deltagerne at man heller må ha en form for samarbeid, til tross for tvungent psykisk helsevern. Slik beskrev én deltager det, som arbeider med pasienter underlagt tvangsbehandling uten døgnopphold (TUD):

*D:* Jeg har jo hatt TUD-pasienter som det har vært veldig veldig vanskelig å jobbe med, der det ikke har vært mulig, der det har endt med tvangsinnleggelse, og der

faktisk vedkommende har... altså, hvis man ikke får til noe, så... hvis du ikke møter og... da er det jo vanskelig. ... Da blir det jo nærmest umulig, så lenge du er på tvang uten døgnopphold. Da må du jo være innlagt, da må du jo underkaste deg en viss form for samarbeid, hvis du skal være på TUD. Det er liksom begrenset hvor mange timer jeg kan bruke på å løpe i... etter pasienter, i en boligblokk eller for på en måte å være på jakt etter noen...

*I:* Så selv om man er på tvang, så er det en form for frivillighet der også?

*D:* Ja. En viss form for samarbeid må man på en måte underlegge seg, ellers så...

*(Behandler 5)*

Tre av deltagerne nevnte konkret at de har opplevd et sterkt sinne fra pasientens side når de har vært uenige. Én rapporterte at hen har blitt slått, mens en annen fortalte at ”bord og stoler har flydd vegg imellom” ved en konsultasjon under et behandlingsforløp. I slike tilfeller har de måtte rygge litt, men samtidig vært opptatt av å stå i det, og holde fast på det som er blitt bestemt.

*I:* For hva gjør du da for å klare å komme tilbake i en posisjon der dere kan jobbe?

*D:* Nei... oppsøke de igjen, be om samtale, forstår at vedkommende ble sint, men også å fortelle at det ikke er akseptabelt, for eksempel de gangene jeg har blitt slått, det... hvis det har vært grunnlag for politianmeldelse, så har jeg måtte ta det med dem.

Ehm... men jeg har på et vis ikke trukket meg ut, og ikke møtt opp igjen. Jeg tåler at pasienter blir sinte, og jeg tåler det godt. *(Behandler 10)*

I forlengelse av dette, påpekte likevel noen deltagere at man med de fleste klarer å ha en god dialog tross uenigheter, og én rapporterte også at hen har hatt pasienter som har sagt at ”... jeg skal aldri mer snakke med deg, du er... ja, allverdens ukvemsord.” *(Behandler 10)*, men hvor hen likevel aldri har opplevd at det har blitt en avslutning som ikke har vært planlagt. En annen opplevde at konflikter og uenigheter oppstår, spesielt tidlig i alvorlige

forløp, men at det ved stabilisering faktisk ikke er så ofte man ender opp med å være uenige. Andre poengterte at man ikke kan jobbe med noe pasientene ikke ønsker, og at det slik ikke hjelper å være uenig, men at man da heller må respektere uenighetene, og det at de ikke ønsker å snakke om visse tema. En annen deltager fortalte i denne sammenheng at man også kan være enige om å være uenige:

Noen ganger blir vi enige om at vi er uenige, men det også er en enighet. Sånn som den damen jeg snakket om, som bare klaget og klaget. Da setter vi oss som mål å kanskje ikke snakke så mye om det vi er uenige om, så kan vi heller ta det opp... jeg må jo ta en kontrollundersøkelse av dem hver tredje måned, så jeg må snakke med dem om denne tvangen, men at vi ... og så ler vi litt, vi er uenige, sant, for henne er det out of body noen som er ute etter henne, men for meg er det sykdom, så blir vi enige om at vi er uenige. (*Behandler 6*)

Andre opplevde at man også kan få gode samtaler selv om man er uenige generelt, hvor én spesielt er opptatt av å validere uenighetene i startfasen. Flere påpekte viktigheten å snakke om det som ble vanskelig og det som er utfordrende i relasjonen, og det å bruke tid på dette, også i etterkant av et potensielt alliansebrudd eller store uenigheter.

Da tenker jeg vi må bygge opp den tilliten igjen, at de kan se at vi vil deres beste, snakke om situasjonen i etterkant, at det var ikke noe hyggelig dette, men vi så ikke noe annen utvei, at vi måtte gjøre det sånn da, og vi gjør det fordi vi ønsker å hjelpe deg. Og noen klarer å ta det litt innover seg, andre trenger mer tid på det. (*Behandler 1*)

En annen deltager fortalte om en gang hen opplevde et positivt utfall på bakgrunn av å ha brukt tid og stått i utfordringene. Behandler fortsatte å sette opp timer til tross for at pasienten var svært uenig og ikke ønsket behandlingskontakt. Hen brukte tid, bygget tillit,

hvorpå pasient endte opp med å oppleve behandleren som en god psykolog. Dette viser resultatene av ikke å gi opp utfordrende pasientsaker, men ha fokus på relasjonen.

Andre deltagere opplevde viktigheten av å få de til å føle seg trygge på behandlingsapparatet, for eksempel ved å anvende ulike allsidige tilnærminger, som det å være oppsøkende, kreative, og å møte pasientene der hvor de trenger. Eksempelvis kan behandlere banke på døren hjemme og bistå med noe praktisk, sørge for at de lever et regelmessig liv, får god søvn, spiser bra og forsøker å tilrettelegge for å kunne ha det kjekt. En deltager påpekte at ”... jo sykere de er, jo vanskeligere kan det jo være. For da er jo ofte motstanden størst og innsikten minst.” (*Behandler 5*). I forlengelse av dette forklarte en annen deltager at man ikke kan gå inn og hjelpe der hvor en pasient er svært psykotisk, men at en da heller kan lytte til pasientens psykotiske vrangforestillinger, og samtidig snakke om, og bistå med, de små tingene som kan gjøre livet bedre. Igjen ble viktigheten av å bruke tid påpekt.

### Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan behandlere erfarer det å skape og opprettholde arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Ut ifra den tematiske analysen kom vi frem til to hovedtemaer og seks undertemaer. Det første hovedtemaet, *Jeg vil ha deg med (så langt jeg kan strekke meg)*, inneholder undertemaene (a) *Tvang som makt*, (b) *Muligheten for å bestemme selv*, og (c) *Å bestemme for et annet menneske*. Oppsummert beskriver dette hovedtemaet muligheter og utfordringer behandleren opplever hva gjelder å bli enig med pasienten om selve innholdet i behandlingen. Et viktig moment dreier seg om kontinuumet fra pasientens autonomi på den ene siden og behandlerens faglige vurderinger på den andre siden, og hvordan disse virker inn på hverandre.

Det andre hovedtemaet, *Jeg vil forsøke å gå veien sammen med deg*, inneholder undertemaene (a) *Det som skjer i mellom oss*, (b) *Tvang som omsorg*, og (c) *Når vi ikke møter hverandre*. Dette hovedtemaet beskriver hva behandlingen kan inneholde når det er

utfordrende å bli enig med pasienten. Et sentralt poeng her er hvordan behandleren benytter relasjonen til pasienten som et verktøy i behandlingen.

