



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Autonomi og menneskeverd i møte hos  
tvangsutsatte mennesker.**

Rita Kiperberg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Molde, 23.04.2020



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tor-Johan Ekeland

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato:

**Antall ord: 7927**

Den enkelte har aldrig  
Med et andet menneske at gøre uden  
At han holder noget af  
Dets liv i sin hånd.  
Det kan være meget lidt,  
En forbigående stemning, en oplagthed...  
Men det kan også være forfærdende meget,  
Så simpelthen står til den enkelte,  
Om den andres liv lykkes eller ej...  
I er i hinandens verden og hinandes skæbne

-Knud E. Løstrup (1991)

## Sammendrag

Det har i de siste årene innen rus og psykisk helse vært stort fokus på selvbestemmelse, brukermedvirkning og å redusere bruken av tvang. Likevel får flere tusen mennesker hvert år helsehjelp under tvang innen psykisk helsevern.

Det er store subjektive forskjeller i opplevelsen av å bli utsatt for tvang. Noen mennesker opplever det å bli utsatt for tvang som traumatisk, krenkende og et angrep på deres menneskeverd. De kjenner på fortvilelse, aggresjon, tristhet og depresjon. Andre opplever tvangen som en slags omsorg og hjelp til å få det bedre. For en skal forstå mennesker sine opplevelser av å bli utsatt for tvang må vi få tilgang til den enkeltes erfaring. Hvordan et menneske opplever et og tilsynelatende samme tvangsvedtak vil variere, dette fordi vi mennesker er subjektive vesener med vår egne indre referanseramme.

Tvang og makt er ikke bare aktuelt når det gjelder fare for eget liv og helse, men kan handle like mye om hvordan vi møter klienten i den daglige samhandlingen. Det fremkommer gjennom refleksjonene rundt Lars, at måten miljøterapeuten møter og samhandler på, kan være med å styrke eller svekke opplevelsen av autonomi og menneskeverd. Disse verdiene står ifølge humanistisk perspektiv sterkt og er svært sentrale. Menneskeverdet er en iboende, ukrenkelig og uendelig verdi, som trer i kraft av det å være menneske. Et hvert menneske har autonomi og rett til å bestemme over seg selv. Denne retten frafaller i situasjoner der mennesker oppfattes å ikke være kompetent til å forstå konsekvensen av egne valg, knytt til alvorlig fare for eget liv og helse. En griper da inn i forhold til menneskets frihet, med formål om å ivareta menneske eller unngå at han blir skadet, selv om mennesket motsetter seg dette.

Vurdering om bruk av tvang utgjør alltid et etisk dilemma, der en vil forsøke å ivareta mennesket sin autonomi, men samtidig hindre helseskade. For å redusere bruken av tvang og finne andre løsninger må tørre å snakke åpent sammen, inkludere brukeren, pårørende og samarbeide på tvers av tjenestene.

## Innhold

<b>1</b>	<b>Bakgrunn for valg av tema og introduksjon av problemstilling .....</b>	<b>1</b>
1.1	Litteratursøk .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>3</b>
2.1	Selvbestemmelse og tvang .....	3
2.2	Mennesker sine opplevelser av å bli utsatt for tvang .....	5
2.3	Makt og tvang i psykisk helsevern .....	6
2.4	Autonomi og menneskeverd.....	7
2.5	Humanistisk perspektiv .....	8
2.6	Carl Rogers.....	9
2.7	Personsentrert tilnærming.....	10
2.7.1	Empati .....	11
2.7.2	Ubetinget positiv forståelse.....	11
2.7.3	Ekthet/kongruens.....	11
<b>3.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>13</b>
3.1	Empiri.....	13
3.2	Lars bak diagnosen .....	14
3.3	Valgets kvaler og betydningen av å velge.....	16
3.4	Den usynlige makten .....	17
3.5	Tillit, relasjon og allianse .....	20
<b>4.0</b>	<b>Oppsummering med konklusjon .....</b>	<b>22</b>



## 1.0 Bakgrunn for valg av tema og introduksjon av problemstilling

I vårt samfunn er det en grunnleggende verdi å ha frihet til å kunne ta valg som har betydning for eget liv og helse. Mennesker som anses å være beslutningsdyktige har rett til å gjøre valg som andre i samfunnet mener er skadelige og kan påføre seg selv skade.

I Norge begrenses denne retten i situasjoner der mennesker oppfattes å ikke være kompetent til å forstå konsekvensen av egne valg knytt til alvorlig fare for eget liv og helse. En griper da inn med formål om å hjelpe mennesket (Lundeberg, Mjåland, Søvig, 2014, s 31). Det har i de siste årene innen rus og psykisk helse vært stort fokus på selvbestemmelse, brukermedvirkning og å redusere bruken av tvang. Likevel får flere tusen mennesker hvert år helsehjelp under tvang innen psykisk helsevern (Bremnes, 2019, s 2).

Etter å ha jobbet innenfor rus og psykisk helsetjeneste i snart 15 år, har jeg erfart at de menneskene jeg har møtt, som har blitt utsatt for tvang beskriver det som et alvorlig inngrep i deres menneskeverd. En mann med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk som jeg vil fortelle om i denne oppgaven har blitt utsatt for tvang i store deler av livet sitt. En gang jeg var hjemme hos han fant jeg et ark hvor han hadde skrevet:

Dere så med kritiske blikk på meg, så jeg ikke turte se og ble blind.

Da jeg ble blind kunne jeg ikke se valgmulighetene, så dere tok valgene for meg.

Dere tok fra meg min stemme, så jeg sluttet å snakke.

Dere forgrep dere på meg når jeg lå nede og ikke kunne rope om hjelp.

Når jeg leste disse ordene skjedde det noe med meg. Ordene og måten han formulerte seg på gjorde et sterkt inntrykk på meg og fikk meg til å reflektere. Både om hva det gjorde med han å bli utsatt for gjentakende tvang, men også om hvordan vi miljøterapeuter møtte og samhandlet med han i hverdagen. Det er blant annet disse fire linjene som gjør at jeg i denne fordypningsoppgaven ønsker å vise hvordan bruk av tvang kan virke inn på et menneske. Jeg ønsker å rette fokus på hvordan vi miljøterapeuter ved hjelp av

personsentrert tilnærming i møte med tvangsutsatte mennesker kan bidra til å styrke autonomi og menneskeverd. Problemstillingen er følgende:

*Hvordan kan miljøterapeuten med hjelp av personsentrert tilnærming i møte med mennesker som er utsatt for tvang bidra til å styrke autonomi og menneskeverd?*

## **1.1 Litteratursøk**

Først lagde jeg meg en liste over relevante søkeord til min problemstilling. Noen av søkeordene jeg skrev ned var: akutt, psykisk helsevern, tvang, schizofreni, makt, avmakt, lov, menneskeverd, valg, paternalisme, autonomi, selvbestemmelse, relasjon, personsentrert, Carl Rogers, krenkelse, omsorg og integritet. Jeg oversatt ordene til engelsk. Etterpå valgte jeg ut tre av de databasene jeg mente ville være mest egnet til å finne nyttig litteratur og forskning innen rus og psykiatri feltet til min problemstilling. Databaser som ble brukt var Medline, som er den største medisinske basen, den nordiske databasen Svemed og PsychINFO. Søkeordene ble satt sammen i ulike varianter (AND og OR) også med trunkering og på engelsk i databasen Medline.