Tidlig i analyseprosessen tegnet det seg en spenning mellom ytterpunktene autonomi og tvang. Dette så vi gjennomgående i datasettet og på tvers av temaene. Denne spenningen handler om et kontinuum mellom autonomi og tvang (fra de absolutte ytterpunktene til de nærmer seg hverandre), og om hvordan denne spenningen farget behandlingen. Spenningen omhandler også hvem som fatter beslutningene om at det skulle være slik. Det var et gjennomgående funn at behandlerne vekslet mellom disse motpolene. Dette funnet står helt sentralt i studien, og er utgangspunktet for diskusjonen. Vi vil drøfte dette ut fra teoretiske tilnærminger som er relevante for spenningen beskrevet over. Først diskuteres arbeidsalliansebegrepet opp mot funnene i studien, med det grunnleggende spørsmålet om dette er et begrep som er relevant for pasienter underlagt tvangsbehandling. Deretter vil vi redegjøre for begrepet "omsorgens logikk", og ut fra dette drøfte hvordan behandlere yter helsehjelp til personer som vurderes å være ute av stand til å ta vare på seg selv. Dette vil vi sammenligne med recovery-perspektivets tilnærming, og stille det overordnede spørsmålet om hvor mye selvbestemmelse det faktisk er plass til i tvangsbehandling. Deretter vil vi se nærmere på fellesfaktorer, hvor behandlingen i større grad fokuserer på å være et møte mellom to personer. Avslutningsvis vil vi drøfte metodologiske begrensninger og implikasjoner av studien.

### **Arbeidsallianse: Et begrep som er relevant for pasienter underlagt tvangsbehandling?**

Som tidligere nevnt vektlegger arbeidsalliansebegrepet et aktivt samarbeid, i tillegg til at begrepet forutsetter en enighet mellom behandler og pasient (Bordin, 1994; Horvath et al., 2011; Tryon & Winograd, 2011). Videre har det med årene blitt forsket mer på arbeidsallianse, blant annet at styrken og kvaliteten på alliansen predikerer utfallet av behandlingen, og dermed viktigheten av å ha en god arbeidsallianse (Horvath et al., 2011;



Horvath & Symonds, 1991; Martin, et al.; Wampold & Imel, 2015). Når pasienten er underlagt tvangsbehandling er utgangspunktet for denne enigheten i prinsippet skjev fra begynnelsen. I resultatdelen går det først frem at behandlerne i liten grad synes det er utfordrende å skape en god arbeidsallianse. Dette var et overraskende funn, da pasienten forut vedtaket om tvangsbehandling har sagt nei til frivillig behandling, og følgelig ikke er enig om verken mål eller metode for behandlingen. Til tross for dette opplever behandlerne at det i stor grad går fint å etablere og opprettholde arbeidsalliansen. Dette gjør at vi kan spørre om det går an å ha en god arbeidsallianse, samtidig som sentrale elementer i arbeidsallianse-begrepet tilsynelatende ikke er til stede? Er det slik at behandleren kan gå rundt premissene om enighet, og likevel oppnå en god arbeidsallianse?

Når vi nå drøfter det informantene har sagt om arbeidsallianse, må vi være forsiktige med å gå ut ifra at Bordin (1979) sin definisjon ligger til grunn for det de forteller. Muligens er det ikke det teoretiske begrepet "arbeidsallianse" som ligger til grunn, men hva hver enkelt behandler legger i uttrykket. Eksempelvis omtaler flere behandlere et samarbeid som utarter seg forholdsvis konstruktivt og med et relativt fravær av konflikter. Det kommer også frem at pasientene ikke nødvendigvis er enige, men kanskje heller lar være å yte motstand. På denne måten kan gjerne arbeidsalliansen fremstå som god og at behandlingen nærmer seg et mål, samtidig som selve enigheten er fraværende. I så fall er det betimelig å spørre om arbeidsalliansen lykkes på grunn av andre faktorer enn de som er lagt inn i definisjonen til Bordin (1979)? Kanskje snakker informantene om arbeidsallianse som noe bredere enn definisjonen denne studien har lagt til grunn?

Et annet fremtredende poeng er hvordan behandlerne beskriver muligheten for å ta med pasientenes innspill i behandlingen. Samtlige informanter trekker frem de relativt synonyme begrepene autonomi, selvbestemmelse og pasientens ønsker, og hvor viktig det er at disse vektlegges i behandlingen. Samtidig er det et entydig bilde i den tematiske analysen at

behandlerne bare kan strekke seg inntil et visst punkt for å få med pasientenes innspill. Det går frem at deres faglige vurdering alltid vil avgjøre hvorvidt innspillene tas med. Dette kan gi inntrykk av at pasientens ønsker heller blir en form for en teoretisk mulighet eller kunstig inkludering. Det omtales et ønske om å oppnå enighet og ta inn pasientens innspill, men bare så lenge behandleren er enig. Dette bildet tegner et tydelig paradoks i behandlingen, og det kan igjen spørres om arbeidsallianse-begrepet da er det samme som Bordin (1979) har definert. Autonomi og enighet som begreper i konteksten av arbeidsalliansen forutsetter likeverdige bidrag (Bordin, 1994; Horvath et al., 2011; Tryon & Winograd, 2011), noe som later til å være utfordrende å oppnå når pasienten er underlagt tvangsbehandling. Selv om dette også er ønskelig når pasienten er i tvangsbehandling (Larsen et al., 2006), kan man undre om dette er mer et ønske enn en rett for pasienten. Dette stiller spørsmålsteget om pasienter underlagt tvangsbehandling faktisk har en reell mulighet for å ha autonomi i behandlingen.

Forrige avsnitt trekker oss tilbake til et tidligere poeng, nemlig at utgangspunktet for behandlingen er at behandler og pasient ikke er enige, og at det dermed kan oppleves noe kunstig å skulle oppnå autonomi for pasienten. Det å skulle oppnå full autonomi er kanskje ikke et direkte mål, da dette heller ville tilsvart behandling på frivillig grunnlag. Kanskje er målet å ha noe selvbestemmelse, gitt at behandleren vurderer dette som hensiktsmessig? Med bakgrunn i datasettet vi har samlet inn, er det uklart hvor mye plass det er til autonomi for pasienter underlagt tvang i det norske psykiske helsevern, i hvert fall sett i lys av arbeidsallianse-begrepet. Dermed presser følgende spørsmål seg frem: Er arbeidsallianse-begrepet et dekkende og relevant begrep å benytte seg av når det gjelder denne pasientgruppen?

**Omsorgens logikk: Å yte helsehjelp når pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv**

På et overordnet nivå skisserer våre funn en spenning mellom pasientens autonomi og behandlerens mulighet til å fatte valg på vegne av pasienten. På den ene siden skal pasienten få lov til å fatte valg i behandlingen, mens på den andre siden skal behandleren avgjøre hva som er god behandling. Behandlerne beskriver hvordan en symbolsk pendel svinger mellom disse motpolene. Mol skrev i 2008 en bok som tar for seg to ulike måter å forstå og møte sykdom på. Vi har valgt å se nærmere på spenningen, som våre informanter beskriver, ved å introdusere to begreper Mol (2008) beskriver som motsetningsfylte: ”logic of choice” (norsk: ”valgets logikk”, vår oversettelse) og ”logic of care” (norsk: ”omsorgens logikk”, vår oversettelse). Valgets logikk definerer Mol som ideen om at det finnes alternativer, og frihet til å velge mellom disse, i konteksten av helsevesenet. Mol mener denne ideen er forankret i markedskapitalismen, hvor pasienten er en kunde som velger mellom ulike behandlingsalternativer. Som en konsekvens endres potensielt relasjonen mellom behandler og pasient, hvor behandleren henvender seg til pasienten som en ekspert, og der disse blir to likeverdige parter. Når det er pasienten som skal fatte beslutninger, opplever Mol at dette i sin tur potensielt kan føre til flere negative konsekvenser. For eksempel mener Mol at muligheten til å velge heller kan bli en belastning for pasienten, føre til dårlige beslutninger, og noen ganger er heller ikke pasienten i en tilstand hvor hen er i stand til å fatte beslutninger.

I den andre enden av kontinuumet ligger, i følge Mol (2008), omsorgens logikk. Omsorgens logikk tar for seg den helhetlige opplevelsen av å leve med sykdom, som aspekter ved dagliglivet, møte med helsevesenet, og påvirkningen på familien og samfunnet rundt (Mol, 2008). Begrepet blir dermed svært mangfoldig og komplekst, og videre utfordrende å identifisere og måle. Heller enn å definere det absolutte endepunktet, setter Mol omsorgens logikk opp som en kontrast til valgets logikk: I stedet for å henvende seg til pasienten som en rådførende og likeverdig partner, påberoper omsorgens logikk å sette pasientens omsorgsbehov i sentrum. Her vektlegges det at behandleren er best egnet til å forstå og fatte

beslutninger om behandlingen. I motsetning til å følge pasientens ønsker, setter behandleren det oppfattede omsorgsbehovet foran.

Mol (2008) retter en bred kritikk mot valgets logikk, som hun anser som et stadig mer rådende tankesett i vår tids helsevesen, og fremmer heller godene ved omsorgens logikk. I det følgende vil vi drøfte behandlernes opplevelser av å samarbeide med pasienter underlagt tvangsbehandling ut fra omsorgens logikk og valgets logikk.

I våre intervjuer er et gjennomgående funn at det forekommer en asymmetrisk relasjon mellom behandler og pasient, hvor behandleren er en autoritet. Behandleren forsøker å få med pasientens ønsker, men kommer gjerne til et punkt hvor behandleren selv avgjør innholdet. Når man ser nærmere på de to logikkene Mol omtaler (2008), kan det virke som denne gjennomgående holdningen lener seg mer mot omsorgens logikk. Dette kan begrunnes i at det er behandleren som vurderer pasientens omsorgsbehov uavhengig av pasientens innspill, og slik uttrykker seg som ekspertstemmen.

Implisitt i forståelsen av behandleren som beslutningstager, ligger det en vurdering av pasientens rett til å være med og avgjøre innholdet i behandlingen. Samtlige informanter tar opp kriterier for hvordan de vurderer om pasienten er i en tilstand til å være med å bestemme, eksempelvis om de er en fare for seg selv eller andre, om de virker å ha innsikt i egen sykdom, eller om de oppfattes som samtykkekompetente. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som i en akutfase ved psykose, får her gjerne ikke avgjørende innflytelse på behandlingen. Mol (2008) eksemplifiserer med egen forskning på diabetespasienter, men sammenligner også med pasienter med feber, som er i sjokk eller er i koma. Én av våre deltagere sammenligner på tilsvarende måte pasienter underlagt tvangsbehandling med demenspasienter. Her snakker tilsynelatende behandlerne ut fra en autoritetsposisjon der det er de som er best egnet til å vurdere pasientens behandlingsbehov. Når pasientene som omtales i vår studie ikke får være med å bestemme egen behandling, kan kanskje dette forstås

som å være i tråd med omsorgens logikk. Slik kan det i hvert fall fremstå når behandlerne stadig kommer tilbake til det faktum at det er de som avgjør i hvilken grad pasienten får være med å avgjøre innholdet i behandlingen.

Når behandlerne vurderer det som nødvendig å underlegge pasientene tvungent psykisk helsevern, gjøres dette med begrunnelsen om at de tilbyr nødvendig helsehjelp til en person som ikke er i stand til å uttale seg (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). På den ene siden har man valgets logikk som vil fremme autonomi og likhet mellom partene, og anser undertrykkelse som noe negativt (Mol, 2008). På den andre siden har man omsorgens logikk som fremmer neglekt som noe negativt (Mol, 2008). Innen denne tenkningen kan man spørre om det ville vært neglekt ikke å legge en pasient inn på tvang, dersom det vurderes at personens tilstand har behov for nødvendig helsehjelp. Når informantene omtaler tvangsbehandlingen som en type omsorg og nødvendig helsehjelp, kan dette være i tråd med omsorgens logikk. Samtidig trekker informantene frem nødvendigheten av å tilby selvbestemmelse så langt dette er mulig, selv om en pasient er underlagt tvang. Dette er også et krav loven fremholder (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2). Innen rammene av tvang skal pasienten kunne velge mellom mulige alternativer. Hvis valgets logikk lå til grunn, ville kanskje denne linjen blitt fulgt hele veien ut, slik at pasienten også kunne sagt nei til selve tvangsbehandlingen. Når informantene snakker om behandlingen, kan det se ut som de legger begge logikkene til Mol (2008) til grunn. Kanskje veksler behandleren mellom de to standpunktene, eller kanskje er begge standpunktene inntatt samtidig, men ikke i versjonen av å være ytterpunkter?

Når Mol (2008) videre argumenterer for å gå bort fra valgets logikk, er dette blant annet begrunnet med at vi mennesker ikke er så gode på å gjøre rasjonelle valg, og at vi ikke sitter på ressursene til å undersøke alle alternativer. Videre vil valg implisere positive eller negative konsekvenser (Mol, 2008), og dermed vil pasienten ha ansvar for disse valgene. Med

disse antagelsene til grunn, er det tilsynelatende stor fallhøyde både for pasient og behandler. Flere informanter illustrerer denne problemstillingen med hva som kan skje dersom pasienten ikke underlegges tvangsbehandling, eksempelvis ved skade og forverring av sykdom. I ytterste konsekvens står pasienten i fare for ”å gå til grunne”, slik én informant omtaler det. Flere informanter snakker om livreddende behandling, dersom pasienten står i fare for å påføre seg selv og/eller andre skade og i verste fall død. Innen omsorgens logikk kan det kanskje antas at det ville være neglekt ikke å legge disse pasientene inn på tvang. Ser man til valgets logikk, ville det kanskje heller blitt vektlagt at pasienten uansett har en rett til å fatte slike beslutninger selv, og til å leve livet slik hen selv ønsker. Dette illustrerer ekstremiteten i de to logikkene. På den ene siden kan tvangsbehandlingen forstås som livreddende og nødvendig, og samtidig undertrykkende og frihetsberøvende. På den andre siden kunne alternativet vært selvbestemmelse og potensielt død.