De tilgjengelige databasene førte til at jeg ofte fikk svært mange treff og kunne med fordel avgrense ved å gå på «limits», begrense søket til «full text og abstracts», avgrense «publication year» til nyere årstall. Store mengder materiale ble gjennomgått og sortert.

Da jeg søkte på tvang var det flere relevante artikler og forskningsstudier fra Norge og internasjonalt. Jeg fant mellom annet to norske forskingsprosjekt av nyere tid, som var svært relevante. Jeg undersøkte også internasjonal forskning fra Europa, USA og Australia, som vil bli vist til i oppgaven. I tillegg til søkene i databaser, har jeg brukt litteratur fra pensum, forelesninger og bøker.

## 2.0 Teori

I teoridelen vil jeg skrive om selvbestemmelse og tvang i psykisk helsevern og pasienter sine erfaringer med å bli utsatt for tvang og makt. Autonomi og menneskeverd er unike verdier i psykisk helsevern og vil kort bli omtalt. Til slutt vil jeg gjøre rede for det humanistiske perspektivet og presentere Carl Rogers sin filosofi og terapiform, personsentrert tilnærming.

### 2.1 Selvbestemmelse og tvang

Kjerneaspekter ved tvang er ufrivillighet og tap av frihet og autonomi. Teorier om tvang beskriver gjerne tvang som at A stiller et tvangsmessig krav til B om å gjøre Y, og B opplever å ikke ha noen annen mulighet enn å adlyde. Det inkluderer også tap av frihet til å uttrykke seg selv eller følge egne mål og interesser (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 9). Alle mennesker har i utgangspunktet full selvbestemmelsesrett over egen helse og all helsehjelp skal med hovedregel kun mottas frivillig med samtykke. Dette gjelder også mennesker som mottar helsehjelp innen psykisk helsevern. I enkelte tilfeller hvor det er snakk om ivaretagelse av liv og helse kan denne retten overstyres. Slike unntak er det psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 som regulerer ved lov innen psykisk helsevern. Tvangstiltak mennesker kan bli utsatt for innenfor psykisk helsevern er tvangsinnleggelse, tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsbehandling med legemidler og skjerming. Alle former for tvangsbruk er sterkt regulert og frivillighet skal alltid være forsøkt først (Bremnes, 2019, s. 4,5 & 16).

Det er påvist betydelige og vedvarende regionale forskjeller i antall tvangsinnleggelse. Psykologforeningens president, Tor Levin Hofgaard mener det har vært for lite diskutert hvilke tjenester eller tiltak som må være på plass for at lovkravet om at frivillighet skal være forsøkt først er tilfredsstillt (Johansen & Halvorsen, 2018). Å bli på påført tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i pasientenes liv. Rapporterte data til norsk pasientregister viser at det i 2017 ble truffet ett eller flere tvangsvedtak innen psykisk helsevern for til sammen 7000 pasienter. Etter en innskjerping i lovendring innen psykisk helsevern 2017 ble det en liten reduksjon i bruken av tvang. I praksis medførte

lovendringen krav om fratatt samtykkekompetanse. Det ser imidlertid ut til at reduksjonen i tvang bare var forbigående etter nyere data (Bremnes, 2019, s. 4,5 & 16).

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført fra 2019 i tjenestene. Pakkeforløpene skal bidra til økt fokus på brukermedvirkning, samarbeid med pårørende, samhandling med kommunen og mer systematisk utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Alle pasienter i psykisk helsevern inngår i forløpene. Det er et mål om at tvang kan reduseres med fokus på disse elementene og bruk av individuellplan og kriseplan (Bremnes, 2019, s. 2).

Før innføringen av pakkeforløpet i 2019 forespurte Helsedirektoratet Folkehelseinstituttet om en oppdatert systematisk oversikt over effekten av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern hos voksne. Rapporten som ble laget var en oppdatering av en tidligere rapport av samme tema fra 2012. Metoden de brukte var systematisk gjennomgang av forskningslitteratur funnet i flere databaser. Det var krav om høy metodisk kvalitet, randomiserte kontrollerte studier og prospektive kontrollerte studier. Populasjonen de undersøkte var mennesker fra 18 til 65 år med alvorlig psykisk lidelse. Rapporten baserte seg på 21 enkelt studier, hvorav 2 av de er gjort i Norge. Alle studiene undersøkte effekt av tiltak som er i bruk i Norge, som kriseplan, systematisk risikovurdering, aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team), akutt-kriseteam og behandlingstakter. Rapportens hovedfunn:

- Bruk av kriseplan for polikliniske pasienter reduserer trolig antall pasienter som blir tvangsinnlagt.
- Systematisk vurdering av risiko for aggressiv og voldelig atferd hos pasienter innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling reduserer muligens bruk av tvangsmidler.
- Rådgivning og støtte av personell på sikkerhetsavdeling fører muligens til mindre bruk av tvangsmidler overfor pasienter.
- For de andre tiltakene (blant annet nettverk og samhandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og personlig støtte av advokat for inneliggende pasienter) var dokumentasjonen av for lav kvalitet til at det kunne trekkes konklusjoner (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 3).

## 2.2 Mennesker sine opplevelser av å bli utsatt for tvang

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo gjennomførte i 2011 et prosjekt for å finne ut mer om pasienter, pårørende og helsepersonell sine opplevelser og erfaringer med bruken av tvang. Prosjektet strekte seg over en periode på fire år og ble kallet «PET-prosjektet», som står for «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang». Prosjektet består av flere delstudier med intervjuer av personer med tvangserfaringer og med pårørende i ulike aldersgrupper. I tillegg en landsomfattende web-basert spørreundersøkelse der brukere også deltar. Prosjektet inkluderer alle typer formell og uformell tvang i psykiske helsetjenestene, og inkluderer et bredt spekter av psykiske problemer. Hovedformål med prosjektet er å styrke etikk-arbeidet i de psykiske helsetjenestene ved å undersøke pasienter, pårørende og helsepersonell sine erfaringer (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 14 & 33).

Pasientene i prosjektet beskrev forskjellige følelser og psykologiske reaksjoner på tvangsbruken. Flere kjente på fortvilelse, aggresjon, frustrasjon, tristhet og depresjon. Andre opplevde tvangen som en slags omsorg og hjelp til å få det bedre. Måten tvang blir utført på har stor betydning for hvordan tvangen oppleves. Positiv opplevelse av tvang ble forbundet med å bli respektert som et menneske, å få medvirke og beholde så mye autonomi og frihet som mulig. Negative opplevelser av tvang er ofte forbundet med mangel på tillit og trygghet, dårlig kommunikasjon med helsepersonell i form av krenkende og respektløs oppførsel og at de ikke lytter til pasientens synspunkter. Dette innebærer at medvirkning og samarbeid er viktige aspekter ved tvang. Det å bruke tid på kommunikasjon og gode relasjoner er betydningsfullt (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 17-24).

Dette fremkommer også i artikkelen «Experience of involuntary detention in acute psychiatric care» av Seed, Fox og Berry i 2016. Artikkelen baserer seg på en narrativ syntese gjennomgang av flere kvalitative studier om erfaringer av tvang, hentet fra databaser i perioden 2006 til 2014. Et av funnene som blir presentert i artikkelen viser sammenheng i hvordan tvangsutsatte pasienter blir møtt og den samlet opplevelsen pasienter sitter igjen med. Pasienter som ble møtt personsentrert opplevde å bli sett, å få tillit og relasjon til helsepersonell. På den måten ble det skapt en allianse som muliggjorde

aksept. Motsatte erfaringer bidro til opplevelse av tap, dårlig terapeutisk relasjon og en samlet negativ opplevelse.