De overnevnte delene er interessante med tanke på den oppdaterte lovgivningen i Norge, der pasientens samtykkekompetanse i større grad vektlegges (Endringslov til psykisk helsevernloven mv., 2017). Fare for pasientens egen helse er ikke lenger tilstrekkelig grunnlag for tvangsbehandling (Dahm et al., 2017). Dette har som hensikt å øke enkeltpersoners autonomi, noe som ser ut til å gå mer i retning av valgets logikk. Samtidig sier lovgivningen at ved alvorlig fare for liv, vil det være rom for å benytte tvang (Dahm et al., 2017). Dette vil i så fall muligens lene seg mot omsorgens logikk. Det kan slik fremstå som at den norske lovgivningen forsøker å romme begge logikkene, og dermed risikerer å gape over for mye. Når lovgivningen rommer så store motsetninger, kan man nemlig spørre om man ikke risikerer å miste noe på veien. Når man inkluderer motsetninger vil de gjerne gå på bekostning av hverandre. Som en konsekvens av dagens lovverk skal pasienten i en viss grad få lov til ”å gå til grunne” når det gjelder egen helse, men ikke så mye at det er fare for liv.

Implisitt i det foregående avsnittet ligger det en vurdering av hva som er god behandling, og svaret på dette avhenger av hvilken logikk man legger til grunn. Når pasienten legges inn på tvang, vil det på sett og vis ikke være noen valgmuligheter for pasienten, etter som pasienten ikke kan si nei til behandlingen. Her kan det virke som at informantene impliserer at det eneste behandlingstilbudet, det behandleren avgjør, også må være det antatt beste tilbudet. Det reiser igjen spørsmål om hva som er god behandling. For eksempel: Hvor store bivirkninger ved tvangsmedisinering skal pasienten måtte tåle, samtidig som det er god behandling? Hvor langt skal omsorgens logikk kunne forsvare de negative konsekvensene, som informantene forteller at pasientene opplever? Motsatt kan man også spørre om hvor stor valgfrihet pasienten skal få, samtidig som dette ivaretar det som vurderes som god behandling?

### **Recovery-orientert tilnærming: Hvor mye selvbestemmelse er det plass til i behandlingen?**

I forrige del redegjorde vi for hvordan Mol (2008) setter omsorgens logikk opp som en kontrast til valgets logikk. Innen sistnevnte er det i større grad vektlagt selvbestemmelse og autonomi, noe som også står svært sentralt i recovery-tilnærmingen (Davidson, 2003). I denne delen vil vi diskutere hvor mye selvbestemmelse det er plass til i behandlingen, sett i lys av recovery-tilnærmingen. "Recovery" kan oversettes til bedring på norsk, men her vil vi likevel benytte det engelske ordet. Dette gjør vi for å unngå misvisende overlapp når vi anvender begrepet "bedring" med en mer generell betydning ellers i oppgaven.

Recovery-perspektivet har vokst frem som en motvekt til resultatorienterte behandlingsformer, hvor det gjerne er en fagperson som vurderer om en pasient har oppnådd bedring, eksempelvis symptomlette (Borg, 2009). I motsetning til å forstå bedring som et resultat, vil recovery fremme muligheten til å leve meningsfylte og tilfredsstillende liv innen rammen av psykiske helseutfordringer, som å kunne leve med ulike utfordringer (Davidson,

2003; Tondora, Miller, Slade, & Davidson, 2014). Bedring kan her forstås som prosessen av å skape et godt liv innen det utgangspunktet man har (Borg, 2009). Pasienten blir nødt til å finne gode måter å leve sin hverdag på, fremfor å oppnå mål som definert av fagpersoner (Borg, 2009). For noen pasienter vil dette handle om å være symptomfrie, selv om recovery-perspektivet ikke nødvendigvis har som mål at personer skal være symptom- og problemfrie (Tondora et al., 2014). Sentrale elementer i det recovery omtaler som bedringsprosesser, kan oppsummeres av CHIME-modellen (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Modellen inneholder følgende fem samtidige prosesser: (1) å stå i kontakt, (2) håp og fremtidstro, (3) identitet, (4) opplevelser av mening og (5) mestring og myndiggjøring (Leamy et al., 2011; Veseth & Skjølberg, 2016).

I denne studien uttrykker behandlerne et ønske om å inkludere pasientenes innspill, så lenge dette anses som faglig forsvarlig. Innen recovery-tilnærmingen vil målet være å etterstrebe så mye selvbestemmelse og valgfrihet som mulig (Davidson, 2003). Disse frontene er ikke nødvendigvis motstridende, men kan potensielt ekskludere hverandre i en behandlingshverdag. Eksempelvis er det en vanlig feilantagelse at recovery-tilnærmingen avviser bruk av tvang fullstendig (Davidson, 2012). Å intervenere når en person står i fare for seg selv eller andre, og å argumentere for dette ut i fra personens eller det øvrige samfunnets sikkerhet, står ikke i motsetning til recovery-orientert behandling (Davidson, 2012). Slik sett argumenterer informantene på samme tid både innenfor omsorgens logikk og recovery-tilnærmingen.

Ved bruk av tvang fokuserer recovery-tilnærmingen på at dette må gjøres med respekt, verdighet og åpenhet (Davidson, 2012). Videre skal tvangen kun benyttes innen akutte situasjoner (Davidson, 2012). Gjennom hele forløpet må det dessuten tilrettelegges for så mye valgfrihet som mulig (Davidson, 2003; Tondora et al., 2014). Dette er riktig nok retningslinjer som gjelder uavhengig av recovery-tilnærmingen, eksempelvis når man ser til retningslinjer



for bruk av tvang ved psykose innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2013). Hva blir da forskjellen mellom recovery- og ikke-recovery-tilnærminger? Ligger det heller i innsatsen og måten man gjennomfører tvangsbehandlingen på?

Helt sentralt i recovery-orientert behandling er at pasienten fatter beslutninger selv, i motsetning til at noen andre gjør det for hen (Tondora et al., 2014). "Shared decision making" kan oversettes til "samvalg", og er et relativt nytt begrep innen denne tradisjonen (Tondora et al., 2014). Samvalg omhandler behandlers kompetanse for å støtte opp under selvbestemmelse hos pasienten (Tondora et al., 2014). Det finnes ikke konsensus om én definisjon av dette begrepet, men samvalg kan beskrives som en måte for helsepersonell å bli bedre på å kommunisere behandlingsoalternativer, med mål om bedre samarbeid om beslutninger som respekterer individers preferanser, mål og kulturelle verdier (Tondora et al., 2014). Dette innebærer for eksempel at pasienten deltar i møter for planleggingen av behandlingen, og at planen baserer seg på egne prioriteringer (Tondora et al., 2014). Blant informantene i vår studie er det flere som tar opp viktigheten av å ha pasienten med i slike prosesser. Det går frem at det er pasienten som må eie behandlingen og oppleve det som meningsfylt for å fremme bedring. Slik kan samvalg se ut til å gå mer i retning av valgets logikk fremfor omsorgens logikk. Trolig ligger dette elementet imidlertid et sted i mellom de to logikkene, da det eksempelvis vektlegges at beslutningene fattes sammen med behandler, fremfor at bare den ene parten fatter beslutningene.

Når det gjelder å tilrettelegge for så mye valgfrihet som mulig, i tråd med samvalg, kan man stille spørsmålsteget ved hvor langt behandlerne er villige til å strekke seg for pasientene. Dette kommer an på hvor behandleren vurderer at en abstrakt grense for selvbestemmelse går: Under hvilke omstendigheter kan man la pasienten bestemme selv? Hvor mye selvbestemmelse får vi plass til innen de gitte rammene? Basert på våre

informanter går det ikke klart frem hvor denne grensen går, men de er alle tydelige på at den avgjørende konklusjonen ligger hos behandleren.

Forskning på hvordan pasienter opplever omsorg under tvungent psykisk helsevern, har vist å ha effekt på behandlingens effektivitet og pasientens engasjement for å jobbe for bedring på egenhånd etter utskrivelse (Davidson, 2017). Dette innebærer blant annet behandlerens anerkjennelse av omstendighetene ved bruk av tvang, og at pasienten opplever å bli inkludert og lyttet til (Davidson, 2017). Når deltagerne i vår studie omtaler det å anerkjenne uenighet mellom partene og at det er i orden å være uenige, er det muligens et lignende fenomen de beskriver. En omfattende studie har vist at pasienter som tilbys valgmuligheter, har høyere sannsynlighet for å engasjere seg i behandlingen, gå med på intervensjoner, og opplever bedre behandlingsutfall (Davidson et al., 2012). Dette i seg selv taler for at pasienten i større grad burde få anledning til å fatte beslutninger innen behandlingen. I vår studie går det ikke frem at behandlerne taler i mot denne tilnærmingen, som tross alt har solid empirisk støtte.

Videre har en omfattende studie av norske helseprofesjoners holdninger til bruk av tvang, vist at man har større sannsynlighet for å benytte dialogfremmende ikke-tvangsbaserte løsninger fremfor tvangsbaserte løsninger i psykisk helsevern (Aasland, Husum, Førde, & Pedersen, 2018). I spørreundersøkelsen velger samtlige yrkesgrupper oftere løsninger hvor brukermedvirkning vektlegges fremfor å benytte tvang. Samtidig som den nevnte studien finner at det er mindre sannsynlighet for å benytte tvangsbaserte løsninger, går det frem i vår studie at behandleren setter rammer som uansett er utenfor pasientens kontroll. Det kan dermed sås tvil om pasientene får en realistisk innflytelse på tilbudet. Videre blir det et spørsmål om disse rammene er for begrensende, eller om de er vide nok til at de kan fungere som faktorer for bedring. Uavhengig av svarene på disse spørsmålene, går det klart frem at all

den tid pasienter vurderes som ikke å være i stand til å vurdere eget behov for helsehjelp, vil det virke negativt på behandlingen dersom den oppleves dehumaniserende (Davidson, 2017).

### **Fellesfaktorer: Når behandlingen forsøker å være et møte mellom to mennesker**

Arbeidsallianse er et omstendelig undersøkt begrep, der forskningen også viser viktigheten av denne hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser (McCabe & Priebe, 2004; Ware, Tugenberg, & Dickey, 2004). Arbeidsallianse er én måte å operasjonalisere det som skjer mellom behandler og pasient. Videre finnes det en rekke relaterte faktorer, såkalte fellesfaktorer, som muligens står nærmere kontakt-delen innen arbeidsallianse eller som står mer selvstendig som parallelle faktorer i samarbeidet (Lambert, 2003). Empati, varme og ekthet er eksempler på slike fellesfaktorer (Lambert, 2003). Dette var temaer samtlige av informantene omtalte. Særlig det å benytte relasjonen i seg selv som kjernen i behandlingen, var et gjennomgående emne de tok opp.

Informantene omtalte det å benytte relasjonen i seg selv som en del av behandlingen, som en måte å omgå mer utfordrende problemstillinger rundt valg av mål og metoder. Det ble også beskrevet som en slags trygg sone. Her ble det tydelig at det går an å få behandlingen fremover, til tross for det som i utgangspunktet var, eller kunne vært, mer konfliktpreget. Her går det også frem at det finnes mer positive aspekter ved behandlingen, hvor det ligger et tydeligere fokus på at det er to mennesker som møtes, i motsetning til asymmetrien som ellers omtales. Dette er også i overensstemmelse med forskningen på at pasienten kan få gode opplevelser til tross for det potensielt utfordrende utgangspunktet i rammene av tvang (Davidson, 2017).

Et annet interessant moment ved informantenes omtale av denne bruken av relasjonen, er at dette er det eneste stedet der behandlerne var tydelige på at det er de som tilpasser seg eller går pasienten i møte. Sammenlignet med situasjoner der behandleren avgjør behandlingen med bakgrunn i faglige vurderinger, er det i større grad pasienten som får

innflytelse på denne formen for arbeid. Kanskje henger dette sammen med empirien som beskriver at pasienten må velge å delta i relasjonsbyggingen og den pågående samtalen (Bordin, 1994; Tryon & Winograd, 2011)? Dette viser i så fall at det finnes et større rom for pasientens innflytelse i behandlingen.

Flere av informantene omtalte også likheten mellom behandling på frivillig og tvang, og rapporterte at fellesfaktorene her var sentrale. Dette er interessant av flere grunner, og løfter diskusjonen til et spørsmål om behovet for å ha pasienten på tvang, når avgjørende faktorer for samarbeidet ikke handler om tvang i seg selv. I tillegg omhandler det et aspekt ved psykoterapeutisk behandling som vil etterstrebtes uansett. Dette sier noe om muligheten for økt selvbestemmelse, og at man potensielt kan stille spørsmålstegn ved behovet og nytten ved å ha pasienten underlagt tvangsbehandling.

### **Refleksivitet og metodiske begrensninger**

Denne studien har en kvalitativ tilnærming til datainnsamlingen og et hermeneutisk-fenomenologisk kunnskapssyn, noe som byr på en spenning mellom å være nær de undersøkte fenomenene og de levde erfaringene, og det å lede intervjuene og fortolke meningsinnholdet (Binder et al., 2012). Dette henger også sammen med at forskerens bakgrunn påvirker hva man velger å studere, hvordan man studerer det og måten man tolker det på (Malterud, 2001). Gjennom hele prosessen har vi vært opptatt av hvordan våre forforståelser påvirker arbeidet med studien, noe vi også har diskutert underveis. Vi har begge en interesse for arbeidsallianse-begrepet og hvordan bruk av tvang påvirker behandling. På forhånd hadde vi en oppfatning om at utgangspunktet med tvangsbehandling kan gjøre at det blir mer utfordrende å skape enighet rundt mål og metode. Dette kan videre ha påvirket at vi har hatt noe mer fokus på mål- og metode-delene i begrepet. Samtidig har vi hatt en intervjuguide som har ivaretatt at opplevelser knyttet til kontakt-delen har kommet frem. I analyseprosessen har også kontakt-delen blitt viet oppmerksomhet, noe som kommer frem i funndelen.

Et overraskende funn under datainnsamlingen var hvordan deltagerne omtalte det som relativt uproblematisk og lite utfordrende å etablere arbeidsalliansen. Dette overraskende momentet handler potensielt om våre forkunnskaper om at tvangsbehandling kan være konfliktpreget. En annen mulighet kan være at deltagerne, som enten var psykologspesialister eller psykiatere, kan ha ønsket å formidle et positivt inntrykk av arbeidet, ettersom vi, som snart utdannede psykologer, ikke skulle sitte igjen med et negativt inntrykk av potensielle fremtidige arbeidsoppgaver. Samtidig opplevde vi deltagerne som åpne og ærlige, så det går ikke klart frem om dette funnet kan være påvirket av dette.