## **2.3 Makt og tvang i psykisk helsevern**

Studier har vist at pasienter ikke alltid har visst om de har vært innlagt på tvang eller ikke, samt hatt feil oppfatning. En del av pasientene som hadde vært tvangsinnlagt oppgav å ikke ha opplevd mye tvang, mens andre som var frivillig innlagt oppgav å bli utsatt for mye tvang. Dette viser at mennesker sine opplevelser av å bli utsatt for tvang er individuelle og ikke alltid samsvarer med bruk av formell tvang (Pedersen & Nortvedt, 2018, s. 196-197).

Makten har mange ansikter og kan vise seg på forskjellige måter. Det er individuelle forskjeller i hvordan tvang oppleves, jamfør pasienters beskrivelse av opplevd tvang i PET-prosjektet. Alle mennesker har sin egne indre referanseramme, som virker inn på hvordan en tolker og forstår en situasjon. For å få tilgang på et menneske sin opplevelse av tvang må en få tilgang til den enkeltes subjektive opplevelse. Hvordan et menneske opplever et og tilsynelatende samme tvangsvedtak vil kunne variere stort og ikke være sammenlignbart eller overførbart til andre. Det har med individets tidligere erfaringer, fortolkning og forventinger av situasjonen. I tillegg individets ressurser til å handtere og bearbeide opplevelsen i etterkant. For noen oppleves tvangen traumatiserende eller re-traumatiserende og hvordan en får bearbeidet opplevelsen vil kunne ha betydning for følgene. Etter et tvangstiltak har blitt gjennomført skal det være en samtale mellom helsepersonell og den tvangsutsatte med gjennomgang av forløpet. I PET-prosjektet fremkommer det at dette ikke blir gjort tilstrekkelig (Norvoll & Pedersen, 2017, kap. 5)

Forskning viser at noen opplever seg tvunget til å motta psykiske helsetjenester, uten at de egentlig ønsker. Flere mennesker som mottar psykiske helsetjenester opplever press og maktutøvelse fra helsepersonell som yter helsehjelpen. Denne opplevde tvangen kan være vanskelig å få tak i da den ofte forekommer i det skjulte. Det kan skje i form av overtalelser, at en ikke er lydhør overfor personen sine ønsker og kan komme til syne gjennom fagpersonens autoritære holdning og væremåte (Borg & Topor, 2014, s.88).

## 2.4 Autonomi og menneskeverd

Menneskeverdet er en objektiv iboende verdighet, som ifølge den klassiske humanismen konstant er til stede, ukrenkelig, umistelig og ubetinget. Autonomi betyr frihet, mens ordet frihet kan defineres som: viljefrihet, valgfrihet og handlingsfrihet. Menneskeverdet og autonomi har en unik plass i den norske helse og omsorgstjenesten (Jonassen & Silva, 2018, kap. 5). Internasjonalt og nasjonalt er det økende fokus på autonomi gjennom lovgivning som menneskerettigheter, pasientrettigheter, brukermedvirkning og empowerment (myndiggjøring) (Karlsson & Borg, 2017, s. 88). Brukeren sine ønsker og meninger skal være i fokus og sentrale elementer i bedringsprosessen er gjenvinning og kontroll over eget liv. I «Sammen og mestring» veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne er målet at den enkelte skal kunne leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene helseproblemet kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014).

Det handler om å fremme muligheter og tro på at alle mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, med eller uten sine psykiske helse- og/eller rusvansker (Karlsson & Borg, 2017, s. 41). Autonomi handler også om brukeren sin opplevelse av å bli sett og forstått som et subjekt. Gullsett og Ekeland skriver om autonomi:

Å anerkjennes som subjekt innebærer i prinsippet å bli tilkjent kompetanse og forutsetninger for å kunne gjøre egne valg, ta ansvar, ha ønsker og intensjoner, og utvise dømmekraft ved egne handlinger, med andre ord kapasiteter som er konstituerende for det å være menneske (Gullsett & Ekeland, 2012, s. 16).

Dersom disse kapasitetene blir tatt fra et menneske eller mistrodd vil det med en nødvendighet oppleves som et angrep på ens verdighet som menneske (Gullsett & Ekeland, 2012, s. 16).

Opplevelse av autonomi og verdighet blir blant brukere av psykiske helsetjenester vektlagt som noe av det viktigste i behandlingen sammen med gode relasjoner til behandlere over tid. Dette viser oppsummert forskning uavhengig av kontekst, brukergruppe og forskningsdesign (Pettersen & Lofthus, 2018).

Tankene og intensjonene om at mennesket som opplever psykisk uhelse og/eller rusvansker skal innta og være i førersetet kan ses og forstås ut fra et humanistisk perspektiv.

## 2.5 Humanistisk perspektiv

Humanistisk psykologi er en forståelse av mennesket og ikke en ren psykologisk teori eller tradisjon. Perspektivet vektlegger menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av mening, håp, fellesskap, aktivitet, følelser og verdier. Menneske oppfattes som en handlende aktør og unikt i betydningen av å være et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen (Karlsson & Borg, 2017 s. 63). Et menneske kan forstås og ikke forklares, som blir klarert gjennom hermeneutikken. Mennesket kan ikke forklares ut ifra kjemiske og fysiske prosesser slik som i naturvitenskapen, en vil da gå glipp av det vesentlige med mennesker, nemlig det subjektive. Det vil ikke være mulig å observere objektivt, vi legger alltid til noe subjektivt i vår tolkning og forståelse. Enhver forståelse, er en begrenset forståelse, men samtidig utgangspunkt for en ny forståelse. Å forstå seg selv og andre er en uendelig prosess. Dette beskriver den hermeneutiske spiral. Forenklet sagt betyr det at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thorngquist, 2012, s 142). Et hvert menneske er unikt. For å forstå et annet menneske må en få tilgang til den andre sin livsverden og forsøke å se helheten gjennom den andre sitt verdisystem, livshistorie og kulturelle bakgrunn (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012, kap. 6). Mennesker er handlende subjekt der handlingene er tillagt en mening. Handlingene kan både være bevisste og ubevisste. Mennesket forstår og fortolker verden gjennom sin indre forståelsesramme. En person og hvordan personen framstår må forstås som «en person i verden». Denne verdenen er forskjellig fra hvordan personen opplever den (Thorngquist, 2012, s.156).

Det er nødvendig med tid til å bli kjent, til å være åpen, til å uttrykke, til å lytte, til å forsøke å forstå og til å kommunisere. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom personen som søker hjelp og fagpersonen. I grunn for samarbeidet ligger en anerkjennelse av at personen er ekspert på sitt liv og har forutsetninger for å ta ansvar for å mestre dette. I møte med personen skal terapeuten støtte



opp om ulike former for vekst og utvikling som er karakteristisk ved det å være menneske (Karlsson & Borg 2017, s. 65).

## 2.6 Carl Rogers

Den amerikanske psykologen Carl Rogers har arbeidet mest med å videreutvikle humanistisk psykologi klinisk og metodisk. Rogers har alltid vært klar over at det er umulig å starte forutsetningsløst. I alle teorier og i praktisk arbeid gjøres det grunnleggende antagelser om hvordan mennesket og verden er. Samlet sett vil disse antagelsene endre seg i takt med terapeuten sin erfaring og vises gjennom den praktiske tilnæringsmåte (Waldermar, 1979, s.11-30).