Underveis i intervjuene var det ikke like klart hvorvidt intervjuer og deltager la samme innhold i arbeidsallianse-begrepet. Vi opplevde at informantene vekselvis benyttet eksempelvis "arbeidsallianse", "allianse" og "relasjon", tidvis med overlappende eller synonyme betydninger. Dette kan ha ført til mindre grad av samsvar mellom våre intervju spørsmål og deltagernes svar, noe som videre kan ha påvirket analyseprosessen. Samtidig ga vi en kort introduksjon av Bordin (1979) sin definisjon i begynnelsen av hvert intervju, slik at dette usikkerhetsmomentet skulle minimeres. Vi har også holdt datainnsamlingen åpen for induktive innspill, slik at andre faktorer behandlerne opplevde som relevante for samarbeidet, har blitt tatt hensyn til.

Denne studien undersøker arbeidsallianse-begrepet utelukkende fra behandlerens perspektiv, og vi kan dermed ikke si noe om pasientens perspektiv på de undersøkte fenomenene. Dette er en svakhet ved vår studie, da vi undersøker et fenomen som er avhengig av to parter, og vil være mer en prosess i terapi enn et resultat (Hatcher & Barends, 2006; Wampold & Imel, 2015). Det foreligger også empiri som tilsier at det er lite samsvar mellom terapeuters og pasienters vurdering av arbeidsalliansen, og at behandlerens vurdering av bedring er mindre pålitelig enn pasientens vurdering (Horvath & Symonds, 1991). Dette tilsier at funnene i vår studie må tolkes med forsiktighet når det gjelder vurderinger av arbeidsallianse,

og at det i fremtidige studier bør inkluderes pasienter. Flere deltagere omtaler også pasientenes pårørende som en viktig gruppe å lytte til, da disse forholder seg til pasienten på en annen måte enn behandlerne. Dette perspektivet sier ikke vår studie noe om, og det kunne dermed vært nyttig også å inkludere disse i en fremtidig undersøkelse av fenomenet.

Studien skiller ikke mellom ulike typer behandling under tvang. Deltagerne i studien arbeider eller har arbeidet med pasienter på eksempelvis akuttpsykiatriske poster, kort- og langvarig behandling under tvang og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det er en styrke at studien tar for seg et bredt spekter av behandlingsformer under tvang. På den andre siden snakker behandlerne om ulike rammer for selve tvangen, ulike faser av alvorlige psykiske lidelser, og ulike metoder. Det kan være en svakhet ved studien at den tar for seg et detaljert og omfattende materiale, da det blir mindre konsistens på tvers av erfaringene det fortelles om. Funnene i denne studien er kontekstavhengige til de behandlerne som er intervjuet og de erfaringene de innehar. Deltagernes erfaringer er unike og ulike fra hverandre, noe som gjør at funnene må generaliseres med forsiktighet.

### **Implikasjoner**

Når behandlere arbeider med å etablere og opprettholde en arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling, ser det ut til at de har et ønske om å oppnå enighet rundt mål og metoder. Det virker som behandlerne ønsker å strekke seg for å møte pasientene på deres innspill, men at dette foregår innen avgrensede rammer. Det later til å være utfordrende for behandlerne å ivareta pasientenes autonomi, og samtidig utøve det de oppfatter som god omsorg. Videre fremstår det uklart om, og eventuelt hvor, det går en grense mellom pasientens autonomi og behandlerens faglige vurdering av behandlingsbehov. Her kan det være nyttig å utvikle tydeligere retningslinjer og verktøy for hvordan behandlerne skal håndtere denne problemstillingen i praksis.

Når behandlerne har utfordringer knyttet til å skape enighet med pasientene, fremstår de kreative og løsningsorienterte når det gjelder å finne ut hvordan de kan få behandlingen fremover. Å benytte fellesfaktorer og relasjonen som verktøy for å danne et utgangspunkt for fremtidig behandling, later til å være en behandlingsmessig konstruktiv måte å håndtere utfordringer på.

Denne studien har flere metodiske begrensninger som gjør at funnene må generaliseres med varsomhet. Fremtidig forskning bør inkludere pasientens perspektiv på arbeidsalliansen. En mulighet vil for eksempel være å matche behandlere og pasienter for å sammenligne vurderinger av arbeidsalliansen. Da denne studien har innhentet detaljerte erfaringer innen en kvalitativ tilnærming, kan det også være nyttig å tilnærme seg forskningsspørsmålet innen kvantitativ metode, eksempelvis for å kunne undersøke deres vurderinger i en større skala. Den foreslåtte matchingen mellom behandler og pasient kan eksempelvis benytte standardiserte målemetoder for å vurdere arbeidsalliansen. Slik tallfesting vil potensielt kunne tydeliggjøre positive og negative aspekter ved alliansen. Videre kan fremtidig kvalitativ forskning utdype erfaringsbaserte prosesser i utviklingen av arbeidsalliansen.

### **Sammenfatning**

Formålet med vår studie var å undersøke behandleres erfaringer med å forhandle frem en arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Ut ifra resultatene går det frem at behandlerne har et ønske om å oppnå enighet om behandlingsinnholdet med pasientene. Samtidig går det frem at dette kan være utfordrende, spesielt når behandleren opplever at pasientens ønsker ikke går overens med den faglige vurderingen av behandlingsbehovet. På bakgrunn av det behandlerne forteller, virker det uklart hvordan de skal ivareta pasientens autonomi, og samtidig gi det de opplever som nødvendig behandling. Når behandleren opplever utfordringer med å bli enig med pasienten, later det til at relasjonen dem imellom blir brukt som verktøy for å få behandlingen fremover.

**Referanser**

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R., & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law and psychiatry*, 57, 106-112. doi:10.1016/j.ijlp.2018.02.005
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2000). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Red.). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 133-178). Washington DC.: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-004
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117. doi:10.1080/19012276.2012.726815
- Bjørngaard, J. H., & Heggestad T. (2001). Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 121(29), 3369-3374.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New



- Directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance: Theory, Research, and Practice* (s. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems* (Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Hentet 24. april 2018 fra:  
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267630>
- Borg M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Vedvik, M. A. E., Gaarder, M., Lilleeng, S., Nystadnes, T., & Kindseth, O. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014* (Rapport IS-2452). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16. april 2018 fra  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi:10.1037/0033-3204.43.3.271
- Corrigan, P. W., & Ralph, R. O. (2005). Introduction: Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm. I R. O. Ralph, Ruth, & P. W. Corrigan (Red.). *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (s. 3-17). Washington DC: American Psychological Association.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S., & Bennett, S. (2003). Trauma

- within the psychiatric setting: A preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30(5), 453-460.  
doi:10.1023/A:1024697715409
- Czynski, W. & Lauritzsen, L. F. (2011). *Opplevd tvang og terapeutisk relasjon med pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern* (Spesialistoppgave, fordypning i klinisk voksenpsykologi, Lillestrøm DPS). Hentet 7. mai 2017 fra  
[http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Opplevd\\_tvang\\_og\\_terapeutisk\\_relasjon\\_med\\_pasienter\\_innlagt\\_paa\\_tvungent\\_psykisk\\_helsevern.pdf](http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Opplevd_tvang_og_terapeutisk_relasjon_med_pasienter_innlagt_paa_tvungent_psykisk_helsevern.pdf)
- Dahm, K. T., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Dalsbø, K., & Brurberg, K. G. (2017). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt* (Rapport 2017). Oslo: Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester. Hentet 16. april 2018 fra  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/effekt-av-tiltak-for-a-reducere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-rapport-2017.pdf>
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L. (2012). Use of coercion in recovery-oriented care: Staying vigilant. *Psychiatric Services*, 63(8), 834-834. doi:10.1176/appi.ps.2012p834
- Davidson, L. (2017). Minimizing Coercion Through Person-Centered Care. *Psychiatric Services*, 68(11), 1093-1093. doi:10.1176/appi.ps.681101
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi:10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Roe, D., Stern, E., Zisman-Ilani, Y., O'Connell, M., & Corrigan, P. (2012). If I

choose it, am I more likely to use it? [Abstract]. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(3), 577-592.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 8. mars 2018 fra:

<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 10. februar 2017 nr. 6. Hentet 16. mars 2018 fra

<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6>

Erdal-Aase, R., & Due-Tønnessen, M. (2007). *Individualterapeuters forståelse og behandling av psykose: En kvalitativ studie* (Hovedoppgave, Universitetet i Bergen/Universitetet i Oslo). Hentet 26. mars 2018 fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18348>

Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. (2009). The therapeutic relationship in CBT for psychosis: client, therapist and therapy factors. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(5), 527-540. doi:10.1017/S1352465809990269

Farrelly, S., Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., ... & Thornicroft, G. (2014). Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research*, 220(1), 585-591. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.032

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., ... & Thornicroft, G. (2015). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1637-1647. doi:10.1177/1049732314566320

Finlay, L. (2002). "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of

Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12, 531-545.

doi:10.1177/104973202129120052

Folkehelseinstituttet (2015, 11. mai). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne

[Nettside]. Hentet 3. mai 2018 fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>

Forskrift om tvungent psykisk helsevern (2000). Forskrift om tvungent

psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon av 24. november 2000 nr. 1174.

Hentet 23. april 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174>

Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment

of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General*

*Psychiatry*, 47(3), 228-236. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810150028006

Gadamer, H.-G. (1989). *Truth and method*. New York: Continuum.

Garbutt, J. C., West, S. L., Carey, T. S., Lohr, K. N., & Crews, F. T. (1999). Pharmacological

treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *The Journal of the*

*American Medical Association*, 281(14), 1318-1325. doi:10.1001/jama.281.14.1318

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and

empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2),

143-153. doi:10.1037/0033-3204.27.2.143

Gehrs, M., & Goering, P. (1994). The relationship between the working alliance and

rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial rehabilitation journal*, 18(2),

43-54. doi:10.1037/h0095517

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research.

*Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(3), 292-299.

doi:10.1037/0033-3204.43.3.292

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett*

*sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet 8. mai 2018 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 6. mai 2018 fra:

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf)

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (n.d.). *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne*

[Kvalitetsindikator, Nettside]. Hentet 10. mai 2018 fra <https://helsenorge.no/kvalitetseksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=tvangsinnleggelse>

Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. I A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, (Red.). *The working alliance: Theory, Research, and Practice* (s. 109-130). New York, NY: John Wiley & Sons.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 25-69). New York: Oxford University Press.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy.

- Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561-573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Huus, G., Storm-Olsen, B., & Herheim, Å. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud* (Rapport IS-1554). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kaltiala-Heino, R., Laippala, P., & Salokangas, R. K. (1997). Impact of coercion on treatment outcome. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(3), 311-322. doi:10.1016/S0160-2527(97)00013-7
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(2), 172-178. doi:10.1017/S1121189X00004802
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., & Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(50), 29-36. doi:10.1192/bjp.191.50.s29
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression

- Collaborative Research Program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 532-539. doi:10.1037/0022-006X.64.3.532
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Kvale, S. og Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lambert, M. J. (2003). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Red). *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94-129). New York: Oxford University Press.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Plan for brukervedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse* (Rapport IS-1315). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet 16. april 2018 fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.  
doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview

- studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760.  
doi:10.1177/1049732315617444
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. doi:10.1177/0020764004040959
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46(7), 719-721.
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of social research methodology*, 11(4), 327-344.  
doi:10.1080/13645570701401305
- Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Skui, H. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015* (Rapport 11/2016). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 22. april 2018 fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1251/Kontroll\\_av\\_tvang\\_2015\\_IS-2452-2015.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1251/Kontroll_av_tvang_2015_IS-2452-2015.pdf)
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(2), 70-77.  
doi:10.1159/000320976



Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk

helsevern av 2. juli 1999 nr 62. Hentet 16. mars 2018 fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

QSR International Pty Ltd (n.d.). *What is Nvivo? Software that supports qualitative and*

*mixed methods research* [Nettside]. Hentet 27. februar 2018 fra

<http://www.qsrinternational.com/nvivo/what-is-nvivo>

Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical

conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119–

128. doi:10.1016/j.schres.2004.05.009

Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of

resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*,

41(4), 473-483. doi:10.1037/0022-0167.41.4.473

Ryum, S. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av

alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42(11), 998-

1003.

Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy:

Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy: Theory,*

*Research, Practice, Training*, 36(4), 329-342. doi:10.1037/h0087663

Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early

identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of

therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of psychotherapy practice*

*and research*, 7(2), 126-143.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its

usefulness? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(3), 286-291.

doi:10.1037/0033-3204.43.3.286

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87. doi:10.1037/a0022140
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist, 32*(9), 752-760. doi:10.1037/0003-066X.32.9.752
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang* (Rapport IS-1370). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American psychologist, 41*(2), 165-180. doi:10.1037/0003-066X.41.2.165
- Svensson, B., & Hansson, L. (1999). Relationships among patient and therapist ratings of therapeutic alliance and patient assessments of therapeutic process: a study of cognitive therapy with long-term mentally ill patients. *The Journal of nervous and mental disease, 187*(9), 579-585.
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M., & Davidson, L. (2014). *Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-Centered Planning*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Topor, A., Skogens, L., & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*. doi:10.1108/ADD-11-2017-0022
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly, 3*(3), 233-238. doi:10.1080/09515079008254254
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 33-36. doi:10.1037/0022-0167.40.1.33
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research, 5*(3), 189-198. doi:10.1080/10503309512331331306

- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 153-167). New York: Oxford University Press.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(4), 308-314.
- Veseth, M., & Skjølberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves. Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. I K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (s. 213-230). Oslo: Cappelen Damm.
- Viertiö, S., Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Koskinen, S., Sihvonen, M., ... & Suvisaari, J. (2012). Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. *European Psychiatry*, 27(6), 409-415. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.12.005
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2.utg.). New York: Routledge.
- Ware, N. C., Tugenberg, T., & Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 55(5), 555-559. doi:10.1176/appi.ps.55.5.555
- Wilken, J. P. (2007). Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(5), 658–666.
- 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. doi:10.1111/inm.12121
- Øverland, S., Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet.

*Tidsskrift for norsk psykologforening, 48(8), 739-744.*

## Appendix A



Marius Veseth  
Christiesgt. 12  
5015 BERGEN

Vår dato: 18.08.2017

Vår ref: 54798 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54798</i>	<i>Arbeidsallianse mellom behandlere og personer underlagt tvangsbehandling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marius Veseth</i>
<i>Student</i>	<i>Karina Natalie Harketad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Marianne Høgetveit Myhren

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41 / [amalie.fantoft@nsd.no](mailto:amalie.fantoft@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Karina Natalie Harketstad, [karina.harketstad@student.uib.no](mailto:karina.harketstad@student.uib.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 54798

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

#### TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltperson direkte eller indirekte, med mindre det blir innhentet samtykke fra den enkelte til dette. Det er viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informant har sammen ansvar for dette, og bør drøfte innledningsvis i intervjuet hvordan dette skal håndteres.

Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på taushetsplikten når dere spør om konkrete eksempler. Vi anbefaler at dere minner informantene om taushetsplikten samtidig som dere spør om eksempler. Dere kan med fordel gjøre informantene oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Universitetet i Bergen sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

#### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

I informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 15.05.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

## Appendix B

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Arbeidsallianse mellom behandlere og personer underlagt tvangsbehandling”*

##### **Bakgrunn og formål**

Vi ønsker med dette å invitere deg til å delta i vårt forskningsprosjekt. Formålet med forskningsprosjektet er å intervjuere behandlere vedrørende deres yrkesopplevelser rundt tvangsbehandling, og opplevelsen av å danne arbeidsallianse med pasienter underlagt tvangsbehandling. Med behandlere mener vi psykologer og psykiatere som arbeider med personer som er underlagt tvangsbehandling. Prosjektet er en studie i forbindelse med en hovedoppgave på Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB). Studien utføres av Karina Natalie Harkestad og Marius Prytz, studenter på profesjonsstudiet i psykologi. Prosjektet veiledes av førsteamanuensis Marius Veseth, UiB.

Utvalget er trukket på bakgrunn av deres utdannings- og yrkesbakgrunn samt erfaring med å jobbe med tvangsbehandling.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltagelse i forskningsprosjektet vil innebære et semistrukturert intervju som vil ta inntil 45-75 minutter. Samtalen vil bli registrert ved hjelp av digital lydopptaker, som vi vil benytte for å transkribere dine svar ord for ord.

Prosjektet går ut på at du først vil bli intervjuet om dine opplevelser rundt behandling og arbeidsallianse med pasienter underlagt tvang. Det er fint om du anonymiserer dine erfaringer, slik at taushetsplikten ivaretas. Deretter vil du bli bedt om å svare på et kort spørreskjema om bakgrunnsinformasjon hva gjelder kjønn, alder, yrkes- og utdanningsbakgrunn. Intervjuet kan vi for eksempel gjøre på ditt arbeidssted, eller et annet sted du finner passende.

I forkant av intervjuet vil vi gjerne be deg om å ta utgangspunkt i en eller to personer du har jobbet sammen med mens vedkommende var under tvangsbehandling. Spørsmål du kan ta utgangspunkt i er: Hva gjorde dere sammen? Hvordan jobbet dere?

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Etter transkripsjon vil vi undersøke hva som går igjen i svarene fra de vi intervjuer. Både lydopptakene og spørreskjemaene vil bli behandlet konfidensielt, og bare studenter og veileder vil ha tilgang til disse. Opptakene lagres på en ekstern harddisk, og låses ned når de ikke er i bruk. Intervjuene vil imidlertid transkriberes uten unødig opphold, og etter transkripsjon er ferdig vil lydopptakene slettes. Transkripsjonene vil bli lagret på passordbeskyttet PC, og vil bli slettet ved prosjektets slutt.



Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 15.05.2020. I vår hovedoppgave og eventuelle vitenskapelige publikasjoner vil vi kunne gjengi noe av det du har sagt, men det vil i så tilfelle skrives på en slik måte at du ikke blir identifisert.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Marius Prytz: tlf. 41215835 eller e-post [marius.prytz@uib.no](mailto:marius.prytz@uib.no)

Karina Natalie Harkestad: tlf. 92887644 eller e-post [karina.harkestad@uib.no](mailto:karina.harkestad@uib.no)

Veileder Marius Veseth: tlf. 55582945/91147226 eller e-post [marius.veseth@uib.no](mailto:marius.veseth@uib.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Appendix C

### Intervjuguide

#### Hvordan opplever behandlere arbeidsalliansen med mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er underlagt tvangsbehandling?

##### Om å utøve tvangsbehandling

- 1) Kan du kort fortelle hvordan du opplever det er å ha mennesker med alvorlige psykiske lidelser i tvangsbehandling?

*Utdypning:* Hvordan er det å utøve tvangsbehandling? Hva opplever du som forskjellig fra andre måter å drive psykoterapeutisk behandling du eventuelt har jobbet med tidligere?

##### Om å skape arbeidsallianse under tvangsbehandling

- 2) Hvordan opplever du det "å skape kontakt" med personer som er underlagt tvangsbehandling?

*Utdypning:*

- 3) Terapeutisk bånd:

- Hva legger du i "terapeutisk bånd"? Ta gjerne utgangspunkt i en historie fra behandling
- Hvordan er dette båndet når personen er underlagt tvang?
  - Hva gjør du for å få kontakt med mennesker som behandles under tvang?
  - Hvordan jobber du med det terapeutiske båndet mellom dere?
- Kan du trekke frem et konkret eksempel her?
  - Hva gjorde dere sammen?
  - Hvordan jobbet dere?
    - ((Da kan vi vurdere en situasjon der de opplevde at de hadde god kontakt, og en der de opplevde at de ikke fikk god kontakt- se spørsmål under)))*
- Kan du trekke frem et eksempel hvor du opplevde at det var utfordrende å bygge et terapeutisk bånd?
- Hvilke utfordringer har du møtt på her? Har du opplevd brudd i det terapeutiske båndet(/alliansebrudd)?
  - Hvordan har du evt løst relasjonen etter bruddet?
- Hvordan går du frem i timene for å trygge personen?

- 4) Mål:

- Hvordan går du frem for å finne mål med personer underlagt tvang?
- Hvordan går du frem for å skape enighet mellom dere?

- Hvordan får man brukt mål personen selv kommer med?
- Har du opplevd noen utfordringer når det gjelder å bli enige om felles mål? Hvis ja, hvilke?
  - Hvordan løser du evt disse?
- Hvis personen i behandling er uenig i dine faglige vurderinger, hvordan går du frem?
  - Har du et konkret eksempel?
    - Hvordan har du løst det?
  - Er det noen gang du ikke har blitt enig med personen i behandling?
    - Hva gjør du da?

#### 5) Metode:

- Hvordan blir du enig med personen om hvordan dere sammen kan nå bestemte mål?
- Hvilke utfordringer møter du i å finne en felles enighet?
- Hvis personen er uenig i dine faglige vurderinger, hvordan går du frem?
  - Har du et konkret eksempel? Utdyp.
    - Hvordan har du løst det?
  - Er det noen gang du ikke har blitt enig med pasienten? Hvis ja, utdyp.
    - Hva gjør du da?

#### Avslutningsvis:

- Hvordan skulle du ønsket at helsetjenesten så ut for å i enda bedre grad kunne oppnå kontakt med personer med alvorlige psykiske lidelser?