Rogers har tre grunnleggende antagelser om mennesket som kan sammenfattes slik. Mennesket sin egne indre subjektive opplevelse har en fundamental status. Rogers har en dyp tillit til at menneske innerst inne er gode av natur. Og den siste at mennesker må forstås som en fri person, dvs. som en selvvirksom aktør med evne til å velge og forandre seg selv (ibid).

Rogers har understreket at den menneskelige eksistens er subjektiv og at mennesket eksisterer i sin egen, indre og private opplevelsesverden. Om en virkelig skal kunne forstå den andre og eventuelt forutsi dets atferd må en ha inngående kjennskap til denne opplevelsesverdenen. Rogers sier det er opplevelsen av miljøet som utgjør miljøet. Han viser til at et barn kan tas opp av en vennlig og hengiven person, men dersom barnets opplevelse av situasjonen er at dette er en fremmed og skremmende erfaring, så er det denne opplevelse, som vil bestemme dets atferd (ibid).

Rogers sitt filosofiske grunnsyn om mennesket er optimistisk. Han beskriver at den innerste kjerne i menneskets natur er fundamentalt sosial, rasjonell og realistisk. Mennesket er født som frie individer og alle har potensiale i seg til vekst og frie valg. Denne optimismen står i stor kontrast til andre terapeuter som til dømes Freuds dype pessimisme, om at mennesket av natur er irrasjonelle, styrt av indre instinkt og impulser, som uten å bli kontrollert vil ødelegge seg selv og andre. Rogers er fullt klar over at individer kan opptre grusomt, destruktivt, antisosialt og sårende. Denne type atferd finner

imidlertid forklaring i negative erfaringer som individet historisk sett har erfart og ikke er medfødt. Gjennom terapi vil det ifølge Rogers være mulig å komme seg videre og bli ferdig med de negative erfaringene og etablere gode forhold til andre mennesker. Ved at terapeuten skaper et bestemt konstruktivt terapeutisk klima vil klienten selv kunne hanskles med sine problemer og realisere sine iboende muligheter (ibid).

## **2.7 Personsentrert tilnærming**

Selvaktualisering er hovedmålet i personsentrert terapi. Terapiprosessen skal frigjøre og gi de vekstmulighetene og det potensiale klienten i utgangspunktet hadde. Ved å skape og bringe frem følelser og opplevelser knyttet til meningen med livet, skapes selve meningen i livet. Gjennom å bli møtt terapeutisk vil klienten forstå seg selv bedre og bli mer bevisst sine handlinger og valg. Klienten vil utvikle seg, virkeliggjøre sitt selv og finne sin mening i livet.

Selvet er i utgangspunktet fleksibelt (aksepterende og reflekterende) med evne og vilje til å gjøre valg. Et selvaksepterende selv har styrket trygghetsfølelse, selvrespekt og selvforståelse. Det har evner til å se og forstå seg selv både innen ifra og uten ifra. Et selvaksepterende selv vil kunne ha frihet til å bruke og realisere sine evner, anlegg, interesser og oppnå selvaktualisering (Haugsgjerd et al. 2012 s.258-262).

Mennesket er søkende etter å finne ut hvordan egne erfaringer stemmer overens med omgivelsenes. Opplevelser som ikke passer med ens egen referanseramme kan oppleves som trusler mot selvet. Dette kan være opplevelser, ting som blir sagt eller gjort, valg en tar, som gir følelse av ubehag eller angst i ulik grad. Selvet vil bevege seg mot et mer rigid selv som en beskyttelse strategi. Med et rigid selv mister man fleksibilitet og kapasitet til å ta valg og menneske vil stagnere i utvikling (ibid).

I personsentrert tilnærming er det spesielt tre grunnholdninger som blir vektlagt mest hos terapeuten; empati, ubetinget positiv, ekthet/kongruens. I terapiprosessen vil disse tre holdningene kunne frigjøre og gi vekstpotensialet til de iboende ressursene og potensiale klienten har i seg (Haugsgjerd et al. 2012, kap. 5).

### **2.7.1 Empati**

Terapeuten skal være aktivt tilstedeværende og nysgjerrig på hva klienten sier. Vise omsorg og innlevelse i klientens opplevelser. Carl Rogers påpeker at terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, men samtidig stå utenfor intensitet og styrken i følelsene. Han kan bli berørt, men må kontrollere følelsene sine, være til støtte for den andre og vise håp og muligheter for å komme seg videre (Haugsgjerd et al. 2012, kap. 5). Empati innebærer både nærhet og distanse, en evne til å være nær og distansert samtidig. En nærhet som innebærer forståelse og deltakelse, men samtidig en distanse i at man er en selvstendig person som er forskjellig fra klienten (Olkowska & Landmark, 2016 s. 72-73).

### **2.7.2 Ubetinget positiv forståelse**

Klienten skal omgis med en varm og positiv atmosfære. Alle tema er lov å snakke om. Klientens tanker, følelser, ideer og oppførsel respekteres og aksepteres som hans. Det er tillat med negative følelser på lik linje med positive. Terapeuten må ha tro på klientens iboende ressurser og evner til selvrealisering uansett opplevelser, omgivelser eller utfordringer han måtte ha. Både terapeuten og klienten vil gjennom terapiprosessen få større innsikt og bevissthet av seg og sin selvforståelse (Haugsgjerd et al. 2012, kap.5).

### **2.7.3 Ekthet/kongruens**

Slik Rogers bruker begrepet ekthet, handler det om at terapeuten skal være åpen for alle følelser i seg som angår klienten og at terapeuten etterstreber en varm og nær interesse for klienten. Denne nærheten og interessen kan også bety at terapeuten tillater seg å kjenne på denne varmen og framstår mer personlig. Terapeuten er subjektiv med sin egen indre verden og kan dele noe av den med klienten (Olkowska et al. 2016, s. 73-75). Om klienten opplever at terapeuten ikke er ærlig, vil han kunne oppleve mangel på ekthet. Mangel på ekthet kan føre til at klienten blir usikker og dette kan forstyrre tilliten til terapeuten. Det er viktig at terapeuten er trygg på seg selv og sin posisjon. Han må erkjenne og være bevisst sine egne personlige historier, verdier, interesser, persepsjon og kunnskaper (Haugsgjerd et al. 2012, kap. 5). Terapeuten må akseptere klienten og oppleve varm interesse for han og

hans liv, slik kjenner klienten at terapeuten lever med han i hans situasjon. En anerkjennende holdning kan sies å være en del av terapeutens ekthet, der anerkjennelse blant annet dreier seg om å være i kontakt med sine egne og klientens følelser på en slik måte at klienten opplever det som ekte og trygt. Klientens opplevelser anerkjennes som noe reelt, noe som faktisk eksisterer, noe som kan snakkes om, vise frem og selv erkjenne. Anerkjennelse må være ekte å komme innen ifra hos terapeuten for at klienten skal kunne oppleve intervensjonen som terapeutisk. Det er viktig at oppmerksomheten i hovedsak rettes mot klienten og hans eller hennes tema og prosesser. Terapeutens intensjon må være å bidra til utvikling (Olkowska et al. 2016, s. 73-75).

Ved at terapeuten balanserer mellom de tre terapeutiske grunnholdningene i møte med klienten vil vekstpotensialet hos klienten frigjøres. Målet er at klienten vil kunne finne sin vei, treffe sine valg fra sitt ståsted og få realisert sine iboende evner og ressurser. Likeverdig relasjon (likeverdighetsprinsippet) mellom terapeut og klienten er i seg selv vekstfremmende. Relasjonen mellom klient og terapeut skaper vekst og muliggjør selvaktualisering (Haugsgjerd et al. 2012, kap. 5).

## 3.0 Drøfting

Jeg vil i drøftingsdelen fortelle flere historier om Lars, som er hentet fra min arbeidserfaring innen rus og psykisk helse. Navnet Lars er et pseudonym og enkelte detaljer i historiene har jeg måttet endre for at det ikke skal bli gjenkjennbart. Dette med hensyn til de omtalte og ivaretagelse av taushetsplikten. Underveis i drøftingen vil jeg reflektere rundt samhandlingen mellom Lars og miljøterapeuten ut ifra humanistisk perspektiv med Carl Rogers personsentrerte tilnærming. Refleksjonene rundt samhandlingene vil vise hvordan Lars sin opplevelse av autonomi og menneskeverd kan bli styrket eller svekket i møte med miljøterapeuter. Gjennom hele drøftingen ligger teorien og forståelsen av tvang og brukererfaringer som et bakteppe. I oppsummering og konklusjonen vil jeg sammenfatte hovedfunnene i oppgaven og vise til videre behov for forskning.

## 3.1 Empiri

Jeg vil starte med å dele en historie fra et av mine første møter med Lars. Jeg var på opplæring i følge med en miljøterapeut og vi skulle gå tur med Lars.

Lars: «Kan vi gå på en fjelltur?»

Miljøterapeut: «Nei, ikke i dag dessverre. Vi går den vanlige runda rundt vatnet. Hadde ikke det vært fint?»

Miljøterapeuten begynner å gå før han har snakket ferdig og jeg får en følelse av at her er det allerede bestemt at det blir den turen. Miljøterapeuten viser med sin holdning og kroppsspråk at han ikke åpner opp for eller er forberedt på noen diskusjon.

Lars: «Ja greit, men kan vi gå den andre veien først?»

Miljøterapeut: «Kom nå, det er snart lunsj.»

Miljøterapeuten fortsetter å gå den motsatte retningen av det Lars foreslo. Lars blir stående og se ned i bakken, før han begynner å gå baklengs etter terapeuten. Så snur terapeuten seg mot oss og sier til Lars.

«Gå skikkelig Lars, du kan falle å slå deg når du går sånn.»

Jeg kjente jeg ble irritert over måten terapeuten imøtekom Lars på, hvorfor kunne ikke han få bestemme retningen når det var den samme ruta vi skulle gå uansett. Jeg brøt så inn.

«Lars, forstår jeg deg rett når du sier du ønsker å gå den andre retningen først? Og kan du fortelle hvorfor du vil det?»

Lars: «Vi må gå med sola, klokka går også den veien. Det blir feil viss ikke».

Jeg: «På hvilken måte mener du at det blir feil?»

Lars: «Vet ikke, alt blir bare så vanskelig for meg.»

Miljøterapeuten har da komt seg litt bortover veien allerede og får ikke med seg hva Lars og jeg snakker om. Jeg forstår det ikke nytter og at vi bare må gå etter miljøterapeuten. På turen fortsatte Lars å gå masse baklengs og snurre rundt. Jeg opplevde det vanskelig å kommunisere med Lars under turen, han hadde lang latens tid, stoppet stadig opp og snurret rundt før han gikk videre. Innimellom henvendte miljøterapeuten seg til Lars, men gikk raskt videre i samtalen, da han ikke fikk svar med det samme. Jeg bestemte meg for å ta opp dette med miljøterapeuten uten Lars til stede.

Jeg: «Hvorfor fikk ikke Lars bestemme retningen vi skulle gå?»

Miljøterapeut: «Det spiller ingen rolle, vi ender jo på samme plass som vi startet uansett.»

Jeg: «Jeg tror det har større betydning for Lars å få velge vei enn det vi kanskje tror.»

## **3.2 Lars bak diagnosen**

Lars er en mann i midten av 20-årene. Han bor i en egen leilighet tilknyttet døgnbemanning. Lars er på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og med vedtak

om tvungen medisinerer. Han har vært på tvunget psykisk helsevern over flere år. Han har diagnosen hebefren schizofreni og avhengighetsdiagnoser på narkotiske stoffer. Lars har blitt utsatt for mye makt og tvang gjennom livet. Lars sine erfaringer med å bli utsatt for tvang er svært negative og han kjenner seg krenket og lite verdt som menneske.

Det at Lars har diagnosen hebefren schizofren og er på TUD kan medføre en forforståelse og fordom i møte med Lars om at han er kronisk syk, dårlig fungerende, ikke kompetent og med begrensede forventninger om bedring. Forskning viser at mennesker med alvorlig psykisk lidelser og pårørende opplever å bli møtt av fagfolk med pessimisme og mindre engasjement. Dette til tross for at nyere forskning viser grunn til håp og optimisme og at de fleste mennesker kommer seg (Borg og Topor 2014, s. 14-15).

Det var spesielt etter jeg leste det Lars hadde skrevet på arket, jeg ble mer bevisst hvordan vi miljøterapeuter møtte og samhandlet med Lars i hverdagen. Kunne Lars sin psykiatriske diagnose og det at han var underlagt tvunget psykisk helsevern med vedtak om tvangs medisinerer virke negativt inn på hvordan vi møtte Lars og samhandlet med han i hverdagen? Det å se hvordan miljøterapeuten avfeide Lars sitt ønske om å gå den andre retningen rundt vatnet og hvor lite interessert miljøterapeuten virket å være i Lars var trist. Denne måten å møte han på svekker Lars sin autonomi og menneskeverd. En nødvendig forutsetning for å kunne hjelpe Lars er at miljøterapeuten viser genuin interesse ved å møte Lars som et subjekt i hans verden og ser Lars bak diagnosen. Det fordrer at miljøterapeuten er personsentrert i sin holdning og tilnærming. Han må være grunnleggende opptatt av Lars sine følelser, relasjoner og miljø. Miljøterapeuten må prøve å få en helhetlig forståelse av Lars sin psykiske, fysiske, sosiale og åndelige livsverden. I personsentrert tilnærming tenker en at alle mennesket har vekstpotensial (Haugsgjerd 2012, s. 262). Ved å skape en positiv terapeutisk relasjon med empati, ekthet, innlevelse og ubetinget positiv forståelse vil vekstpotensiale til Lars frigjøres. Med de rette betingelsene vil mennesket naturlig velge det som er best for seg selv og andre. Målet med den terapeutiske relasjonen vil være at Lars skal kunne finne sin vei og treffe sine valg fra sitt ståsted og få realisert sine iboende evner og ressurser.

Det tok lang tid å bli kjent med Lars. Det var først når vi fant en gjensidig interesse med å gå turer ute i naturen at Lars begynte åpne seg for meg og jeg fikk tilgang på hans livsverden. For å kunne imøtekomme Lars sine ønsker og behov var jeg avhengig av et

fleksibelt tilbud fra tjenesten jeg var ansatt i. Lars som hadde vært svært tilbakeholden med bøyde hode og nesten ikke møtt øyekontakt med meg eller svart på spørsmål begynte å ta initiativ til samtaler. Jeg oppdaget flere ressurser og gode egenskaper ved Lars. Han var humoristisk, svært god til å tegne, flink med tall, økonomisk og miljøbevisst. Det viste seg også at han hadde noen ønsker for fremtiden; god helse, venner, hus og en jobb å gå til. Omtrent akkurat de samme ønskene som meg. I det store og det hele var vi på mange måter like, men Lars hadde noen flere ballaster og utfordringer med seg. Han virket usikker på seg selv, ambivalent, hadde ofte vansker med å uttrykke seg og utføre valg. I møte med andre mennesker ble han svært tilbakeholden og svarte sjeldent på spørsmål.

Mange brukere opplever i samfunnet og i tjenestene å bli møtt med et negativt syn på sine helseplager. Det vil virke negativt inn på selvfølelsen, oppleves krenkende og øke lidelsestrykket hos brukeren. Dette gjelder spesielt de som er utsatt for tvang og har alvorlige diagnoser. En pasient uttrykte det som «å være i tvangsgrepet» uavhengig om han var innlagt eller ikke (referert i Pedersen & Nortvedt, 2018, s. 104).

### **3.3 Valgets kvaler og betydningen av å velge**

Noen ganger har Lars en atferd som avviker fra det Norges befolkning vil anse som normalt og gjør valg som kan være til skade for han. Hva samfunnet fastsetter som normalt eller hvilke rusmidler som er legale eller illegale er bestemmende for hva vi forstår med begrepene psykisk helse og rus. Det legger også rammene for hva samfunnet reagerer på og ikke, og hvordan samfunnet håndterer mennesker som opplever psykisk lidelse og rusvansker. Hva samfunnet definerer som normal og unormal atferd og rusmisbruk, varierer avhengig av kultur, historie og politiske forhold (Karlsson & Borg, 2017, s.67).

Det er viktig å skille mellom atferd og valg som er til skade og ikke. Lars kan for eksempel ta på seg et skjørt utenpå en bukse, en spesiell hatt, kjøpe alt for mange varer av en sort, komme med merkelige utsagn, ideer og stoppe opp i rare stillinger ol. Dette er eksempler på atferd som skiller seg fra allmenheten, men som ikke innebærer noen fare for hverken Lars eller andre. Jeg har likevel flere ganger opplevd at miljøterapeuter forsøker å påvirke Lars til å endre denne type atferd. Jeg overhørte en miljøterapeut som skulle være med Lars på butikken si: «Lars, du vil ikke ha på deg en lue istedenfor den hatten når vi skal på



butikken?». Da hadde allerede Lars foretatt ett valg om at han ville ha på seg hatt. Og ikke hvilken som helst slags hatt, dette var nemlig den hjemmesydde hatten han hadde fått av den biologiske onkelen sin, som jeg visste betydde mye for han. Lars hadde tatt ett enkelt, men viktig hverdagsvalg om hva han skulle ha på seg på butikken.

Det å få bestemme selv handler om å få foreta en rekke valg i hverdagen, når en vil stå opp, hva en vil ha på seg, hva en vil si og om en vil ha på seg en spesiell hatt eller ikke. Miljøterapeuten tenkte kanskje at valget Lars tok om å ha på seg den spesielle hatten var inkompetent, at han ikke var i stand til å tenke konsekvensen det kunne ha for han å gå med en så uvanlig hatt. Miljøterapeuten fryktet hatten ville tiltrekke Lars oppmerksomhet på en negativ måte. Jeg tviler på at miljøterapeuten ville tenkt og sagt det samme til en kjent kunstner eller blogger. Vi ser stadig at mennesker som er «kjendiser» uttrykker seg og kler seg på spesielle måter, men at det blir sett og forstått på en annen måte. Det at miljøterapeuten stiller spørsmål ved Lars sitt valg om å ha på seg hatten, forsterker rollen til Lars som inkompetent. Lars begrenses til å utvikle seg og sine ferdigheter og befestes til rollen som uselvstendig. I personsentret tilnærming er en nettopp opptatt av de prosesser som fører til at menneske får styrket og utviklet sin selvstendighet. Miljøterapeuten burde ha tiltro og en holdning som viser Lars respekt og anerkjennelse for den han er. Gjennom å bli respektert og møtt på en positiv måte vil Lars bli tryggere på seg selv, på hvem han er og hvordan han vil være. Han vil kunne utvikle et tryggere og mer selvstendig selv.

I personsentrert tilnærming blir det lagt vekt på viktigheten av å ha en ubetinget positiv forståelse, dette foreligger når personen opplever at uansett hva slags handlinger og opplevelser han har, utgjør ikke det noen forskjell for den andres positive akseptering av han (Rognes 1979, s. 25). Lars burde ut ifra en sånn holdning omgis med varme og aksept. Vi må respektere og anerkjenne at Lars har sine tanker, ideer og oppførsel. Dersom vi opplever å ikke forstå Lars, må vi heller forsøke å søke oss nærmere hans indre referanseramme fremfor å være kritisk eller dømmende.

### **3.4 Den usynlige makten**

En gang jeg kom hjem til Lars og det lå en sprøyte på bordet husker jeg at jeg sa: «Du må ikke begynne å injisere igjen Lars, da kan du risikere å bli lagt inn slik som sist». Jeg har i

ettertid tenkt at i dette lå det en slags trussel. Det var en lite empatisk måte å møte han på, hva ville jeg oppnå med å si dette? At Lars følte enda mer på at han ikke var fri og kunne bestemme selv. Det som han tidligere hadde omtalt som noe av grunnen til at han ruset seg. Jeg kunne heller si: «Jeg ser det ligger en sprøyte på bordet og jeg kjenner på en bekymring for deg. Hvordan går det egentlig med deg?». Her ville sjansen for at Lars oppfattet meg empatisk og med en ekthet være vesentlig større. Det ville være en bedre inngangsport til at Lars fikk fortelle om hvordan han hadde det og hvorfor han ruset seg.

Det er vanskelig å forestille seg om hvordan livet til Lars hadde vært dersom ikke tvangstiltakene inntraff eller han ikke var underlagt tvunget psykisk helsevern. Når han ikke er innlagt må han fremdeles innrette seg til de krav det medfører for han å være på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, en eksistensiell livsbetingelse. Han får medisiner mot sin vilje og blir tvangsinnlagt dersom han mellom annet motsetter seg injeksjonen. En pasient på TUD beskrev det som: «Tvang er å måtte gå i de livsbaner som personalet har bestemt for deg» (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 37).

Lars føler medisinene utsletter han som person og at medisinen er til skade for han. En gang sa han til meg: «Jeg blir forsket på, du må hjelpe meg. Jeg blir injisert gift for å se hvor mye kroppen min tåler». Da Lars fortalte meg at han ble injisert med gift, forsøkte jeg å søke meg nærmere hans opplevelse av det og skape en felles følelsesplan. Jeg sa: «Det høres forferdelig ut, hvordan er det for deg?» Jeg behøvde ikke å si at det ikke var gift han fikk, da han mest trolig hadde fått høre at det er medisiner flere ganger før. Om jeg hadde svart at det ikke var gift han fikk, ville jeg risikere at han ikke følte seg forstått og avstanden mellom oss bli større. Det som var viktig ut fra en personsentrert tilnærming var å forsøke å få tak i hans opplevelse, få han til å beskrive tankene og følelsene han hadde og hvordan dette påvirket han. Ved å stille disse personsentrerte spørsmålene fikk jeg tilgang til å ta imot og dele hans psykiske smerte og være et profesjonelt medmenneske. Det å møte Lars på denne måten var med på å skape en allianse og bedre relasjon mellom oss. I alliansebegrepet ligger det gjensidig respekt og tillit, men også en åpen invitasjon til klienten om å formulere sine ønsker og behov for hjelp (Haugsgjerd et al. 2012, s. 267).

Når det gjaldt Lars ble krenkelsen og avmakten han følte svært tydelig i møte med psykiater. Han sa til meg at han ville fortelle psykiateren at han ble trøtt og stiv i musklene av medisinen han fikk på tvang. I møte med psykiateren klarte han ikke kommunisere noe

om dette. Han ble tilbaketrukket, mistet fokuset og fikk lang latens tid. Pedersen og Nortvedt skriver at pasienter kan oppleve avmakt, som forsterkes i møte med autoritære behandlere eller fagpersoner i tjenesten som gjør at pasienter ikke greier å formidle det de ønsker (2018, s. 110). I de neste møtene med psykiater ble jeg Lars sin talsmann, en han kunne lene seg til og støtte seg på. Jeg forsøkte å formidle det Lars hadde sagt til meg. Både under og etter møte forhørte jeg meg med Lars om hva han tenkte om det jeg hadde sagt og om jeg hadde oppfattet han rett. Jeg merket at Lars etterhvert begynte å ta mer del i møtene med å nikke bekreftende, trekke på skuldrene og svare kort. Det var veldig viktig å være var og oppmerksom på Lars sin atferd under møtene og forsøke å legge til rette for at han selv fikk komme til uttrykk når han var klar. Ved å kunne støtte og bekrefte Lars på denne måten i møte med psykiater styrket det hans autonomi.

Jeg tenker på hvor vanskelig det må være for Lars å få medisiner mot sin vilje, når han selv ikke føler han trenger dem og kjenner seg frisk. Det oppstår en uoverstemmelse mellom Lars sitt indre selvbilde om at han er frisk og ikke trenger medisiner og psykiaterens oppfatning av han som alvorlig psykisk syk. Mennesket oppfatter opplevelser som er inkongruente med selvbilde som truende og de skaper angst. For å unngå angsten og for å ikke måtte endre selvbilde forsvarer mennesket seg ved å feiltolke eller fordreie slike opplevelers mening (Rognes, 1979, s. 25). Fra en slik teori kan en forstå det som at Lars sitt forsvar forvrenger hvorfor han faktisk får medisiner til at han blir forsket på, fremfor at han må endre selvbildet sitt til at han er psykisk syk og trenger antipsykotisk medisin.

Når et menneske opplever situasjoner som ikke stemmer med deres indre referanseramme, vil det oppfattes som en trussel og føre til at selvet beskytter seg. Menneske vil få et mer rigid selv. Selvet mister kapasiteter og forutsetninger for å reflektere og se valgmuligheter, som gjør det vanskelig å hankses med situasjonen. Menneske vil kunne oppleve seg «låst» eller «fanget» og uten muligheter til å komme seg videre. Ved å møte klienten med de tre terapeutiske grunnholdningene, vil det kunne hjelpe klienten til å se flere valgmuligheter og komme seg videre.

### 3.5 Tillit, relasjon og allianse

På turene vi gikk ville Lars ofte gå en bestemt retning. Han tok som regel alltid mot høyre. I starten stilte jeg ikke noe spørsmål ved det, men lot han velge. I personsentrert tilnærming fokuseres det på bevisstgjøring av valg og det å se valgmuligheter. Menneske som opplever psykiske plager kan oppleve å ikke ha valgmuligheter, et rigid selv. Da kan terapeuten ved en god relasjon og allianse utfordre klienten på dette med valg, for å skape et mer åpent og reflekterende selv. En dag jeg følte Lars var mer tilgjengelig spurte jeg han:

Jeg: «Jeg har latt meg til merke at du ofte velger å gå til høyre, selv om det noen ganger medfører en omvei, er det noe du kjenner deg igjen i?»

Lars: «Jeg vet ikke. Jeg tror ikke jeg har lov å si noe.»

Jeg: «Hvorfor tror du ikke du får lov å si noe?»

Lars: «Har ikke lov å si noe, for da kan noe komme til å skje. Men det går fint nå, så lenge vi går med solen og klokka.»

Jeg: «Kan du si hvem som sier du ikke får lov å si noe?»

Lars så rundt seg og jeg syntes å merke at han ble litt ansent og pustet raskere. Jeg hadde lært meg å legge merke til det nonverbale uttrykket til Lars. Siden Lars ikke alltid snakket eller svarte på spørsmål hadde jeg begynt å observere hvordan kroppsspråket hans var i gitte situasjoner i forsøk på å forstå han bedre. Tom Andersen en kjent norsk professor i psykiatri, sa at språket ikke bare kommer til uttrykk i form av ord, men også gjennom kropp. Det vil derfor være viktig å ta seg tid til å lære og forstå kroppsspråket slik at vi på best mulig måte kan ivareta en helhetlig behandling (referert i Westerhoff & Knutsen, 2016). Jeg ble usikker på om jeg hadde presset Lars for mye, men jeg var likevel så nysgjerrig at jeg lot spørsmålet henge litt til. Etter en liten stund snudde Lars seg og gikk fra meg. Jeg forsto at jeg hadde blitt for ivrig og satt han i en vanskelig situasjon der han mest trolig følte seg presset til å svare. Jeg burde trygget han på at det var i orden om han ikke ville eller kunne si noe. «Lars, kan du vente litt? Jeg beklager at jeg presset deg, jeg spurte bare for å forsøke å forstå deg bedre. Det er helt i orden om du ikke vil svare». På denne måten viste jeg en respektfull holdning ovenfor Lars ved å åpent erkjenne at det var feil av meg å fortsette å spørre. Jeg tenkte at relasjonen vår ikke var god nok, kanskje han

ikke følte seg trygg eller var klar. I personsentrert tilnærming skal en ikke presse klienten mot noe han ikke er klar for. Lars og jeg befant oss i en terapeutisk prosess, der veien ville bli til underveis. Jeg som terapeut med en personsentrert tilnærming måtte ha tiltro til Lars, være tålmodig og la han vise vei.

Ved en senere anledning fortalte Lars meg at han noen ganger hører en stemme i hodet, som vi andre ikke kan høre. Stemmen sier til han at noe vil gå galt eller at en person vil komme til skade om han ikke går i bestemte retninger. Han forteller at han har funnet ut at om han går samme vei som klokken og solen forsvinner stemmen. Da Lars fortalte meg dette rettet jeg all min oppmerksomhet mot Lars og lyttet med en genuin interesse og varme til det han formidlet. Det å kunne fortelle sin historie usensurert gir en opplevelse av å bli respektert og verdsatt av andre. Å tale sammen gir den som forteller mulighet til å lytte til sin egen historie og det den forteller vedkommende. Det vil føre til økt innsikt og sammenheng og dermed kunne virke helende i seg selv (Seikkula & Arnkil, 2013).

Noen uker etter Lars fortalte meg om stemmen i hodet og om hvordan det påvirket han til å gå bestemte retninger spurte han meg:

«Kan vi gå i motsatt retning av solen og klokken rundt vatnet i dag?»

Jeg: «Det kan vi og om du ombestemmer deg underveis så bare snur vi og går tilbake.»

Lars: «Jeg tror det skal gå fint, jeg føler meg tryggere nå når du vet om stemmen og hva som kan skje. Jeg er ikke alene om det lenger.»

Der gikk vi side om side, i motsatt retning rundt vatnet, uten å si et ord, velvitende begge to om at dersom vi lyktes i å komme rundt vatnet ville vi havne på et helt annet utgangspunkt enn der vi begynte.

## 4.0 Oppsummering med konklusjon

Det er innen rus og psykisk helse stort fokus på autonomi, brukermedvirkning og å redusere bruken av tvang. Mennesker med alvorlige psykiatriske diagnoser og rusproblematikk er på mange måter sårbare og spesielt utsatt for makt og tvang.

Det er store subjektive forskjeller i opplevelsen av å bli utsatt for tvang. Noen mennesker opplever det å bli utsatt for tvang som traumatisk, krenkende og et angrep på deres menneskeverd. De kjenner på fortvilelse, aggresjon, frustrasjon, tristhet og depresjon. Andre opplever tvangen som en slags omsorg og hjelp til å få det bedre. For en skal forstå mennesker sine opplevelser av å bli utsatt for tvang må vi få tilgang til den enkeltes erfaring. Hvordan et menneske opplever et og tilsynelatende samme tvangsvedtak vil variere, dette fordi vi mennesker er subjektive vesener med vår egne indre referanseramme.

Det er ikke bare når det gjelder fare for eget liv og helse det er snakk om tvang, men det kan handle like mye om hvordan vi møter klienten i den daglige samhandlingen. Som det fremkommer gjennom refleksjonene rundt Lars, kan måten miljøterapeuten møter og samhandler på være med å styrke eller svekke opplevelsen av autonomi og menneskeverd. I personsentrert tilnærming har terapeuten en grunnleggende tiltro og holdning til at alle mennesker har vekstpotensial, evner til å kunne realisere seg selv og sine iboende ressurser. Dette skaper håp, både hos klienten, pårørende og på tjeneste nivå. En slik grunnleggende tiltro og holdning, synes å gjenspeile seg i målene for psykisk helse og rusmiddelpolitikken om «Brukeren som viktigste aktør» (Helsedirektoratet 2014, s.13).

En utfordring knytt til dette er likevel det økende kravet jeg merker i rus og psykisk helsetjeneste om effektivisering og om å få ned kostnader. I vurdering av tildeling av helsetjenester er et av kriteriene forventet nytte og effekt av tiltaket. Det vil i praksis si at en står i fare for å sette ressurser inn der det er mest forventet effekt og ikke nødvendigvis til den som er alvorligst syk eller lider mest.

Vi helsepersonell befinner oss stadig i ulike etiske utfordringer og dilemmaer, ikke minst i bruken av tvang. For å finne mer gjennomtenkte og bedre løsninger må vi benytte oss av

diskursetikken. Vi må tørre å snakke åpent sammen, inkludere brukeren selv, pårørende og samarbeide på tvers av tjenestene. Det må skapes et rom, der alle får plass rundt bordet og er likeverdige diskusjonspartnere.

Det ser ut som at det må forskes mer på tiltak som reduserer tvang. Det er likevel noe som blir løftet frem av mennesker med psykiske vansker som det viktigste, nemlig det å bli sett og relasjonens betydning. Dette er gjennomgående i all forskning og litteratur jeg har lest. Kan nøkkelen til en mer vellykket behandling og reduksjon av tvang være noe så grunnleggende og basalt, men likevel så avansert som relasjon?

## Litteraturliste

- Borg, M., og Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner- om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern-Utvikling i perioden 2013 – 2017*. (Rapport IS-2812) utgitt februar 2019. Hentet [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--utvikling-i-perioden-20132017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf/\\_attachment/inline/4a97f77b-4be9-4b69-ba02-27761cf1baed:5cf5e3f022b9b2ca6548092b70f4ff062579b2c8/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--utvikling-i-perioden-20132017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf/_attachment/inline/4a97f77b-4be9-4b69-ba02-27761cf1baed:5cf5e3f022b9b2ca6548092b70f4ff062579b2c8/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%932017.pdf)
- Folkehelseinstituttet (12/2017). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt*. Hentet <https://fhi.no/publ/2017/effekt-av-tiltak-for-a-redusere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne-e/>
- Gullstett, M.K., & Ekeland T.J, (2012). Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutteam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2012(9),13-21. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2012/01/art06>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Veileder IS-2076). Oslo: helsedirektoratet v/trykksaksekspedisjonen.
- Helsedirektoratet (2019). *Kontroll av tvangsbruk 2017* (IS-2803). Hentet [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202017.pdf/\\_attachment/inline/46be3f60-6317-413c-8584-b132946eb664:4de63640ebd8e118539613c5c722254a9703f72d/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202017.pdf/_attachment/inline/46be3f60-6317-413c-8584-b132946eb664:4de63640ebd8e118539613c5c722254a9703f72d/Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202017.pdf)



- Helsedirektoratet (2019). *Hva er pakkeforløp i psykisk helse og rus*. Oppdatert 20.05.2019. Hentet <https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J., A., 2009. *Perspektiv på psykisk lidelse-å forstå, beskrive og behandle*, 3 utg., Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Johansen, A., F. & Halvorsen, P., 2018. Hvordan redusere tvang i psykisk helsevern? *Norsk psykologi forening* (29.11.2018). Hentet <https://www.psykologforeningen.no/politikk/tvang/tvangsaktuelt/hvordan-reducere-tvang-i-psykisk-helsevern>
- Jonassen, K, R. & Silva, A.,B., (2018). *Menneskeverd i helse- og omsorgstjenesten*. Norway: Gunnarshaug Trykkeri AS
- Karlsson, B., og Borg, M. (2017). *RECOVERY Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendals akademiske
- Lundeberg, I.,R., Mjåland, K., og Søvig, K, H., (2014). *Tvang i rusfeltet- regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Mantila H., C., J., Johnson, T., Nytingnes, O. & Hammer, J. (2019). *Utforsket pasienters opplevelse av tvang* (08.10.2019). Hentet <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/utforsket-pasienters-opplevelse-av-tvang>
- Norvoll, R., og Pedersen, R., (2017). *Psykiske helsetjenester, etikk og tvang. Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer* s 1-140 Hentet 16.01.2020 <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshefte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf>
- Olkowska, A. & Landmark, B. (2016). *Miljøterapi prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlag
- Pedersen, R. & Nortvedt, P., (2018). *Etikk i psykiske helse-tjenester*. Oslo: Gyldendals Akademisk.

- Pettersen, H., & Lofthus, A., M. (2018). Brukererfaringer med psykisk helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning. *Tidskrift for psykisk helsearbeid* 2018 (15). Hentet [https://www.idunn.no/tph/2018/02-03/brukererfaringer\\_med\\_psykiske\\_helsetjenester\\_hva\\_viser\\_op](https://www.idunn.no/tph/2018/02-03/brukererfaringer_med_psykiske_helsetjenester_hva_viser_op)
- Seed, T., Fox, J.,R., Berry K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2016(61) 82–94. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916300633>
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E., (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Waldemar, R., (1979). *Personlighetens Psykologi. Carl Rogers*. Copenhagen: Forlaget Forum AS.
- Westerhof, L.,L. & Knutsen, S.,E (2016). Fra dehumaniserende til humaniserende språk i psykiatrien. *Fokus på familien*, 2016 (44). Hentet [https://www.idunn.no/fokus/2016/02/fra\\_dehumaniserende\\_til\\_humaniserende\\_spraak\\_i\\_psykiatrien](https://www.idunn.no/fokus/2016/02/fra_dehumaniserende_til_humaniserende_spraak_i_psykiatrien)
- Østenstad, B.H., Adolphsen, C., Naur, E., Aasen, H., S. (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse-og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlag