

Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

En kvalitativ studie om erfaringer og utfordringer ansatte innen psykisk helse opplever i forhold til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt tilbud

Erlend Løwe og Heidi Gelius

Veileder

Inger Beate Larsen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Forord

Vi så frem til å komme i gang med studien med spenning og nervøsitet. Det som startet med en idé om å finne et tema som engasjerer oss, som er relevant for vårt daglige virke og der vi kunne bidra med noe konstruktivt for faget vårt, ble plutselig svært reelt! Et dialogseminar som først var en «artig tanke», ble en høyst aktuell begivenhet med over 100 deltakere, og med innflytelsesrike og spennende forelesere. Plutselig ble dette noe det var stort fokus på i vårt arbeidsmiljø, og både forventninger og fallhøyde kjentes godt på kroppen. Likevel ble vi mer engasjerte enn noen gang, og fremdriften har vært bra. Ønsket om å oppnå et bra resultat, å bidra til utvikling av faget, utvikling av arbeidsplassen og muligens bedre vilkårene for pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern, har rett og slett vært svært inspirerende!

Idé til dialogseminaret fikk vi fra ergoterapeut Solvor Frafjord og overlege Kristin Bjartveit. Vi takker dem for inspirasjon og viktige bidrag til det som etter hvert ble utgangspunktet for vårt masterprosjekt. Vi vil videre takke vår arbeidsgiver for at vi fikk anledning til å ta dette studiet, samt for støtte og velvillighet - særlig i forhold til gjennomføring av dialogseminaret. Psykologspesialist Linn Hamilton bidro med sine engelskkunnskaper i utformingen av vårt «abstract» - det satt vi stor pris på, så tusen takk!

Underveis i prosjektet har vi fått mye støtte, og møtt mye entusiasme, fra kollegaer og samarbeidspartnere - noe vi er svært takknemlige for.

Videre ønsker vi å takke deltakerne på dialogseminaret, samt foredragsholderne som bidro med viktig kunnskap og ledet spennende diskusjoner. Prosjektet ville ikke blitt det samme uten deres deltakelse og engasjement! Vi ønsker også å takke de dedikerte og faglig sterke informantene som deltok i fokusgruppeintervjuene. Vi setter stor pris på at vi fikk ta del i deres erfaringer og kunnskap om temaet. Familie og venner takkes for støtte, oppmuntring og tålmodighet.

Avslutningsvis ønsker vi å rette en særskilt takk til vår veileder, professor Inger Beate Larsen. Hun har med stor entusiasme gitt faglig og god veiledning, kommet med viktige innspill og konstruktive tilbakemeldinger underveis, og ikke minst har hun vært svært tilgjengelig for oss gjennom hele prosjektet.

Takk!

Sammendrag:

Bakgrunn: Temaet for studien er «*Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern*». Bakgrunnen for valg av tema er et ønske om å få mer kunnskap om utfordringer knyttet til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern (TPH) et godt tilbud. Studien søker samtidig mer kunnskap om kjente utfordringer i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten omkring pasientgruppen. Studiens funn diskuteres i lys av et dialogisk perspektiv for samhandling.

Utvalg og metode: Kvalitativ studie med deltakende observasjon og fokusgruppeintervju. Det ble arrangert et dialogseminar som utgangspunkt for den deltakende observasjonen og utvelgelse av informanter til fokusgruppene. Det er benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi.

Problemstilling og hensikt: Studien belyser erfaringer og utfordringer ansatte fra første- og andrelinjetjenesten opplever i forhold til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt tilbud. Den utforsker også hvorvidt dialogseminaret innvirket til informantenes forståelse av tema, og til den videre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Hensikt med studien er å få økt kunnskap om utfordringer psykisk helsearbeidere opplever ved å skulle gi pasienter dømt til TPH et godt tilbud. Vi søker også kunnskap om dialogseminarer kan være gode tiltak for å øke forståelsen av tema og bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten.

Resultater: Det er mange som arbeider med psykisk helse som ennå ikke har hatt befatning med akkurat denne pasientgruppen. Årsaken synes å være at hovedvekten av pasientene fortsatt er innlagt i psykiatriske sykehusavdelinger - fortrinnsvis sikkerhets- eller rehabiliteringsenheter. Pasientene fremstår som en slags «propp i systemet», og samhandlingen preges i stor grad av forvirring vedrørende ansvars- og oppgavefordeling mellom de forskjellige forvaltningsnivå. Dialogseminaret beskrives som et godt forum for å øke kunnskap, treffe fagmiljøet og bidra til en felles forståelse.

Konklusjon: Studien tyder på at det fortsatt hersker usikkerhet innad i det psykiske helsefeltet i forhold til aspekter som sikkerhet, ressurser, ansvars- og oppgavefordeling, lovverk og organisering. Forholdene utfordrer helsearbeiderne i deres daglige arbeid med pasientgruppen, og påvirker samhandlingen mellom tjenestenivåene. Funnene indikerer en sammenheng mellom utfordringene informantene opplever i samarbeidet, og utfordringene de opplever i forhold til å gi pasientgruppen et godt tilbud. Studien avdekker organisatoriske utfordringer knyttet til lovverk og utforming av tjenestetilbudet, og det reises spørsmål ved om man burde hatt egne rettspsykiatriske enheter.

Nøkkelord: Tvungent psykisk helsevern, dom, førstelinjetjeneste, andrelinjetjeneste, samhandling, dialog, Freire.

Abstract:

Background: The subject of this study is «Sentencing to compulsory mental health care». The choice of subject is sprung from a desire to gain a better knowledge of the challenges related to providing a good service for patients sentenced to compulsory mental health care (TPH). At the same time the study is seeking a more comprehensive understanding of the already known challenges concerning the collaboration between the first and second line services providing for this group of patients. The study's findings are discussed in light of a dialogical perspective of interaction.

Selection and method: Qualitative study using participant observation and focus group interviews. A dialogue seminar was held as a starting point for the participating observation and selection of informants to the focus groups. A hermeneutic-phenomenological analysis inspired by Giorgi is used.

Issue and purpose: The study highlights the experiences and challenges employees from the first and second line services experience in relation to giving patients sentenced to compulsory mental health care good service. It also explores whether or not the dialogue seminar contributed to the informants' understanding of the subject, and whether it influenced the further interaction between the first and second line services. The purpose of the study is to gain increased knowledge about the challenges mental health workers are experiencing by giving patients sentenced to TPH good service. We also sought knowledge of whether dialogue seminars can be a beneficial way to increase the understanding of the subject, and improve the interaction between the first and second line services.

Results: Many mental health workers have not yet had dealings with this particular patient group. The reason seems to be that the majority of these patients are still hospitalized in psychiatric wards - primarily security or rehabilitation units. The patients are perceived as a kind of «clots in the system», and the interaction is to a large degree characterized by confusion regarding the responsibility and task distribution between the various management levels. Dialogue seminars are described as a useful forum for increasing knowledge, meeting peers and as a contribution to the creation of a common understanding.

Conclusion: The study suggests that there is still uncertainty within the mental health field regarding aspects such as security, resources, responsibility and task distribution, legislation and organization. These conditions challenge the health workers in their daily work with this patient group, and affects the interaction between service levels. The findings indicate a link between the challenges informants experience in the collaboration, and the challenges they experience in relation to providing good service to this patient group. The study reveals organizational challenges related to legislation and the design of service provision, and raises the question of whether one should have separate forensic psychiatric units.

Keywords: Compulsory mental health care, forensic psychiatry, first line service, second line service, interaction, dialogue, Freire.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	7
1.1 Generelt om emnet	7
1.2 Bakgrunn	7
1.3 Tidligere forskning	8
1.3.1 Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern	8
1.3.2 A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry.....	9
1.3.3 When coercion moves into your home	10
1.3.4 En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk	11
1.4 Problemstilling	12
1.5 Hensikt og avgrensning	13
1.6 Oppgavens videre oppbygging	14
2.0 Teori	15
2.1 Valg av teoretisk perspektiv	15
2.1.1 Paulo Freire	15
3.0 Metode	18
3.1 Metodevalg	18
3.2 Utvalg og datainnsamling	19
3.2.1 Deltakende observasjon	21
3.2.2 Fokusgruppeintervju	22
3.3 Fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi	23
3.4 Forforståelse og vårt ståsted som forskere	25
3.5 Forskningsetiske overveielser og metodekritikk	25
3.6 Validitet og reliabilitet	26
4.0 Presentasjon av studiens funn	27
4.1 Introduksjon	27
4.2 Å møte det ukjente	27
4.2.1 Frykt	28
4.2.2 Ressurser	29
4.2.3 Å trø veien	31
4.3 Det utfordrende samarbeidet	32
4.3.1 Å snakke samme språk	32
4.3.2 Full avdeling!	34

4.3.3	Frivillighet under tvang	36
4.4	Organisering og politiske føringer	37
4.4.1	The missing link	37
4.4.2	På den politiske dagsorden	39
4.5	Ikke dine og mine, men våre pasienter	40
4.6	Oppsummering	42
5.0	Diskusjon	43
5.1	Å bli kjent med det ukjente	43
5.2	Samspill eller svarteperspill	47
5.3	Tjenesteytelse i gråsonen	51
5.4	Hvor går vi nå?	55
6.0	Avslutning	58
6.1	Konklusjoner	58
6.2	Tiltaksforslag	60
6.3	Avsluttende refleksjoner og forslag til videre forskning	61
Referanser		62

Vedlegg:

Vedlegg 1: Program dialogseminar 10. september 2015

Vedlegg 2: Informasjonsskriv fokusgruppeintervju

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring til deltakere i fokusgruppeintervju

1.0 Introduksjon

1.1 Generelt om emnet

Temaet for studien er «*Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern*». Bakgrunnen for valg av tema er et ønske om å få mer kunnskap om utfordringer knyttet til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern (TPH) et godt tilbud. Studien søker samtidig mer kunnskap om kjente utfordringer i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten omkring pasientgruppen.

Dom på overføring til TPH er en særreaksjon for strafferettslig utilregnelige lovbyggere (Straffeloven, 2005) og ble ikraftsatt 01. januar 2002 (Helsedirektoratet, 2015). Det er vedtatt i straffelovens forarbeider at det primært er psykisk helse som skal ha ansvaret for psykisk syke personer, og det er ikke kriminalomsorgens oppgave å ta hånd om utilregnelige lovbyggere (NOU 1990:5, 1990). Lovbestemmelsen er relativt ny, og både sykehus og kommuner har begrenset erfaring med pasienter dømt til behandling. I den gamle straffeloven av 1902 var det kun utilregnelige som hadde begått alvorlig kriminalitet som kunne idømmes TPH, men med ny straffelov av 2005 har man åpnet for å også kunne anvende særreaksjonen overfor utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet (Prop. 122 L (2014-2015), 2015). Lovforslaget ble, i følge mail fra statsadvokat E. Holmen 04.05.2016, endelig vedtatt i Stortinget 29.04.2016.

Sett i lys av den stadige nedbyggingen av antall institusjonsplasser innen norsk psykisk helse kan man fra et samfunnsmessig perspektiv problematisere at pasienter dømt til TPH i stadig økende omfang opptar døgnplasser i psykiatriske institusjoner - på bekostning av andre. Pr. 31.12. 2015 var det, ifølge telefonsamtale med Roar Hedemark ved Nasjonal koordineringsenhet for dom til TPH, i Norge 169 antall personer med aktiv dom til TPH. Herav var 104 innlagt i døgninstitusjon, mens 65 var underlagt tvang uten døgn (TUD). Pr. 23.02.16 er antall aktivt dømte, ifølge Hedemark, økt til 173 personer. Det er altså tilkommet 4 nye domfellelser i løpet av årets to første måneder.

1.2 Bakgrunn

Vi arbeider i et ambulant Psykoseteam tilknyttet en rehabiliteringsenhet for pasienter med psykoselidelser. I vårt daglige arbeid opplever vi at det i forhold til særreaksjonen hersker

usikkerhet om ansvarsforhold og rettigheter, om lovverket, om økonomiske aspekter og om et sikkerhetsperspektiv - både knyttet til samfunnets borgere, men også i forhold til de ansatte. Prosessen med utskrivning av pasienter fra intramural¹ behandling til ektramural² oppfølging kan bli en tidkrevende og utfordrende prosess både for pasienten, førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. Konsekvensene kan bli lengre opphold ved psykiatriske avdelinger enn nødvendig, at kommunene føler seg presset og at pasientene blir frustrerte.

God samhandling er generelt sett en utfordring i dagens helse-Norge. Samhandlingen blir, slik vi ser det, ytterligere presset av flere faktorer når det kommer til denne pasientgruppen. I dette prosjektet ser vi nærmere på utfordringene knyttet til ivaretagelse og behandling av pasientgruppen, samt utfordringene vi aner i samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten.

1.3 Tidligere forskning

Vi har søkt i databasene PubMed, PsycINFO og MEDLINE, og har også benyttet mestring.no, napha.no, tvangsforsk.no og Google. Søkord som; dom til TPH, rettspsykiatri, tvang, TUD, outpatient commitment, forensic psychiatry og samhandling har blitt benyttet. Det har vist seg utfordrende å finne forskning som omhandler tema og problemstilling. Flere artikler handler om diverse aspekter ved utilregnelighet, rettspsykiatrisk praksis og samhandling, men få omhandler samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten vedrørende akkurat denne pasientgruppen. Dom til TPH er fortsatt relativt nytt i Norge, og derfor er det begrenset med studier. Det er dessuten få andre land med tilsvarende lovverk som Norge.

1.3.1 Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Sørensen (2007) har gjort en studie om dom til TPH - særreaksjon for strafferettslig utilregnelige lovbrytere. Studien gir en god innføring i det da gjeldende lovverk, og problemstillingen er om rettssikkerheten blir godt nok ivare tatt ved dom på overføring til TPH.

¹ Intramural: «Existing or carried on within the bounds of an institution» (Intramural, 2010).

² Extramural: «Taking place outside the walls of an institution» (Extramural, 2013).

I 2007 gjaldt den gamle straffeloven av 1902, og et av tilleggskriteriene for å idømme TPH var at forbrytelsen begått måtte være alvorlig, og at den medførte fare for andres liv og helse. Det ble imidlertid drøftet om utilregnelige skulle få et skjønnsmessig straffefritak ved mindre alvorlige forbrytelser, og heller idømmes TPH. Den rettsmedisinske kommisjon ønsket ikke å senke terskelen for å idømme TPH, og mente disse pasientene burde ivaretas av det psykiske helsevernet uten dom.

Sørensen problematiserer en praksis der utilregnelige personer kan være til behandling på livstid dersom de anses som farlige for samfunnet. Hun viser til at tidsubestemt dom reiser mange etiske spørsmål som er vanskelige å besvare, og at innføringen av særreaksjonen har vært omstridt. Vurdering av gjentakelsesfare og forutberegnert farlighet fremlegges som usikker, og det poengteres at man aldri kan være 100% sikker på at en slik vurdering er riktig.

Konklusjonen er at det er vanskelig å rettferdiggjøre tidsubestemt frihetsberøvelse overfor det Sørensen betegner som en «svak part».

1.3.2 A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry

Grøndahl (2010) har gjort en sammenliknende og empirisk analyse av praksis innen norsk rettspsykiatri. Han hevder at norsk rettspsykiatri synes å være ganske statisk og basert på tradisjon. Man ser en rettspsykiatri som utfordres av endringer i lovverk og av stadig nye, spesialiserte tester for vurdering av tilregnelighet og risiko for tilbakefall. Studien indikerer at de rettssakkyndige er trege, nølende til å ta innover seg nye funn, og motvillige til å skape en mer vitenskapelig basert praksis.

Grøndahl etterlyser drøfting av en bedre organisert rettspsykiatri. Han undres om en annen måte å oppnevne rettssakkyndige på kan medføre at retten får «de beste» innen fagfeltet, og om det er tilfredsstillende omgivelser for rettspsykiatriske undersøkelser når det er vilkårlig hvor undersøkelsene finner sted - i fengsel, på sykehus, på den rettssakkyndiges kontor eller hjemme hos den tiltalte. Han spør videre om man burde etablere egne rettspsykiatriske institusjoner for dette formålet, og om rettspsykiatri og rettspsykologi burde bli en egen spesialitet slik som i Sverige. Grøndahl argumenterer for at en slik spesialisering vil kunne forsterke mulighetene for støtte, gi et bedre fagmiljø og oppmuntre til mer forskning.

Grøndahl hevder at forskning på kvaliteten av de rettspsykiatriske undersøkelsene i Norge er sparsommelig. Han opplever at rettspsykiatrien har mange begrensninger, blant annet mangler man en «Gullstandard» for hvordan undersøkelsene skal gjennomføres. Forfatteren hevder at dersom man undersøker metodene som blir brukt i de rettspsykiatriske undersøkelsene, så kan man kanskje avdekke sterke og svake sider ved de forskjellige tilnærmingene. Dette kan bidra til å øke reliabiliteten og validiteten av rettspsykiatriske undersøkelser. Rettspsykiatrien kan på denne måten utvikle seg fra å være basert på kliniske meninger, oppfatninger og tradisjoner, til en mer verifiserbar, standardisert og forskningsbasert praksis.

1.3.3 When coercion moves into your home

Riley et al. (2014) undersøkte pasienters opplevelse med poliklinisk oppfølging på tvang (TUD) i Norge. De ønsket særlig å undersøke hvordan det påvirket pasientenes hverdag å få tvangen inn i eget hjem. Studien er kvalitativ og har et narrativt design.

Artikkelforfatterne trekker frem at det er begrenset kunnskap om effekten av TUD, og hvordan ordningen påvirker pasientenes hverdag. Poliklinisk oppfølging er økende, også internasjonalt, og ordningen er ment å være mindre inngripende for pasienter som ellers ville blitt tvangsinnlagt. Riley et. al. viser til at 1 av 3 tvangsinnlagte ble skrevet ut på TUD i 2010.

Det er vanskelig å fastslå om denne type tiltak fungerer i henhold til intensjonen. Studien viser at mange av informantene anså TUD som et bedre alternativ enn innleggelse på tvang. Deltakerne rapporterte ingen form for fysisk tvangsbruk som følge av TUD, men de fortalte om tapt frihetsfølelse. Oppfølging som vanligvis ville oppfattes som ønskelig, kunne oppleves som tvang når pasienten var på TUD.

Studien avdekker at mange av informantene hadde et ambivalent syn på TUD. Fordelene de oppgav var at det ga dem et sted å bo, tettere oppfølging og sosiale fordeler. Flere gav uttrykk for at det var mer forutsigbart å bo hjemme enn å være innlagt i institusjon. Friheten var dessuten større, og de fikk mer privatliv. Informantene rapporterte også om mer individuell tilrettelegging og fleksibilitet i poliklinisk oppfølging enn på institusjon. Tilgangen på bistand ble oppfattet som god og stabil, og noen pasienter rapporterte om en lojalitet til oppfølgerne. Medbestemmelse ble fremhevet som en viktig faktor.

De negative sidene ved TUD dreide seg blant annet om at informantene fortalte at de måtte innrette sin egen hverdag etter de som skulle følge dem opp. Noen opplevde det som invaderende, og synes det var stressende å bli observert og vurdert jevnlig. Å ikke bli tatt seriøst førte til passivitet, og mente mange av informantene om en følelse av institusjonalisering og en videreføring av den maktesløsheten de hadde kjent på i institusjon. Flere av informantene oppgav at det var ydmykende å bli fratatt autonomi. De forklarte at de likevel valgte å godta oppfølgingen fordi de visste at konsekvensene ellers var innleggelse.

Riley et al. understreker at berettigelsen til bruk av tvang krever en forståelse av at pasienten faktisk vil få et bedre liv med intervensjonen enn uten. Tiltakene skal minimaliseres og problematiseres, og de bør drøftes i forhold til hva som er strengt tatt nødvendig. Det kan være ulikt hva den enkelte pasient opplever som påført tvang fra hjelpeapparatet.

1.3.4 En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk

På oppdrag fra Arbeidsforskningsinstituttet har Pettersen og Rudningen (2014), kartlagt ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser (samtidig rus og psykiatri) og voldsproblematikk i Norge. Studien gjennomgår aktuell litteratur, har 8 casestudier og en dialogkonferanse.

Studien har systematisert kunnskap om hva som fremmer gode pasientforløp og presenterer modeller på vellykket og likeverdig samhandling over tid. Forskerne har vurdert modeller for levering av tjenester til målgruppen, og de har utforsket faglige, organisatoriske, økonomiske og juridiske hindringer for gode pasientforløp.

Sentrale funn i studien er at jo sterkere organisering av, og satsning på, kommunale helse- og omsorgstjenester, desto bedre er grunnlaget for samhandlingen med andrelinjetjenesten. Videre konkluderer forfatterne med at satsing på kompetanse innen psykisk helse og rus bidrar til en felles forståelse av ansvarsområder. Dette forenkler samarbeidet om pasienter som ikke ønsker, eller i liten grad evner, å ta imot hjelp.

Ifølge Pettersen og Rudningen vises god samhandling ved at partene møtes som likeverdige, ved at man viser respekt og kjennskap til hverandre, og ved at det er brukermedvirkning i arbeidet. Suksesskriterier for god samhandling på tvers av tjenestene er parallelle tjenesteløp, samtidighet i tjenesten og rask intervensjon ved behov. Man må ha felles møteplasser på

system- og brukernivå, og studien viser at det er hensiktsmessig at andrelinjetjenesten tar initiativ til formaliserte møteplasser. Kriseplaner, kunnskap om metodisk tilnærming til voldsrisikovurdering og tilgjengelige døgnplasser i institusjon, gir også bedre samhandling.

«Halvannenlinjetjenester» blir brukt som eksempel på tiltak der felles ansvar for helhetlig og sammenhengende tjenester hviler på både første- og andrelinjetjenesten. Gode modeller for samhandling forutsetter en klar og tydelig ansvarsfordeling, og små kommuner er særlig avhengige av tett samarbeid med andrelinjetjenesten.

Studien viser videre at manglende ressurser, interesse og vilje kan være et hinder for å skape et godt samarbeid. Forfatterne skriver at særlig ved samtidig rus og psykiske lidelser er samarbeidet utfordrende, og kravet til felles forståelse og kompetanse er derved høyere. Kommunene ønsker, ifølge studien, ikke endring i regelverket for å tillate tvangsbruk i førstelinjen. Kommunene hevder at bruk av tvang krever høy kompetanse, og man ønsker heller bedre tilgang til andrelinjetjenesten sine tvangstiltak - som for eksempel døgnplasser. Ansatte på kommunalt nivå signaliserer bekymring over nedbyggingen av døgnplasser i andrelinjetjenesten.

Pettersen og Rudningen hevder avslutningsvis at en tydeliggjøring av andrelinjetjenestens ansvar overfor førstelinjetjenesten, i forhold til tilgjengelighet, støtte og veiledning, vil styrke kommunene i arbeidet med pasientgruppen.

1.4 Problemstilling

Tverrfaglighet er sterkt vektlagt innen psykisk helsearbeid, og i utforming av problemstilling velger vi å støtte oss til Den norske legeforenings hørings svar til NOU 2014:10 - *Skyldevne, sakkynndighet og samfunnsvern*. De skriver blant annet følgende:

Legeforeningen mener det bør arbeides med å sikre innholdet i gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, og at det tilstrebes å gi kompetanseheving til lokale psykiatriske avdelinger og distriktskykiatriske sentre. Lokalt i de ulike avdelinger som skal behandle disse pasientene kan det råde mye usikkerhet omkring både innhold, gjennomføring og lovgivning, samt usikkerhet rundt samarbeid med politi, påtalemyndigheter og eventuelt rettsvesen [...]. Det bør arbeides for et nærmere samarbeid mellom

justismyndighetene/politiet/kriminalomsorgen og det psykiatriske behandlingsapparat.
(Den norske legeförening, 2015).

Med bakgrunn i dette arrangerte vi et dialogseminar for den psykiske helsetjenesten i vårt fylke (Vedlegg 1). Både første- og andrelinjetjenesten ble invitert, og programmet inneholdt foredrag av en representant fra statsadvokatens kontor, fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til TPH, fra en rehabiliteringsenhet for psykosepasienter, fra en lokal kommune med god erfaring med rehabilitering av en pasient dømt til TPH, og fra en regional sikkerhetsavdeling. Etter dialogseminaret foretok vi to fokusgruppeintervju med ansatte fra første- og andrelinjetjenesten som har erfaring med tema eller nærliggende tematikk.

Studiens problemformulering er todelt:

1. Hvilke utfordringer opplever ansatte innen psykisk helse i forhold til å gi pasienter dømt til TPH et godt tilbud?
2. På hvilken måte innvirket dialogseminaret til informantenes forståelse av tema og for videre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten?

For å få svar på nevnte problemformulering tar vi utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har informantene med å gi pasienter dømt til TPH et godt tilbud?
- Hvilke tanker, meninger og refleksjoner har de om tema etter å ha deltatt på dialogseminaret?
- Hva tenker de kan være til hjelp for å sikre en god overgang fra intramural til ektramural behandling og oppfølging?

1.5 Hensikt og avgrensning

Studiens formål er todelt. Hovedmålet er å få økt kunnskap om utfordringer psykisk helsearbeidere opplever ved å skulle gi pasienter dømt til TPH et godt tilbud. Vi ønsker å sette fokus på utfordringene både første- og andrelinjetjenesten opplever med overgangen fra intramural til ektramural behandling og oppfølging, samt bedre forståelsen av de dilemmaer som oppstår i denne prosessen.

Videre ønsker vi å undersøke om dialogseminarer kan være gode tiltak for å øke forståelsen av tema, og følgelig bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Vi ønsker tilbakemelding fra informantene om slike typer seminarer kan danne utgangspunkt for god dialog og bedret samhandling.

En konsekvens av studien kan være at deltakernes kunnskapsnivå om tema økes, men prosjektet vil også kunne gi verdifull kunnskap om problematikken både til politikere og til fagfeltet generelt.

Vi har i studien ingen klar definisjon på hva som faktisk anses å være et «godt tilbud», men i etterkant av studien blir det mulig å si noe om hva informantene tenker et godt tilbud kan innebære. Det blir ikke stilt direkte spørsmål om dette, men vi vil kunne presentere noen antagelser basert på det empiriske materialet. Vi har ikke inkludert pasienter i studien, og får således ikke frem deres synspunkter på hva et godt tilbud bør/kan innebære.

Vi har valgt å omtale fagfeltet for psykisk helse, uavhengig om vi henviser til første eller andre linje. Dette for å unngå uklarheter knyttet til begrepene psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

1.6 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel to presenteres Paulo Freire og hans teori om dialogiske praksiser.

I kapittel tre redegjør vi for våre metoder for datainnsamling; deltakende observasjon og fokusgruppeintervju. Her presenteres den fenomenologiske analyse av data inspirert av Giorgi, og en redegjørelse for egen forforståelse, forskningsetiske overveielser og metodekritikk, samt vurderinger knyttet til studiens validitet og reliabilitet.

I kapittel fire presenteres studiens funn. Tekstkondenseringen av det empiriske materialet resulterte i fire fenomennære hovedkategorier:

1. Å møte det ukjente
2. Det utfordrende samarbeidet
3. Organisering og politiske føringer
4. Ikke dine og mine, men våre pasienter

I kapittel fem diskuteres det empiriske materialet opp mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Vi løfter det empirinære opp til et forskningsmessig, teoretisk og politisk nivå ved hjelp av fire drøftingstemaer:

1. Å bli kjent med det ukjente
2. Samspill eller svarteperspill
3. Tjenesteytelse i gråsonen
4. Hvor går vi nå?

Kapittel seks avrunder studien med konklusjoner, tiltaksforslag, avsluttende refleksjoner og forslag til videre forskning. Vi vil her ha særlig fokus på hvordan disse aspektene kan ha betydning for fagfeltet psykisk helse.

2.0 Teori

2.1 Valg av teoretisk perspektiv

Vi har valgt å fokusere på et dialogisk perspektiv for samhandling og hvordan læring skjer i et sosialt samspill - i en interaksjon mellom individer. Utgangspunktet er den brasilianske pedagogen Paulo Freires (1921- 1997) tanker om dialog og kunnskapsutvikling. Freires teori har relevans for hvordan dialogen, og samhandlingen, mellom første- og andrelinjen kan utspille seg.

2.1.1 Paulo Freire

Berkaak skriver i innledningen til *De undertryktes pedagogikk* (Freire, 2003) at Freire en gang selv sa at han er en reisende i opplagtheter. Freire hevdet at det han hadde å si var ting som alle mennesker gikk og bar på, men ikke klarte å uttrykke. På mange måter har dette utsagnet stadig kommet tilbake til oss. Vi kan kjenne oss igjen i teorien hans, og relatere det til vårt arbeid med mennesker, til erfaringer fra masterutdanningen i psykisk helsearbeid, og til private relasjoner. Vi har på en måte oppdaget oss selv i teksten, noe som vi har skjønnet har vært et av Freires mål med sine arbeider.

Freire ble internasjonalt kjent med *De undertryktes pedagogikk* i 1968, men hadde da kjempet lenge for å bekjempe analfabetisme i Brasil. Eksempelene han benytter for å illustrere sine tanker og teorier er i stor grad knyttet til en sosial struktur der en tydelig underklasse kjemper mot en tydelig overklasse. Man kan tenke at disse klasseforskjellene er noe mer utvisket i dagens moderne samfunn, men slik vi har lest teksten så er den tidsnøytral og lett overførbart til dagens sosiale forhold. Freire omtaler partene i læringsprosessen som herre og slave, men meningsinnholdet er lett overførbart til andre type læringssituasjoner og mellommenneskelige forhold. I vår studie diskuterer vi forholdet mellom tjenesteyterne i første- og andrelinjetjenesten i lys av Freires teori om kunnskapsformidling mellom lærer og elev.

Et av Freires sentrale begrep er makt. Han hevder at sosiale forhold alltid er preget av makt. Herre/slaveforhold gjør oss umenneskelige fordi de låser oss fast i gitte situasjoner, fratar oss våre valgmuligheter og lammer vår skaperevne. Freire utdyper at herren gjennom undertrykking «foreskriver» slavens livsløp og livsinnhold, og fratar ham retten og evnen til kritisk refleksjon og utvikling på egne premisser. Som slaver gjøres vi til gjenstand for andres interesser og reduseres til objekter. Vi blir fremmede i vår egen verden. For å rettferdiggjøre sin makt og få maktforholdet til å fremstå for slaven - og seg selv - som sant og riktig, eller i alle fall uten alternativ, forvrenger herskeren bildet av virkeligheten. Den sosiale samtalen reduseres til en monolog, der den ene parten ytrer seg, mens den andre forstummer og ikke lenger har noe han eller hun skulle ha sagt. Dette kaller Freire «Taushetens kultur» (Freire, 2003). Kunnskapsformidling preget av et slikt maktforhold omtaler Freire som «banksystemet». I et slikt system former og definerer den ene parten kunnskap, mens den andre parten passivt tar imot. Kunnskap blir «deponert» i den andre.

Avstand mellom partene i læringsprosessen er typisk for denne form for kommunikasjon. Eleven skilles fra verden, og blir en tilskuer, ikke en medskaper. Ved bankpedagogikk tenker man at eleven *har* en bevissthet, ikke først og fremst at han/hun *er* bevisst. Man forutsetter at kunnskapene om objektene i verden skal trenge inn i elevens bevissthet og bli der, men ikke at den omliggende verden er tilgjengelig for bevisstheten. Individet blir et passivt objekt, ikke et subjekt som former den verden det lever i. Læreren forteller om verden «der ute», mens eleven passivt lytter og husker. Eleven behandles i en slik setting som et objekt, som et kar eller en beholder som skal fylles med det rette stoffet. Læreren har en stemme, og makten og evnen til å uttrykke seg. Eleven er stum. Denne måten å betrakte forholdet mellom lærer og elev på er overførbart til denne studiens problemstilling dersom man betrakter samhandling, kunnskapsformidling og veiledning mellom tjenestenivåene i lys av en slik grunnforståelse av

maktforholdene i læringsprosessen. Fremstår andrelinjetjenesten som en autoritær lærer, i kraft av betegnelsen «spesialisthelsetjenesten», som skal deponere kunnskap i førstelinjen, eller går kunnskapsformidlingen begge veier mellom likeverdige parter?

Freire fremhever nettopp betydningen av et slikt maktforhold i sin teori. Den som har makt til å avgjøre hvilket utsnitt av virkeligheten som er verd å lære, og som har kontroll over læringsprosessen, har samtidig makt til å forme verden. Freire hevder at lærerens fortellerposisjon må byttes ut med rollen som samtalepartner. Det første og viktigste i hans program er derfor å angripe, og endre, selve læringssituasjonen. Man må erstatte denne enetalen med en samtale, monologen må bli en dialog.

Freire ønsker at læreren skal bidra med å gi hjelp til selvhjelp, være en tilrettelegger (facilitator). Pedagogen skal være mer en kjørelærer enn en veiviser. Veivalgene må menneskene selv ta beslutning om. For Freire er ikke utdanning det samme som å gi folk kunnskap, det er å gi dem redskaper til å skaffe seg kunnskap. På denne måten kan man ut fra eget ståsted oppdage de krefter og forhold som begrenser vår livsutfoldelse. Kunnskap blir på denne måten verdiløs dersom den ikke leder til handling og kraft til å endre disse forholdene. Metodene kan ikke pugges eller foreskrives, de må utvikles i dialog og samarbeid mellom underviseren og den som skal lære. Freire hevder at de begge må være elever sammen. Underviseren må lytte til eleven for å få innsikt i personens eksistensielle situasjon, mens underviseren kan tilby en ekspertise på å systematisere denne situasjonen. De to kunnskapsformene kan bare smelte sammen gjennom en åpen og jevnbyrdig dialog. Det er bare når vårt verdensbilde springer ut av vår egen livssituasjon, og når vi er aktive medskapere i denne situasjonen, at vi vil kunne oppleve oss selv som frie og selvstendige subjekter i verden (Freire, 2003).

Freire hevder at sann kunnskap bare kan skapes ved at frie subjekter rapporterer sannferdig om sin eksistensielle situasjon. Dialog er ifølge Freire møtet mellom mennesker med intensjon om å gi verden navn - sette ord på hva som skjer. Dialog kan ikke oppstå mellom dem som ønsker å gi verden navn og dem som ikke ønsker dette - mellom dem som nekter andre mennesker retten til å uttale seg og dem som nektes retten til å uttale seg. Det er når mennesker sier sin mening og dialogen tvinger seg frem at menneskene får betydning som menneske. Dialog kan ikke reduseres til en handling der en person overfører idéer til en annen. Heller ikke er den en fiendtlig, polemisk argumentasjon mellom mennesker som hverken er engasjert i å gi verden navn eller i en søken etter sannhet, men heller vil tvinge på

den andre sin egen sannhet. Den må ikke tjene som et redskap som brukes til å herske over et annet menneske.

Kjærlighet blir i denne setting et sentralt tema for Freire. Han skriver at dialogen ikke kan eksistere dersom det ikke finnes en dyp kjærlighet til verden og til menneskene. Kjærlighet er på samme tid grunnlaget for dialog og dialogen selv - kjærlighet er et engasjement overfor andre mennesker. *«Om jeg ikke elsker verden, om jeg ikke elsker livet, om jeg ikke elsker menneskene, kan jeg ikke delta i en dialog»* (Freire, 2003 s. 63). På den annen side kan ikke dialogen eksistere uten ydmykhet. Dialogen, møtet mellom mennesker som vier seg til den sanne oppgave, nemlig å lære og å handle, blir brutt dersom partene - eller en av dem - mangler ydmykhet. *«Hvordan kan jeg føre en dialog om jeg alltid projiserer uvitenhet over på andre og aldri ser min egen?»*, *«Hvordan kan jeg føre en dialog om jeg er lukket for, eller til og med forulempet av - andres bidrag til den?»* spør Freire (2003, s. 64). En som ikke kan erkjenne at han er like dødelig som alle andre, har fortsatt lang vei å gå før han kommer til møtestedet. På dette møtestedet finnes det hverken utelukkende uvitende personer eller perfekte vismenn. Det er bare mennesker som sammen forsøker å lære mer enn det de vet nå. Dialogen krever videre en intens tro på mennesket. Tro på dets evne til å lage og lage på nytt, til å skape og gjenskape, tro på dets streben etter å nå et rikere menneskeverd. Dialog med sitt utspring i kjærlighet, ydmykhet og tro blir et horisontalt forhold der gjensidig tillit mellom de samtalende er den logiske konsekvens.

3.0 Metode

3.1 Metodevalg

Da studiens fokus er på hvilke utfordringer ansatte innen psykisk helse opplever i forhold til å gi et godt tilbud til personer dømt til TPH, deres tidligere erfaringer, og utbyttet de fikk av seminaret, er kvalitativ metode egnet.

Metoden gir dypere forståelse av fenomenene vi studerer. Forskningsstrategien baseres på en rik og dyp informasjon om et lite antall analyseenheter og datamaterialet er tekst (Ringdal, 2014).

Et design er forskerens skisse for en undersøkelse (Ringdal, 2014), og vi har valgt et hermeneutisk fenomenologisk design. Vi er følgelig opptatt av å illustrere hvordan

informantene opplever fenomener i sin livsverden, og å meningsfortolke disse. Fenomenologi er en tilnæringsmåte for å utforske, og forstå, folks hverdagslige opplevelser. Den søker å forstå fenomener utfra personens eget perspektiv og livsverden, og beskriver virkeligheten slik den oppleves av personen. Fenomenologer forsøker å se fenomenet klarere ved å sette egen forforståelse til side, for deretter å beskrive fenomenet slik en ser og opplever det. Man tilstreber et åpent møte med fenomenet, og som forsker må man derfor bevisstgjøre seg hvilke fordommer og hvilken forståelseshorisont man har, for så å legge denne til side (Polit and Beck, 2014).

Fenomenene vi oppdager i datamaterialet blir meningsfortolket utfra et hermeneutisk prinsipp. Hermeneutikk er læren om fortolkning, og bearbeidelse og fortolkning av tekst er ofte en viktig del av forskningsprosessen i kvalitative studier. Det grunnleggende prinsipp er en stadig veksling mellom forståelse av deler og helhet. Man lar betydningen man har funnet i deler av teksten belyse helheten i teksten, samtidig som helheten påvirker forståelsen av delene. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det metodiske mål med studien er å danne et bilde av hvilke erfaringer informantene har med pasientgruppen, komme frem til essensen i opplevelsene deres og tolke dem. For å nå dette målet har vi benyttet både deltakende observasjon og fokusgruppeintervju.

3.2 Utvalg og datainnsamling

Utgangspunktet for studien var som nevnt at vi arrangerte et dialogseminar med tittelen «Dømt til tvungent psykisk helsevern - erfaringer og utfordringer knyttet til å gi pasienter dømt til tvungen psykisk helsevern et godt, sikkert og faglig forsvarlig tilbud etter intramural psykiatrisk behandling». Dialogseminaret ble arrangert i samarbeid med vår arbeidsgiver i andrelinjetjenesten. Vi inviterte bredt, og det var ca. 108 deltakere fra regionen som representerte både psykiatrisk avdeling (PSA), distriktpsikiatriske sentra (DPS) og kommunene.

Vi mente at dialogseminaret ville gi en pekepinn på hvilke erfaringer og utfordringer de ulike instansene har i arbeidet med pasienter dømt til TPH. I seminaret var det åpning for diskusjon og utveksling av erfaringer i forbindelse med hvert foredrag.

Informanter til fokusgruppeintervjuene ble rekruttert under dialogseminaret. Opprinnelig hadde vi tenkt å rekruttere kun ledere fra kommunal psykisk helse. For å få nok kvalifiserte informanter, samt mer utfyllende data, endret vi problemstillingen noe, og valgte å inkludere også andre ansatte innen både første- og andrelinjetjenesten i utvalget. Inklusjonskriteriet ble at informantene hadde deltatt på dialogseminaret, og hadde erfaring med pasienter dømt til TPH eller pasienter på TUD med tilsvarende problematikk.

Avdelingsleder for psykiatrisk avdeling åpnet dialogseminaret med å informere om studiet og vårt ønske om informanter til fokusgruppene. Det ble gitt en oppfordring om å kontakte oss i løpet av dagen dersom noen ønsket å være med i fokusgruppeintervjuene. Vi tok dessuten selv kontakt med aktuelle informanter underveis i seminaret, fikk nedskrevet kontaktinformasjon og avtalte datoer for fokusgruppeintervju. Vi hadde på forhånd utarbeidet et informasjonsskriv som de aktuelle informantene fikk utlevert (Vedlegg 2).

Vi endte altså opp med en fleksibel rekrutteringsstrategi (Malterud, 2012), og fikk totalt 12 informanter. 7 av informantene jobbet i førstelinjetjenesten mens 5 av informantene jobbet i andrelinjetjenesten. Det var 5 menn og 7 kvinner fra store og små kommuner, fra PSA og DPS. Av yrkesbakgrunn var det både spesialutdannede sykepleiere/vernepleiere/sosionomer, sykepleiere/vernepleiere/sosionomer uten spesialutdanning, psykiatere og psykologspesialister blant informantene.

Vi fordelte informantene i fokusgruppene etter prinsippet *strategisk utvalg* (Malterud, 2012). Vi fokuserte på å få balanse mellom mangfold og homogenitet i begge gruppene for best mulig å belyse vår problemstilling og få gode diskusjoner og erfaringsutvekslinger. Styrken ved en slik utvelgelsesstrategi er at informanter med forskjellig yrkes- og erfaringsgrunnlag møtes til diskusjon. Vi får belyst begge sider av saken i en og samme gruppe, og informantene fra begge tjenestenivå får mulighet til å utdype, forklare og begrunne sine synspunkter. Dette vil igjen kunne resultere i en spennende dialog mellom tjenesteyterne. Den største begrensningen vi ser ved utvelgelsesmetoden er at man kan risikere at informantene ikke våger å være helt ærlige i sine uttalelser i frykt for å bli tolket som anklagende overfor en antatt motpart. Det er mulig at informantene ville uttrykt seg annerledes, eller vært mer direkte, dersom første- og andrelinjen var i fokusgruppe hver for seg. Vi fastholder imidlertid at styrkene ved sammensetningen av utvalget i denne sammenheng vektet tyngre enn begrensningene.

Begge fokusgruppeintervjuene ble avholdt i september 2015, og vi var i etterkant godt fornøyd med både gjennomføring av intervjuene samt sammensetning av utvalget. Uforutsett ble en av informantene i den ene gruppen hindret fra å delta på svært kort varsel, men vi fikk innhentet en sporty erstatter fra en av sykehusenhetene.

3.2.1 Deltakende observasjon

Ved deltakende observasjon er data innsamlet i det naturlige miljøet til individet eller gruppen. Målet er å forstå praksisen, atferden og overbevisningen individet, eller gruppen individer, har slik de fungerer i dagliglivet (Polit & Beck, 2014). Vår deltakende observasjon fant sted under dialogseminaret. Vi plasserte oss slik i salen at vi skulle få god oversikt. Vi noterte ned hvilke spørsmål som ble stilt, og om vedkommende som stilte spørsmålet var fra første- eller andrelinjetjenesten. Vi ønsket å være særlig oppmerksomme på hva som ble diskutert og hvilke problemstillinger som ble reist. For å beskrive stemning, engasjement og aktualitet rundt temaet benyttet vi prinsippet «thick descriptions» (Polit og Beck, 2014) under utarbeidelse av feltnotatene. Feltnotatene ble i etterkant av seminaret renskrevet og benyttet i utarbeidelsen av en kortfattet intervjuguide for fokusgruppeintervjuene (Vedlegg 3). Datamaterialet fra dialogseminaret ble analysert på samme måte som dataene fra fokusgruppeintervjuene.

Styrken vi ser ved denne måten å samle inn data på er at vi har mulighet til å få et solid inntrykk av den kulturelle konteksten samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten utspiller seg i. Vi kunne formelig kjenne på graden av engasjement, eller manglende sådan, og vi fikk erfare den frustrasjonen tjenesteyterne tidvis uttrykker. Vi fikk også oppleve stemningen, se relasjoner og roller de enkelte utøverne hadde, eller påtok seg. Begrensningen vi opplevde med den deltakende observasjonen, var nok hovedsakelig knyttet til at det ble travelt. Vi noterte så raskt og godt vi kunne, men det ble vanskelig å få med seg alt, og samtidig gjøre egne refleksjoner underveis. Det var utfordrende å begrense eget ønske om å delta mer aktivt i diskusjonene, men dette ble nedprioritert til fordel for å notere ned observasjoner underveis. Det er også mulig å anse vår tilhørighet til andrelinjetjenesten som en begrensning, da denne rollen er utfordrende å kombinere med en mer åpen forskerrolle.

3.2.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en hyppig brukt metode innen kvalitativ forskning. Formålet er å samle informanter til en diskusjon, og utnytte samhandlingen i gruppen til å få frem ulike fortellinger om erfaringer innen feltet enn man ville fått i individuelle samtaler (Malterud, 2012). Ved å intervju 12 personer fra første- og andrelinjetjenesten ønsket vi å finne ut om det var ulike opplevelser omkring temaet, felles opplevelser, og hvilke erfaringer informantene hadde i forhold til samhandling knyttet til pasienter dømt til TPH.

Varigheten på fokusgruppeintervjuene var 60 - 90 minutter. Vår rolle var at en av oss var moderator, mens den andre var sekretær (Malterud, 2012). Rollene ble byttet i de to fokusgruppeintervjuene, og intervjuene ble tatt opp på bånd.

Informantene ble informert muntlig og skriftlig om studiet, dets målsetting, hvordan resultatene ville bli publisert, om konfidensialitet, frivillig deltakelse og om at informantene kunne avslutte deltakelsen når de ville. Den skriftlige informasjonen ble utlevert til informantene ved dialogseminaret, samt sendt på mail. Hensikt med dette var å forebygge misforståelser, og forberede informantene om temaet på forhånd. Vi anså på denne måten at informantene gav et kvalifisert og informert samtykke til å delta i studien når de underskrev samtykket i forkant av intervjuet (Vedlegg 4). Samtykkeerklæringene har vi oppbevart innelåst i egen skuff på vårt kontor, og de makuleres så snart studien er ferdigstilt.

Intervjuene ble avholdt på et møterom tilknyttet sykehuset. Alle informantene var kjent med møtestedet fra tidligere samarbeidsmøter. Vi tilstrebet en god tone i intervjuene. Kaffe ble servert, og vi forsøkte å skape en avslappet og trygg stemning. Intensjonen med dette var å bidra til en god opplevelse for informantene, og tilstrebe at vi fikk gode data. Informantene ble informert om at vi ved behov ville ta kontakt med dem i etterkant av datainnsamlingen for å oppklare eventuelle misforståelser vedrørende analyse/tolkning.

Styrken ved fokusgruppeintervju fremfor individuelle intervju er som nevnt at man utnytter samhandlingen i gruppen til å få frem flere nyanser i datamaterialet, og kanskje andre fortellinger enn man ville fått ved individuelle samtaler. Fokusgruppeintervju er dessuten mer tidsbesparende enn individuelle intervju, og til en viss grad også arbeidsbesparende i forhold til bearbeidelse av data. Dette kan nok imidlertid diskuteres, da data fra vanlige individuelle intervjuer kan være lettere å transkribere fordi man ikke har utfordringer ved at noen snakker i munnen på hverandre eller sitter for langt unna båndopptakeren.

Andre begrensninger kan være at informantene kan gi noe mer utfyllende og ærlig informasjon dersom de intervjues alene. Ved individuelle intervju kan informanten føle mindre press i forhold til hensyn til de andre informantene, og for noen kan det dessuten være vanskeligere å ytre seg i forsamlinger.

3.3 Fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi

Vi har valgt en fenomenologisk analyse av data med systematisk tekstkondensering. Metoden er inspirert av den amerikanske psykologen Giorgi og forenklet ved Malterud (2012). Formålet med denne analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden for deretter å lete etter essenser i datamaterialet samtidig som man setter egen forforståelse i parentes - «bracketing» (Polit og Beck, 2014). Vi ser at «bracketing» er et uopnåelig mål, og har tilstrebet et reflektert forhold til vår egen innflytelse på datamaterialet.

Vi kombinerte den fenomenologiske analysen med et hermeneutisk element i form av at vi har meningsfortolket funnene. Dette vil minne om den hermeneutiske sirkel, der vi veksler mellom å vurdere delene av teksten og helheten. Utgangspunktet er en intuitiv forståelse av teksten som helhet, deretter fortolkes delene, og ut fra disse fortolkningene settes delene på ny i relasjon til helheten (Kvale og Brinkmann, 2009).

Selve analysen startet nok allerede ved gjennomføringen av dialogseminaret og fokusgruppeintervjuene. Vi gjorde oss der umiddelbare tanker om de opplysningene vi fikk, og vi noterte disse ned for bruk senere i prosessen.

Systematisk tekstkondensering består av fire stadier:

Å få et helhetsinntrykk av den transkriberte teksten. Først gjorde vi oss kjent med datamaterialet vi hadde samlet inn, og forsøkte å få en oversikt over helheten i dette. Vi tilstrebet å sette egen teoretisk referanseramme og forforståelse i parentes for å møte materialet på en mest mulig åpen måte. Etterpå summerte vi inntrykkene av teksten og beskrev foreløpige temaer vi så i materialet. Vi drøftet forslagene, og ble enige om tre hovedkategorier med underkategorier som belyste vår problemstilling. Dette arbeidet var utfordrende fordi mange av dataene kunne sorteres i flere kategorier. De tre hovedkategoriene ble:

1. Å møte det ukjente.
2. Det utfordrende samarbeidet.
3. Organisering og politiske føringer.

Å identifisere meningsdannende enheter. Neste trinn i prosessen var at vi gjennomgikk teksten systematisk og fant meningsbærende enheter; korte eller lengre deler av teksten som belyste de hovedkategoriene vi mente svarte på vår problemformulering. Uttalelsene ble systematisert, kodet med farger i henhold til de ulike kategoriene, og dekontekstualisert systematisk (Malterud, 2012). I denne fasen av analysen reflekterte vi over hvilke meningsbærende enheter som representerte flere kategorier, om noen av temaene omhandlet samme sak, og om det var andre kategorier som kom frem ved hjelp av vår forforståelse og teoretiske referanseramme. Vi oppdaget at vi måtte organisere dataene litt annerledes, og la til en ekstra hovedkategori som vi kalte «Ikke dine og mine, men våre pasienter».

Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. Vi hentet ut mening ved å systematisk abstrahere (Malterud, 2012) innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Uttalelsene ble meningsfortettet til kondensater – kunstige sitat, og disse virket som arbeidsnotater for resultatpresentasjonen i analyseprosessen. Ved dette arbeidet identifiserte vi flere underkategorier. Dataene fra hver hovedkategori ble sortert inn i underkategoriene som gjenspeilet forskjellige aspekter ved hovedkategorien.

Underkategoriene var ment å skulle presentere nyanser av de fenomenene vi studerte og skapte rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger. Valg av underkategorier var, som valg av hovedkategoriene, preget av det perspektivet vi hadde lest materialet ut fra, og er slik sett et uttrykk for de «brillene» vi hadde på oss i analyseprosessen. Det materialet som ikke hadde meningsbærende enheter ble ikke tatt med videre i prosessen.

Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper. I dette stadiet satt vi sammen bitene igjen, vi rekontekstualiserte (Malterud, 2012). Vi studerte dataene fra hovedkategoriene og underkategoriene, og sammenfattet dette til en analytisk tekst for hver kodegruppe. Målet var å formidle til leseren hva vårt datamateriale forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. På denne måten ble funnene presentert på en forståelig måte, eksemplifisert med sitat og kondensat fra informantenes utsagn. Funnene blir i teksten presentert i egne avsnitt organisert etter hoved- og underkategoriene.

Avslutningsvis i analysen har vi validert funnene ved å rekontekstualisere dem opp mot rådata. Dette gjorde vi ved å lese gjennom de opprinnelige transkripsjonene for å bli minnet

om hva som egentlig ble sagt, og om det stemte overens med den tolkningen vi presenterer i analysen. Funnene blir i diskusjonsdelen drøftet med tidligere forskning og teori.

3.4 Forforståelse og vårt ståsted som forskere

Vår forforståelse var preget av at vi begge jobber i psykiatrisk avdeling og så utfordringene med behandlingen av de dømte fra andrelinjetjenestens side. Vi opplevde at det hersket en del usikkerhet om ansvarsforholdene rundt pasientene, om lovverket, økonomiske aspekter og om et sikkerhetsperspektiv. Vi hadde en forståelse av at utskrivning av pasienter fra intramural til ekstramural oppfølging kunne bli en tidkrevende og utfordrende prosess både for pasient og tjenesteyter. Konsekvenser vi så ved dette var frustrerte pasienter fordi de måtte være lengre innlagt enn nødvendig, frustrerte behandlere i andrelinjen fordi de ikke fikk skrevet pasienter ut, og en presset førstelinjetjeneste. Vi ante en maktkamp mellom første- og andrelinjetjenesten i forhold til oppgavefordelingen.

3.5 Forskningsetiske overveielser og metodekritikk

Før datainnsamlingen startet ble søknad om godkjenning sendt til Fakultetets Etske Komité (FEK). De godkjente studien under forutsetning av at Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) også gav sin godkjenning. Vi sjekket NSDs hjemmesider for å se om studien var meldepliktig, og vi tok den nettbaserte testen (NSD, 2015). Vi kontaktet dem også pr. telefon for å sikre at konklusjonen vår stemte. Det fremkom både på nett og i samtalen med konsulent ved NSD at studien ikke er meldepliktig så lenge vi ikke behandler personopplysninger ved hjelp av datamaskinbasert utstyr eller manuell systematisering av sensitive opplysninger, ordnet etter navn/fødselsnummer. Da det ikke fremkommer noen personopplysninger, hverken i rådata eller i det ferdige materialet, ble prosjektet ikke meldt til NSD. Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) ble ikke søkt siden vi ikke skulle behandle pasientsensitive opplysninger av noe art. Dette ble på forhånd drøftet og avklart med veileder.

Vi hadde Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014) i tankene når vi så for oss at studien kan forbedre situasjonen til denne pasientgruppen, og at forskningen i så måte skal tilføre samfunnet noe. Samtidig så vi at det er en marginal gruppe personer i fylket dette gjelder, og

at medieoppmerksomhet i forbindelse med sakene pasientene var dømt for kunne utfordre anonymitet både i fokusgruppen og i presentasjon av vår studie. Av denne grunn har vi anonymisert sykehuset og kommunene hvor informantene arbeider. Informantene ble i forkant av fokusgruppeintervjuet gjort oppmerksom på taushetsplikt og yrkesetiske retningslinjer, og de ble dessuten minnet på at de måtte drøfte sine tanker og erfaringer med dette «in mente». Vi har hatt stort fokus rettet mot etiske aspekter gjennom hele arbeidet med studien, og mener at vi i stor grad har anonymisert pasientene ved å anonymisere informantene i dialogseminaret og fokusgruppene.

Vi har gjennom studien også hatt fokus på hvordan våre roller, våre personligheter og vår faglige bakgrunn har kunnet påvirke både gjennomføring og utfall av studien. Vi så tidlig utfordringene knyttet til å forske så tett på eget arbeidsmiljø og samarbeidspartnere. Vi har vært svært bevisste på at dette ikke er en oppgave skrevet for å befeste vår egen posisjon som ambulant team.

3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om i hvilken grad resultatene fra en studie er gyldige. Måler vi det vi skal måle (Ringdal, 2014). Vår bakgrunn og kjennskap til fagfeltet bidro til at vi lettere fikk rekruttert sentrale informanter, noe som i neste omgang tilførte studien mer valid kunnskap. Med informanter fra både første og andre linje, samt en blandet gruppe med hensyn til kjønn, utdanning og yrkeserfaring, ønsket vi å sikre data som er gyldige og representative for målgruppen. Vår erfaring fra feltet kan dessuten ha gjort oss bedre i stand til å forstå informantenes utsagn og problemstillinger, samtidig som vi hele tiden har måtte være bevisst vår egen forforståelse og fordommer. I så måte har det vært en klar fordel å være to forskere. Vi har gjennom hele prosessen utfordret hverandre i forhold til dette, og drøfte både faglige og metodiske utfordringer. Veileder har bistått oss gjennom hele forskningsprosessen, og dette har også bidratt til validering av funn. At funnene sammenfaller med tidligere forskning styrker studiens validitet da dette bekrefter kvaliteten i tolkningene som er gjort (Ringdal, 2014). Datatriangulering, med både deltakende observasjon og fokusgruppeintervju, har også bidratt til valideringen.

Reliabilitet er mer omdiskutert innen kvalitativ forskning da det i stor grad er knyttet til tilfeldige målefeil. En vurdering av kvalitative datas reliabilitet blir egentlig forskerens

refleksjon over hvordan datainnsamlingen har foregått, med sikte på å bli bevisst mulige feilkilder (Ringdal, 2014). Er studien troverdig og gjennomført på en tillitsvekkende måte? Vi har tilstrebet å få så reliabel kunnskap som mulig ved å gjøre studien mest mulig gjennomsiiktig. Vi har derfor redegjort grundig for forskningsprosessen, samt metodiske valg og vurderinger, slik at leser har mulighet til å vurdere gyldighet, pålitelighet og etterprøvbarehet av data.

Det er med en viss skepsis vi har gjort analysearbeidet og tenkt: Hva vektlegges og hva utelates? Hva feiltolkes på grunn av vår forforståelse og våre fordommer? Kan vi forvente, og anta, at informantene gir oss et ærlig svar på hvordan de opplevde dialogseminaret når vi som arrangerte det, og som de kjenner, er de som spør? Vi ser helt klart at vår analyse av dataene er et uttrykk for hva *vi* tenker om de dataene vi har.

4.0 Presentasjon av studiens funn

4.1 Introduksjon

Studiens problemstilling er todelt og dreier seg a) om utfordringene ansatte innen psykisk helse ser ved å gi et godt tilbud til pasienter dømt til TPH, og b) om dialogseminaret informantene deltok på innvirket på deres forståelse av tema og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Funnene presenteres i følgende hovedkategoriene er: 1. Å møte det ukjente, 2. Det utfordrende samarbeidet, 3. Politiske føringer, og 4. Ikke dine og mine, men våre pasienter.

Når funnene underbygges av individuelle sitat, er informanter fra førstelinjen markert med IF og fra andrelinjen med IA.

4.2 Å møte det ukjente

Vi har i denne kategorien valgt å belyse data som illustrerer informantenes usikkerhet i forhold til å møte det ukjente, og hvordan det utfordrer dem i å gi pasientene et godt behandlingstilbud. Både i dialogseminaret og i fokusgruppeintervjuene ble det snakket mye om at de aktuelle pasientene er en ny og ukjent gruppe, som for mange omga seg med frykt. Den potensielle farligheten førte til at mange av informantene opplevde at det er for få

ressurser knyttet til behandling og oppfølging av dem. Mange av informantene gav uttrykk for å være usikre på hvordan man best kan hjelpe, og i mange situasjoner opplevde informantene at de måtte trø opp veien for første gang.

4.2.1 Frykt

Et gjennomgående tema i fokusgruppeintervjuene var frykt. Frykt for pasienten, frykt for det ukjente, og frykt for gjerningene den dømte hadde utført. Frykten informantene selv hadde kjent på kroppen, frykt innad i kollegiet og i nærsamfunnet. En av informantene fra førstelinjen illustrerte dette slik:

Det kom som et sjokk på kommunen at denne personen faktisk skulle bo i kommunen. Altså, han var jo faktisk dømt til TPH, og da var han dømt til å være innelåst på sykehuset resten av livet...

Den samme informanten sa videre:

Det som var den største utfordringen i starten, det var frykten. Altså frykten som ble meldt inn fra samfunnet. Det gikk selvfølgelig også inn på oss som ansatte, og det måtte vi jobbe veldig mye med. Frykt også for hvordan vi skulle håndtere det i kommunen. Det ble reist mange problemstillinger, og vi møtte mye motstand.

Et annet aspekt ved frykt som kom tydelig frem både i dialogseminaret og i fokusgruppeintervjuene var utfordringene informantene opplevde i forhold til pasienter som de beskrev som noen som hadde en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, psykopati/dyssosial personlighetsforstyrrelse og rusmiddelmissbruk. Særlig psykopati ble relatert til utfordringen med å gi pasientgruppen et godt tilbud, og illustreres ved følgende utsagn:

Den gruppa pasienter, som har schizofreni, psykopati og rusproblemer, er nesten kronisk farlige. De blir gående inne hos oss [i sykehusavdeling] fordi de er for farlige til å sendes ut i kommunen. (IA)

De dømte pasientene er ofte velfungerende. Vi får dem jo veldig greit ut av psykosen som regel, men de er fortsatt farlige fordi psykopatien er intakt. Det lar seg ikke behandle, og de har fortsatt rusproblemene, og begge de to tingene der gjør dem såpass farlige at de ikke vil være modne til å ut i samfunnet enda. (IA)

Videre oppdaget vi at frykten også ble et tydelig tema i forhold til å gjenetablere de dømte pasientene i sine hjemkommuner, og det kom tydelig frem at sikkerhet oppleves vanskeligere å ivareta ute i kommuner og i poliklinikk.

Det er lettere å ivareta sikkerhet når pasientene er i sykehusavdeling fremfor i kommune eller poliklinikk. (IF)

Vi har møtt mye motstand i befolkningen i forhold til å bosette pasienten i hjemkommunen. (IF)

Frykt kan også ha litt med forskjell i størrelsen på byene å gjøre. Det merkes bedre i små byer enn i litt større byer. (IF)

Avslutningsvis kan vi nevne at det også fremkom en del mer generelle utsagn som illustrerer hvordan frykt utfordrer tjenestetilbudet til pasientgruppen:

Det er kanskje de mest ekstreme pasientene, de med de mest alvorlige lovbruddene - det er der utfordringene ofte ligger. (IA)

En skal ikke sette eget liv og helse på spill for å tilby noe som pasienten ikke ønsker og som kanskje heller ikke er til hjelp. Og så skal en bli pålagt å gjøre det via en dom... (IF)

Det er vanskelige vurderinger i forhold til om de er gode nok til å skrives ut, er vi sikre på det, er det forsvarlig å skrive ut...? (IA)

Å ikke ha kompetanse skaper utrygghet. Vi har ikke alarmer, vi har ikke lege lett tilgjengelig, vi går hjem til folk og jobber i hjemmene deres... (IF)

Det siste utsagnet bringer oss naturlig over på neste underkategori som er utfordringer knyttet til ressurser.

4.2.2 Ressurser

Vi oppdaget raskt at en av utfordringene informantene knyttet til det å skulle gi pasientgruppen et godt tilbud var relatert til ressurser. Ressurser hovedsakelig i form av penger, kompetanse og erfaring, men også i forhold til aktivitet og bolig. Dette ble problematisert i lys av små kommuner med trange budsjett, og poliklinikker med begrenset kapasitet.

En del av de oppgavene som helt klart lå til andrelinjetjenesten før, blir nå overført til kommunene, uten at vi har fått økt opp hverken ressurser eller kompetanse. (IF)

Pasientgruppen er en utfordring for små kommuner fordi de er ganske ressurskrevende. Både i forhold til de økonomiske rammene og i forhold til å få kvalifisert personell. (IF)

Vedrørende de økonomiske utfordringene informantene gav uttrykk for, kom det frem at dette anses å være en svært ressurskrevende oppgave - uavhengig av hvilket tjenestenivå man befinner seg på. Vi illustrerer med følgende utsagn:

Hvordan i all verden skulle kommunen klare en så stor oppgave i forhold til økonomi? (IF)

Dette er en svært ressurskrevende oppgave for poliklinikkene! (IA)

Det er mer kostbart å drifte et tilbud til denne pasientgruppen. Det gjelder jo innomhus også. Det er spesielt krevende gruppe å gi tilbud til. (IA)

Disse pasientene trenger veldig individuelle tiltak som kan gå på bekostning av de eksisterende tiltakene. (IF)

Vi har måttet se mulighetene, være kreative. Vi kan ikke avslå en søknad fordi vi ikke har penger. (IF)

Et annet element innen økonomiske ressurser som informantene problematiserte var aktivitet og boliger for pasientgruppen. En informant fra førstelinjen forklarte at det ligger noen forventninger om hva de kunne klare, som det var vanskelig å oppfylle fordi man ikke hadde mulighet til å gi alle 24-timers oppfølging. En annen informant fra førstelinjen utdypet:

Det å faktisk gi et godt tilbud er utfordrende, ikke bare personalmessig, men også i forhold til aktivitet og integrering. Pasientene har jo gjerne satt noen spor i kommunen, og det er vanskelig med bolig - særlig i små kommuner.

Informantene fremstod samstemte i sine uttalelser om at man trenger flere folk og flere typer boliger for å kunne ivareta pasientgruppen på en god måte ute i samfunnet, og en informant fra førstelinjen fremhevet aktivitet som viktig avledning for det som «foregår inne i hodet».

Behovet for kompetanse, mer personalressurser og relevant erfaring utfordret også «det gode tilbudet». Informantene kom stadig tilbake til hvordan disse forholdene preget tjenesteytelsen, og det ble tydelig at det ikke bare handlet om penger, men også om «hender».

Vi «mangler noe» i kommunene. (IF)

Det er viktig at vi får rom og kompetanse, og tilstrekkelig samarbeid. Vi trenger ressurser for å kunne gjøre dette. (IF)

Det som også er viktig er hvilke kvalifikasjoner vi har for å håndtere dette her... (IF)

Det er veldig vanskelig å lage rutiner slik at alle kan jobbe i team og jobbe likt. Det tar veldig, veldig lang tid. (IF)

Så er det jo alltid sånn med ting som forekommer sjeldent, det er vanskelig å opparbeide seg særlig ekspertise. Det er ikke noe man får rutine på sånn med en gang. (IA)

En av informantene fra førstelinjen tydeliggjorde behovet for kompetanse med å forklare at frykten i hans kommune handlet mye om kunnskap. Han beskrev forskjellen på de som jobbet innen psykisk helse og de som ikke gjorde det. Han hevdet at de som arbeidet innen feltet psykisk helse til daglig også kjente på frykten, men at de håndterte den på en litt annen måte.

4.2.3 Å trø veien

Et siste element ved å møte det ukjente er det vi har valgt å kalle «Å trø veien». Også her ble kompetanse et viktig element. Uttrykket ble brukt av flere informanter i fokusgruppene, og underkategorien gjenspeiler utfordringene med å «starte på nytt», skaffe seg erfaring og utnytte eksisterende kunnskap; altså å gå veien. En av informantene fra førstelinjen uttrykte det slik:

De [pasientene] blir ofte på en måte bare litt sånn dumpet ut, og så må vi ta fra sak til sak... Trø opp veien så godt vi kan...

En annen informant fra førstelinjen repliserte at det er viktig å huske på at noen faktisk har «trødd den veien før», og har erfaring. Informanten viste til at pasientene ofte ikke er nye i kommunen. Hun påpekte at de samme menneskene kan inneha flere posisjoner i små kommuner, og de har de gjerne fulgt pasientene siden de var små. Informanten hevdet at dette er kunnskap som ofte blir glemt av personal ved sykehuset, og hun etterlyste at sykehuset tar kontakt med kommunen for å dra nytte av deres kompetanse på området. På denne måten tar man hensyn til eksisterende kunnskap og man slipper å bruke tid på å lete opp kunnskap som noen alt besitter.

En informant fra andrelinjen etterlyste også et tidligere og tettere samarbeid mellom sykehus og kommune, og en mer overordnet plan. Han foreslo at man sammen finner ut av hva som skal til, i stedet for å trække opp veien igjen og igjen. Det ble trukket frem at man burde tenke nøye gjennom hva som egentlig gjorde et forløp til en suksess, og så kanskje bruke det som en mal å jobbe videre med når «nestemann skal ut». På denne måten benytter man billedlig sett en allerede oppgått sti, og man har en mer etablert retning.

Vi oppdaget også motstridende vinklinger. Selv om informantene uttrykte enighet om at det er viktig å trekke nytte av hverandres erfaringer, så ble det også presisert at man i hvert tilfelle må forsøke å skreddersy egnede tiltak. Dette innebærer, slik vi ser det, på mange måter at veien *må* trø mens man går. Vi illustrerer med følgende utsagn:

Det er viktig å se mennesket bak dommen, viktig å jobbe med de ressursene og premissene vi har. (IF)

Det er kanskje ikke så lurt å lage en plan for alle... Altså det må individualiseres ut fra hvilken kommune, hvilke tiltak, hva slags mennesker, hva slags kompetanse og hvilken pasient. (IA)

Det ble tydelig for oss at informantene i større grad ønsket å kunne fokusere på pasientenes styrker og ressurser, legge vekt på hva de liker og mestrer, og at de konkrete, pasientspesifikke planene måtte utvikles underveis. En informant fra førstelinjen uttrykte det slik:

Tiden spiller en viktig rolle. Man gjør noen erfaringer i kommunen noen dager, så er det tilbake til sykehuset. Så kan man diskutere erfaringene og evt. gjøre ting annerledes. På den måten finner man hele tiden ut hva som fungerer. Jeg tror det med tid og tilvenning, at man gradvis kommer mer og mer tilbake til kommunen, det er helt vesentlig.

4.3 Det utfordrende samarbeidet

Informanter fra begge tjenestenivå gav i fokusgruppene uttrykk for hvordan samhandlingen tidvis var utfordret av uklare forventninger til hverandre. Man hadde ikke en felles forståelse av utfordringene, og snakket på en måte ikke samme språk. Da blir både ansvars- og oppgavefordeling utfordrende, og man kunne bli ledet ut i en form for maktkamp. Uttrykket «Full avdeling» er ment å symbolisere maktkampen som kan utspille seg mellom første- og andrelinjetjenesten, mens «Frivillighet under tvang» er ment å illustrere de dilemmaene tjenesteyterne opplevde i møte med forskjellig lovverk.

4.3.1 Å snakke samme språk

Å snakke samme språk kan også ses på som å se en sak fra flere sider. Det ble i fokusgruppeintervjuene tydelig for oss at informantene naturlig nok så saken hovedsakelig fra eget ståsted, de snakket sitt språk. Underveis opplevde vi imidlertid at de i større grad evnet å ta den andres perspektiv, og å forstå det språket *de* snakket.

Mens informantene drøftet kommunikasjon, ansvars- og oppgaveavklaring, veiledning og personavhengighet, kunne man oppdage gjenkjennelse på tvers av linjene. Beskrivelsene en informant fra førstelinjen kom med kunne høste samtykkende nikk fra informanter i andrelinjen og vice versa.

Også under denne kategorien ble det fokus på ressurser og kompetanse. Sistnevnte kom til uttrykk ved at en av informantene fra andrelinjen understrekte at jo bedre kompetansen er, jo bedre er forståelsen av det psykiske bildet. Jo bedre felles forståelse av det psykiske bildet, jo

bedre kommunikasjon på tvers av linjene. Vi forstod informanten slik at det psykiske bildet her innebefattet en helhetsforståelse av pasientens psykiske helse, inklusiv utenforliggende forhold som bolig, aktivitet og andre sosiale forhold. En informant fra førstelinjen forklarte at de nå kun ansatte faglært personell, og at ufaglærte over tid sluses ut. Dette så de alt effekten av. Det ble ikke klart hva informanten la i «faglært personell», men sykepleiere og vernepleiere ble nevnt som eksempler.

Har man en felles forståelse av det psykiske bildet, og en god kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten kan dette lette samarbeidet slik at det kommer pasienten til gode. En informant fra førstelinjen uttrykte det slik:

I den grad vi har lykkes ser jeg at vi har vært helt avhengige av den kommunikasjonen vi har hatt med sykehuset, det å ha en åpen dialog. Å kunne drøfte problemstillinger som er i ferd med å eskalere, og kanskje få hjelp til å stoppe utviklinga litt tidligere. Da blir oppholdet inne nødvendigvis ikke så langt.

Det tydeligste signalet vi fikk i forhold til å snakke samme språk, var behovet for tydelig ansvars- og oppgavefordeling. En av informantene fra førstelinjen forklarte det på denne måten:

Dette er en brukergruppe som kommunen ikke tidligere har hatt så stor befatning med. Hvis samarbeidsfora da blir uklare, og en ikke får være med i prosessen heller, så ender en opp med å bare måtte gjøre det beste ut av det. En får ikke tilrettelagt for at en skal kunne klare å ta imot pasienten, og avklart hvem gjør hva og hvordan.

Når vi ikke får til noe godt samarbeid så er det ofte uklarheter i forhold til ansvars- og oppgavefordeling. Erfaringen er at i de tilfeller der vi får det til så er tingene på plass!

Andre informanter, fra begge linjer, støttet opp om dette og bekreftet at helt tydelige avtaler, og en klar ansvars- og oppgavefordeling, er avgjørende for godt samarbeid og for å kunne lykkes med å etablere denne pasientgruppen i kommunene. Det er viktig å gjøre kjent, både for pasienten og personalet, hva som er tillatt og ikke tillat for pasienten, og at brudd på inngåtte avtaler kan føre til konsekvenser så som innleggelse. Første- og andrelinjetjenesten må være enige om disse avtalene og retningslinjene. Tilbakeføringsplanene må være gode, med klare kriterier for tilbakeføring. Man må stå sammen om løsninger til beste for pasienten, ha dem som felles pasienter.

Flere av informantene trakk frem at ledelse er viktig for å gjøre uklarheter mindre uklare.

Det er alfa og omega å få ledelsen opp. Det må komme ovenfra og ned, ikke omvendt. Vi kan ikke sitte her og lage slike avtaler oss imellom, det må forankres i ledelsen om

vi skal lykkes, hvis ikke vil det hele tiden være uklar ansvars- og oppgavefordeling. (IF)

Problematikken må løftes, og ledere på de ulike forvaltningsnivå må snakke sammen. (IA)

Veiledning ble et viktig tema i fokusgruppene, og det fremkom forskjellige erfaringer med dette fra både første- og andrelinjetjenesten. Flere av informantene trakk frem at sykehuset skal bistå kommunene aktivt med opplæring og veiledning, og at man var avhengig av at det fungerer for å få til et godt samarbeid. En av informantene la til at det var viktig at den, eller de, som skulle veilede hadde mer kompetanse på området det skulle veiledes i enn dem som har ønsket veiledningen. Det ble også trukket frem at veileder(e) må vite noe om hva som er gjort i kommunen fra før, slik at man ikke må begynne på null og kaste bort tid. Det ble etterlyst mer veiledning, samtidig som det ble understreket at veiledningssuksessen varierer fra sted til sted, fra personalgruppe til personalgruppe.

Når vi fra spesialisthelsetjenesten skal veilede i kommunene så er det stor forskjell i hvem vi møter og hvordan de ønsker oppfølging og veiledning. Hvordan man forstår sitt eget arbeid og hvilken retning man skal dra i. Det kan bli mange uhenksomme diskusjoner, preget av sterke stemmer og uenighet innad i gruppene. (IA)

Informantene kom stadig inn på hvordan samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten ofte kunne bli personavhengig eller «enhetsavhengig», og at det var en utfordring når samarbeidet ble mer personavhengig enn systemavhengig.

Man har forskjellige typer holdninger og samhandlingen blir ofte personavhengig. (IA)

Man kan se at det blir fullt kaos dersom en pasient blir lagt inn på en annen enhet enn den han er kjent på. Dette fordi de ansatte på den nye enheten ikke kjenner pasienten eller rammene, og at vi på en måte må begynne på'an igjen. Det blir sårbart. (IF)

4.3.2 Full avdeling!

Uttrykket «Full avdeling» har vi valgt å benytte som et bilde på en utfordrende faktor i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette samarbeidet synes å resultere i en form for maktkamp der begge parter veksler mellom makt og avmakt. Uttrykket viser først og fremst til den utfordringen de psykiatriske sykehusavdelingene opplever med fulle enheter og dømte pasienter som de ikke får skrevet ut. En av informantene fra andrelinjen uttrykte det slik:

Hvis alle de dømte skal være inne i sykehusavdeling så blir det nesten ikke plass til andre pasienter.

Dette blir også tema i neste hovedkategori, men i denne sammenhengen koples utsagnet til kommunens respons:

Hvem sitt ansvar er det å ivareta de dømte? I kommunen kan vi jo ikke si at vi ikke har plass til flere nå, at vi har «full avdeling....». Da må vi gjøre noe med det, vi må løse det.

Vi fant også flere eksempler på hvordan maktforholdene mellom kommuner og sykehus kunne spille en rolle i samhandlingen:

Vi hadde et godt samarbeid med andrelinjetjenesten følte jeg. Fra begynnelsen av var det litt vanskelig, for vi hadde en opplevelse av at andrelinjetjenesten var veldig skråsikre på en del ting - som ikke vi var så skråsikre på.... Men etter hvert følte jeg at vi fikk en veldig god dialog. (IF)

Og så er det veldig mange som snakker om spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Og da tenker jeg at; vel, det er helt greit at det heter spesialisthelsetjenesten, men da må det hete spesialisthelsetjenesten i kommunen også! For vi er spesialister på kommunen, og dere er spesialister på deres felt. (IF)

Vi er veldig opptatte av at vi skal være på samme plan, for vi jobber egentlig med akkurat det samme, altså mennesker. Mennesker som trenger hjelp. Men i hverdagen er det jo ikke sånn, da er det spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. (IF)

Samme informant som kom med de overstående utsagn la til at han opplevde at ansatte både i første- og andrelinjetjenesten er interesserte i å snakke sammen på samme nivå, fordi man er avhengige av kunnskapen begge veier. Han fremhevet respekten man må ha for hverandre som veldig viktig.

Utover i diskusjonen i begge fokusgruppene ble det tydelig for oss at det å råde over sykehusets akutt plasser også var en vesentlig del av makt/avmaktforholdet mellom første- og andrelinjen. Hvem er det som bestemmer? Dette ble drøftet særlig i lys av TUD-pasienter, som jo de dømte vil være når de skrives ut fra sykehusavdeling. En av informantene fra førstelinjen uttrykte dette slik:

Og så har jeg en liten drøm... Det er at akuttposter og bakvakter kan reglene for tilbakeføring av pasienter på TUD. Det er ganske frustrerende når du havner i en situasjon der det er akutt behov - eller vil bli det i løpet av timer - for en vurdering, og så er det et akutteam som ikke vet hvordan de skal håndtere det... Eller så blir du satt over til en bakvakt som er ganske belærende, og så skjønner du at denne bakvakten faktisk ikke kan lovverket selv. Da blir du sittende med pasienten og politiet på legevakten da...

Altså vi i kommunen mener det må vurderes kjapt i forhold til behov for døgn, hensikten med TUD er jo at man skal få raskt nok hjelp.

Det må vurderes kjapt, og de [sykehuset/akutteam] må vite hvem som skal vurdere det, hvordan de skal vurdere det, hvordan pasienten skal transporteres og hvem som har ansvaret for transporten.

4.3.3 Frivillighet under tvang?

Det ble tydelig, både i dialogseminaret og i fokusgruppene, at det gjeldende lovverk utfordrer samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Det ble flere diskusjoner om hva som er et «godt tilbud», og om lov om kommunale tjenester hindrer kommunene i å gi et godt tilbud. Kommunen har ikke mulighet til å utøve tvangstiltak, og en del tiltak som fremstår nødvendige i sykehusavdeling er ikke mulig å iverksette ute i landets kommuner. Det hersket en del tvil og forvirring i forhold til dette.

Vi har jo ulikt lovverk, og man kan på et vis takke nei til oss i kommunen selv om man er ute på TUD eller dom. (IF)

Tillater ikke lovverket kommunene mer tiltak i forhold til disse pasientene? Mangler det noe lovverk? Burde kommunene ha tilsvarende lovverk som oss? (IA)

Hvorfor kan pasientene unndra seg kommunal oppfølging? I forbindelse med TUD kan man jo legge noen kriterier for atferd og samarbeid med kommunen. Premissene legges av behandler ved utskrivelse til TUD. (IA)

Det fremkom til dels motstridende signaler, særlig fra informanter fra førstelinjetjenesten, om tvangstiltak kontra frivillighet i kommunene. På en side sa en av informantene at kommunene på en måte kunne «låne sykehusets tvang» ved at pasienten tilbakeføres til sykehuset ved avtalebrudd. Dette var en måte å lede pasienten til å følge avtalene inngått ved utskrivelse på TUD. På denne måten blir det lagt klare rammer og føringer for pasienten, og han vet at sykehuset blir informert om avtalebrudd og manglende samarbeid.

Velger du å bo i kommunen så må du forholde deg til reglene. Det har vi måttet gjøre for å få det til. (IF)

En annen informant fra førstelinjen stilte på den annen side spørsmål ved om tvang og makt bør være en kommunal oppgave, og sa at man her må vokte seg vel. Samme informant understrekte at «Vi må ikke bli for glade i tvang», og la til at all hjelpen som blir gitt i kommunen er frivillig og basert på frivillighet. Av denne grunn måtte man heller ikke bli forbundet med den tvangen som tilhører andrelinjens ansvarsområde.

Et annet aspekt ved lovverket som gjorde seg gjeldende i fokusgruppene var samfunnsvernet. En informant fra andrelinjen uttrykte det slik:

I forhold til pasienter som er dømt til TPH så vekter samfunnsvernet tyngre enn selve behandlingsansvaret, og der har vi problemer med lovverket til dere i kommunen. Dere har for eksempel ikke lov til å ha låste dører, og da blir det en særlig utfordring i forhold til pasienter med rusproblemer. Selv her inne med låste dører klarer vi jo ikke alltid å holde det helt rusfritt... Faglig ansvarlig har ansvar for å ivareta samfunnsvernet, og det kommer i disse tilfellene foran hensynet til pasienten og dennes behandling. En del av disse pasientene blir kanskje værende på overtid i sykehussystemet fordi vi ikke oppnår at samfunnsvernet blir godt nok ivaretatt i førstelinjen.

Samme informant eksemplifiserte med en pasient som ville hatt det mye bedre om han kunne vært ute i samfunnet og jobbet, men man fikk det ikke til på grunn av samfunnsvernet. Hadde kommunen hatt et annet lovverk, og anledning til å sette opp rammer som ivaretok samfunnsvernet, så trodde hun mange pasienter ville hatt det bedre.

4.4 Organisering og politiske føringer

En klar rød tråd gjennom både dialogseminar og fokusgruppeintervju var ønsket om en tydeligere og bedre tilrettelagt organisering av bo- og behandlingsforholdene til pasientgruppen. Det ble gitt uttrykk for at nåværende organisering var tilfeldig, og man etterlyste et større politisk engasjement for å sikre tilbudet både til de dømte pasientene og til den øvrige pasientpopulasjonen. Dataene vi har kategorisert inn under denne hovedkategorien har vi igjen sortert i to underkategorier som vi har valgt å kalle «The missing link» og «På den politiske dagsorden». The missing link refererer til det bindeleddet som informantene ved flere anledninger etterlyste i ettervernet av pasienter dømt til TPH, mens vi i underkategorien «På den politiske dagsorden» belyser informantenes uttrykte ønske om tydeligere politisk styring.

4.4.1 The missing link

I denne underkategorien vil vi gjøre rede for data som omhandler informantenes tanker om egne rettspsykiatriske avdelinger, om reduksjonen av sengeplasser i psykiatrien og om utfordringer knyttet til å ha dømte og andre pasienter innlagt i samme enheter. Diskusjonen

om man skal ha egne rettspsykiatriske enheter er en svært aktuell problemstilling i dagens helse-Norge.

I fokusgruppene ble det en helt klar overvekt av informanter som ønsket å samle kompetanse i forhold til denne pasientgruppen, og de gav uttrykk for å mangle et bindeledd mellom sykehus og kommunene.

Det her med overgang fra intramural til ekstramural håndtering av pasientene... Det mangler rett og slett et bindeledd der. Det mangler et spesifikt tilbud til pasientgruppen med fokus på langsiktig rehabilitering og avinstitusjonalisering, som ikke er sykehusavdeling, men som sikrer overgangen til kommunen. (IA)

Jeg skulle ønske vi hadde egne institusjoner til pasientgruppen. Jeg tenker at det er såpass spesialiserte ting at det kan godt hende at det var andrelinjetjenesten som skulle hatt egne institusjoner til å drive med rettspsykiatri. (IA)

Andre steder og i andre land har man egne, spesialiserte team som jobber med dette, ACT-team, forensic teams. Da blir det en enklere måte å jobbe på, man slipper å finne ut av hvordan det skal gjøres på egenhånd, og man slipper usikkerheten ved å bli stående med store, vanskelige beslutninger alene. (IA)

Hvis du har en fast sikkerhetsenhet eller rehabiliteringsenhet så er de godt kjent og har «full clue» på tilbakeføringsplanene. Da ville det gått «smooth» tenker jeg! (IF)

Bakgrunnen for informantenes ønske om egne rettspsykiatriske enheter var i all hovedsak todelt. På den ene siden problematiserte de utfordringen med å ha tilsynelatende velfungerende dømte pasienter innlagt sammen med lavtfungerende «vanlige» psykosepasienter. På den andre siden så opplevde både akutenheter og kommunene at de ikke fikk plass til psykosepasienter i rehabiliteringsenhetene. Dette fordi plassene der i stor grad var besatt av dømte pasienter som enhetene ikke fikk utskrevet til kommunen fordi de ble ansett som for farlige til at samfunnsvernet kunne bli ivaretatt der. Følgende utsagn illustrerer dette:

Det å ha halve enheten besatt med pasienter som vi ikke har noe turnover på fordi de er for farlige til å sendes ut til kommunen, det gjør noe med vårt behandlingsmiljø inne i enheten. Det er en veldig stor utfordring i forhold til å gi god behandling til våre øvrige rehabiliteringspasienter. (IA)

De dømte okkuperer stadig flere sengeplasser, og det blir færre plasser for øvrige pasienter fordi disse pasientene opptar sengeplasser i mange år. (IA)

De aller dårligste eller farligste får sengeplassene, andre må ut. Det blir en stase, og kommunene og DPS får stadig tyngre pasienter. (IA)

I denne sammenheng ble Opptappingsplanen for psykisk helse (Prop.nr. 63, (1997-1998)) nevnt, der følgene har vært en reduksjon av antall sengeplasser og økning av antall

polikliniske konsultasjoner. Dette gjengis som bra for dem som kan motta poliklinisk behandling, «men hva med de aller sykeste – som ikke er dømt til behandling?» spør en informant fra andrelinjen.

Til tross for at det kom frem klare ønsker om å skille rettspsykiatrien fra allmennpsykiatrien så kom det også frem visse motforestillinger. Dette dreide seg i hovedsak om økonomi, og en frykt for at økonomiske midler kunne bli overført fra allmennpsykiatri til rettspsykiatri. En informant fra andrelinjen sammenliknet da med Sverige, der en betydelig del av budsjettet går til rettspsykiatrien. Det ble også trukket frem at en slik organisering kan bidra til økt stigmatisering.

4.4.2 På den politiske dagsorden

Vi har i flere av de foregående kategoriene kommet inn på informantenes ønske om et sterkere og tydeligere politisk engasjement i forhold til utfordringene vi møter i ivaretagelsen av pasienter dømt til TPH. Signalene som kom frem, både under dialogseminaret og i fokusgruppene, var så markante at vi velger å gjengi noen av synspunktene i en egen underkategori. Hovedpunkter i dette avsnittet er ønske om bedre organisering, og spørsmål om DPS og kommuner pr. nå er i stand til å ha et overordnet ansvar overfor denne pasientgruppen. En informant fra andrelinjen beskrev dette slik:

Kjernen i det vi har diskutert mye de senere årene er oppgaveoverføring fra andre- til førstelinjetjenesten. Det skjer så fort, uten at en får tilført økt kompetanse ut i kommunene.

Flere av informantene beskrev at de føler at oppgavene blir «tredd nedover ørene» på dem, og at oppgavene er for dårlig forberedt og for dårlig organisert. Det er for lite informasjon, man er ikke godt nok kjent med lovverket, og for mye blir tilfeldig. Et gjentakende spørsmål ble om man kan forvente at kommune og DPS kan ha ansvaret, eller om man må tenke poliklinisk oppfølging fra en sikkerhetsenhet. Her kom det frem motstridende synspunkter blant informantene. Flere hevdet at mange av de dømte pasientene kunne vært ute på TUD dersom kommune og DPS hadde mer erfaring, kunnskap og midler til å ivareta dem. Det ble hevdet at dette ville vært mer samfunnsøkonomisk gunstig fremfor poliklinisk oppfølging fra en sikkerhetsenhet. Andre hevdet at man aldri vil få bygd opp nok kompetanse på flere steder, og en informant fra førstelinjen utbrøt at han rett og slett ble provosert da han hørte at DPS'ene skulle ha ansvar for denne pasientgruppen. Tjenesteyterne opplevde å ikke få en felles

forståelse, og at behandling og oppfølging ble tilfeldig i forhold til hvilken behandler som var inne i bildet. Det opplevdes uansvarlig at det satt enkeltpersoner «her og der» som skulle følge disse pasientene opp. Mange snakket om forvirringen:

Antall dømte er økende, og det blir en opphopning av disse pasientene i de psykiatriske avdelingene. (IA)

Pasientene blir gående på en slags «oppbevaring» inne hos oss. (IA)

Er det førstelinjetjenestens ansvar å gjøre denne jobben? Jeg stemmer for «nei» da, for å være ærlig... (IF)

Det er en stor faglig diskusjon ute i kommunene; hva er det egentlig vi holder på med? Hvem er det som skal bestemme hvem som skal gjøre hva? (IF)

Jeg har liten tro på, og er skeptisk til, at DPS'ene skal ha dette ansvaret. Og hva er poenget? Hvorfor kan ikke en sikkerhetsenhet eller rehabiliteringsenhet ha hovedansvaret her? Ha noen ambulerende team, da har du kompetansen samlet og flere til å dele på den tøffe jobben... Jeg synes det er helt meningsløst... (IF)

Forvirringen som ble beskrevet munnet, både i dialogseminaret og i fokusgruppene, ut i et ønske om at det skulle komme klart frem at man her opplevde et lovverk og et system som var satt i verk uten at man ante konsekvensene av det. Personell i sykehuset var frustrerte over at de ikke fikk skrevet pasientene ut, mens kommune og DPS følte seg overmannet av oppgavene de fikk. Informantene beskrev en opplevelse av at pasienter bare blir skjøvet ut, i en rasende fart, og så visste de ikke hvem som hadde ansvaret for hva. Det ble etterlyst en forankring på toppnivå, at det settes på dagsorden.

Det oppleves som om det ikke er noen tanke eller plan for hvordan disse pasientene skal ivaretas. Og så bruker man bare det eksisterende tilbudet, som er sykehus, DPS og kommune, uten at man egentlig har tatt ordentlig tak i hvem dette er, hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres. Sett ut i verden og se hvordan andre gjør det... (IF)

En informant fra førstelinjen spør avslutningsvis; «Hvor mange pasienter dømt til TPH kan en liten kommune ha? De kan kanskje ha en? Kanskje to? Jeg tror ikke de kan ha veldig mange...».

4.5 Ikke dine og mine, men våre pasienter

For å belyse del to av vår problemstilling stilte vi informantene direkte spørsmål om dialogseminaret i fokusgruppeintervjuene. Vi spurte dem både om dialogseminaret innvirket på deres forståelse av tema, og om slike typer seminar eventuelt kan bidra til å bedre

samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Svarene vi fikk har vi kategorisert inn under den siste hovedkategorien «Ikke dine og mine, men våre pasienter».

Tilbakemeldingene vi fikk var positive, og felles forståelse ble et stikkord som ofte gikk igjen:

Dette [ivaretagelse av de dømte] er en utfordring som PSA, DPS og kommunene må finne en løsning på, og dette møtet er enda et forsøk på å skape en felles forståelse av tema. (IA)

Vi har jo felles utfordringer, og så tenker jeg at å blande både ledelse, fotfolk og spesialister sammen gjør kanskje til at en får et felles bilde og en felles forståelse. Skal man lykkes med noe som helst så må man snakke samme språk. (IF)

Jeg satt igjen med en følelse av at vi forstår hverandre her, men ikke begynn å prakk på hverandre pasienter, det kommer vi ingen vei med. (IF)

Jeg ble veldig imponert over at man klarte å samle alle perspektivene, og da ble det også klart at det er ikke dine eller mine pasienter, det er våre pasienter. Vi har et felles ansvar og en felles pasientgruppe. (IA)

Flere av informantene gav uttrykk for at det er viktig å møtes, se hverandre, bli kjent, utveksle erfaringer og danne et nettverk. Mange bekreftet at de hadde fått ny kunnskap og at de hadde fått bekreftet ting de egentlig visste fra før.

Jeg hadde med meg en som ikke kjente tema fra før, og han følte han fikk en forståelse av hva det er og hvordan det skjer. (IF)

Jeg synes det kom veldig godt frem hvor kompleks dette er, og at det er et spesialfelt. (IA)

Jeg ble så inspirert at jeg nesten håper vi får en dømt til kommunen! (IF)

Jeg trengte virkelig mer kunnskap om dette her... (IF)

En informant fra andrelinjen var overrasket over at man kunne få til en dialog med så mange mennesker samlet:

Jeg var skeptisk til at vi var over 100 personer på et dialogmøte. Jeg tenkte at det går jo ikke an for nordmenn å ta ordet og drive med sånn fri dialog i en gruppe på over 100 mennesker... Men det gikk pokker meg! Og det tror jeg nettopp er fordi dette er så viktig for oss. Det er veldig viktig for oss å få snakka sammen på tvers av de forskjellige enhetene og kommunene.

En annen informant fra andrelinjen forklarte at han trodde dette var mulig fordi alle refererte til den samme lokale kontekst, og at deltakerne alt kjente en del ansikter der. Han hevdet at han ikke trodde utfallet nødvendigvis ville blitt like bra om det hadde vært over 100 deltakere på nasjonalt plan, som hadde referert til helt forskjellige forhold rundt omkring i landet.

I forhold til hva informantene savnet, eller kunne ønske seg ved et eventuelt nytt seminar, så var det særlig tre forhold som gikk igjen. Det ene var at de gjerne ønsket å høre om et pasientforløp som ikke har gått så bra som det eksempelet som ble belyst under seminaret, og se på hva som faktisk gikk «galt» der. Det ble stilt spørsmål ved hva man lærer mest av, solskinnshistorier eller historier der ting ikke har fungert så bra.

Et annet ønske som gikk igjen var ønsket om å prøve å finne konkrete løsninger på de utfordringene man står i, første- og andrelinjetjenesten sammen. Hva gjør vi?

Det må komme noe ut av det. Det nytter ikke at vi bare sitter her og... Det må komme noe ut av det, ikke at det går en uke og så er alt glemt. (IA)

Dette ønsket kan ses i sammenheng med informantenes siste klare tilbakemelding, og det var at man etterspurte et politisk engasjement og et tydelig engasjement på ledelsesnivå:

Ved et nytt seminar så kan kanskje ledelse fra både første- og andrelinjetjeneste komme og informere om hvordan de har tenkt å samarbeide rundt dette... Hvilke planer har vi? (IF)

Og hvor resultatene av det vi kommer frem til faktisk går videre til noen som kan bestemme. (IA)

Jeg savnet et litt politisk perspektiv i forhold til hvem som har et overordnet ansvar. Kanskje vi kan eksponere noen av dem som har et politisk ansvar for de tingene vi strever med her? (IA)

Vi må ha med helseministeren på neste dialogmøte. Altså; dette må politikerne våre se! (IA)

4.6 Oppsummering

I problemformuleringen spør vi om hvilke utfordringer ansatte innen psykisk helse opplever i forhold til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt tilbud, og på hvilken måte dialogseminaret innvirket på deres forståelse av tema og for videre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Vi har hatt fokus på hvilke erfaringer informantene har med å gi tilbud til denne gruppen, hvilke tanker og refleksjoner de har etter å ha deltatt på dialogseminaret, og hva de mener kan være til hjelp for å sikre en god overgang fra intramural til ektramural behandling og oppfølging.

Svarene vi har fått har fortalt oss at det er mange som arbeider med psykisk helse som ennå ikke har hatt befatning med akkurat denne pasientgruppen. En viktig årsak til det er at de fleste pasientene i denne gruppen fortsatt er innlagt i psykiatriske sykehusavdelinger. De beskrives som en «propp i systemet», og samhandlingen preges i stor grad av forvirring vedrørende ansvars- og oppgavefordeling mellom de forskjellige tjenestenivå. Ivaretagelse av pasientgruppen forbindes med frykt og sikkerhetsspørsmål, i tillegg til bekymring for den økonomiske belastningen, manglende kompetanse og egnede boligtilbud. Dette er forhold som helt klart viser utfordringene i overgangen fra intramurale- til ekstramurale tilbud. Mange av informantene ønsket egne rettspsykiatriske enheter for ivaretagelse og rehabilitering av pasientgruppen.

Et annet aspekt som klart vises i våre data er behovet man opplever for økt involvering fra forvaltningsledelse og nasjonal politisk ledelse. Klinikere innen psykisk helse opplever at oppgaver blir tredd nedover ørene på dem, og at man benytter et eksisterende system som ikke har kapasitet til de utfordringene som møter dem i hverdagen. Dialogseminaret beskrives som et godt fora for å øke kunnskap, treffe fagmiljø og bygge en felles lokal forståelse, men man etterlyser en forankring på et høyere politisk nivå og konkrete forbedringstiltak.

5.0 Diskusjon

Diskusjonen dreier seg om hvordan vi kan gjøre det ukjente mer kjent, om utfordringene man opplever når man navigerer i gråsonen mellom første- og andrelinjen, og om det mangler et bindeledd mellom de to tjenestenivå. Vi belyser hvordan måten vi kommuniserer med hverandre på kan prege vår samhandling, samtidig som vi spør om vår samhandling er fundert på gjensidig respekt og åpen dialog, eller om den er gjennomsyret av en mer eller mindre skjult maktkamp. Og hvor er brukerperspektivet? Er dette en pasientgruppe som ikke inkluderes når bo- og behandlingstilbud skal utformes? Vi avrunder diskusjonen med å vurdere hvor veien kan gå videre.

5.1 Å bli kjent med det ukjente

Første hovedkategori i analysen er «Å møte det ukjente», og vi innleder studiens drøfting med å se på hvordan tjenesteyterne kan bli bedre kjent med det ukjente. Hvordan blir

helsepersonell påvirket i møte med dette ukjente, og hva har det å si for tilbudet pasientene mottar? Informantene synliggjorde tre områder som særlig utfordret dem i så måte. Det gjaldt frykt, ressurser og det vi har valgt å kalle «Å trø veien». Frykt er en emosjonell reaksjon på en overveldende eller truende situasjon (Frykt, 2009). Man kan føle redsel alene i en setting, mens man i en annen setting, med trygge rammer, kan føle seg trygg. Særlig informantene fra førstelinjen uttrykte frykt og usikkerhet, og utsagnene vitner om en frykt bunnet både i pasientens historie og atferd, men også i løse og uklare rammer. En informant fortalte at det kom som et sjokk på kommunen at pasienten faktisk skulle tilbake dit en dag. Man hadde antatt at dommen innebar at han skulle bli på sykehuset resten av livet, og frykten ble tydelig meldt inn både fra ansatte i kommunen og fra resten av samfunnet. Frykt for det ukjente er slik vi ser det iboende i de fleste mennesker, og det er en naturlig reaksjon som her meldes inn fra kommunen. Pasientene har en alvorlig sinnslidelse, de har gjort alvorlige eller vedvarende samfunnsskadelige kriminelle handlinger, og de har gjerne rusproblemer. En måte å håndtere disse aspektene på er tydelige rammer og strenge sikkerhetstiltak, noe som best ivaretas innenfor psykiatriske sykehusavdelinger. Informantene gav klart uttrykk for at det er betydelig mer utfordrende å ivareta sikkerheten i kommunene og i poliklinikk, der man ikke har mulighet til tilsvarende rammer. I likhet med Pettersen og Rudningen (2014) har denne studien vist at små kommuner er særlig utsatt siden samfunnsstrukturen er transparent, fagmiljøene små og ressursene begrenset.

Så hva skal til for at tjenesteyterne skal føle seg tryggere i forhold til pasientgruppen? Og hvordan skal denne trygghetsfølelsen kunne forplantes ut i resten av samfunnet? Frykt smitter, og redde tjenesteytere gir raskt redde og usikre pasienter. Lokalmiljøet vil også raskt fange opp frykten, og pasientens rykte som farlig opprettholdes. Man kan i en slik setting lett bli fanget i en negativ spiral. En spiral som kan føre til trusler, utagering, sykemeldinger og innleggelses som kunne vært unngått.

Noe av svaret kan man finne i utsagn fra samme informant som nevnt over. Han hadde nemlig merket seg at ansatte innen psykisk helse håndterte frykten på en annerledes måte enn de øvrige ansatte. Han forklarte at de også kjente på frykten, men slik vi tolket ham bidro deres erfaring og kunnskap om psykisk helse til en annen helhetsforståelse av situasjonen. På samme måte som frykt smitter, kan også ro og trygghet smitte og forplante seg mellom mennesker. I studien viste en av informantene til at lederen i psykisk helse i hans kommune gikk alene på café midt i sentrum sammen med en pasient dømt til behandling. På denne måten kunne byens innbyggere se «byens farligste mann» rolig og trygg, i en dagligdags

setting sammen med en rolig og trygg, kvinnelig ansatt. Signaleffekten av dette anses betydelig, og bidrar til avstigmatisering.

Betydningen av kunnskap og erfaring går igjen i flere utsagn i studien, og dette manifesterer seg som en grunnpilar i tjenesteytelsen. En informant fra førstelinjen forklarte at flere og flere oppgaver blir overført fra andrelinjetjenesten til førstelinjen, uten at kommunene får økt hverken ressurser eller kompetanse. Dette blir igjen trukket frem som en særlig utfordring for små kommuner, og samarbeidet med andrelinjetjenesten blir desto viktigere. Har man lav kunnskap og lite erfaring mangler man verktøy til å håndtere denne utfordrende pasientgruppen. Slik situasjonen er nå fremstår det som om ressursene ikke strekker til. Alle ledd i kjeden virker til å være under press, og under slike forhold bygger man sjelden gode tjenester. Man risikerer tvert imot at eksisterende tilbud blir skadelidende, og informantene rapporterer at de «mangler noe» i kommunene. Kan man iverksette umiddelbare tiltak i forhold til dette som nødvendigvis ikke krever store økonomiske ressurser eller politisk byråkrati?

Ifølge et rundskriv fra Helsedirektoratet (2016) så kan førstelinjetjenesten søke Helsedirektoratet om refusjon av lønnsutgifter knyttet til særdeles krevende brukere. Dette kan bidra til å styrke en sårbar bemanning og således gjøre de ansatte tryggere. En annen nøkkel kan være å ta seg tid til å bli bedre kjent med pasienten på et tidligere tidspunkt. Informantene fortalte om en opplevelse av å få pasientene «dumpet ut», og uttalelsen kan bety at en ikke blir godt nok forberedt på oppgaven som kommer. Slik vi ser det kan det være mye å hente på å involvere kommunene i pasientenes behandling på et betydelig tidligere tidspunkt enn det som ofte er tilfelle i dag. Selv om man har et langt tidsperspektiv på behandling i avdeling, kan kommunen bli introdusert for pasienten og jevnligere bli invitert til informasjonsmøter og samarbeidsmøter. På denne måten starter man et samarbeidsforum på et tidlig stadium, og både pasient og kommune får tid på seg til å forberede seg på etablering i hjemkommunen. Man får dessuten tid og anledning til å drøfte muligheter og begrensninger, pasienten får i større grad mulighet til å komme med innspill, man kan hospitere hos hverandre, og etter hvert begynne å teste ut tiltak i hjemkommunen. Dette kan være gunstig for alle parter. Pasienten ser fremdrift og kan lettere visualisere mål, kommunen får kunnskap, erfaring og tid, samtidig som andrelinjetjenesten opplever å få kommunen som medansvarlig for progresjonen. Man må i dette arbeidet imidlertid ta høyde for pasientens funksjon slik at man ikke forsterker negative forventninger, skaper forutinntatte holdninger og øker frykten.

Et slikt tiltak vil fordre god dialog mellom første- og andrelinjetjenesten, men også mellom tjenesteyterne og pasienten. Freire (2003) hevder at dialog ikke kan eksistere dersom det ikke finnes en dyp kjærlighet til verden og til menneskene. Kjærlighet er grunnlaget for dialog, og et utslag av engasjement for andre mennesker. Slik vi ser det blir kjærligheten Freire trekker frem visualisert i tjenesteyternes engasjement og ønske om å gjøre godt for pasientene. Man samhandler via dialog med mål om å skape et godt, sikkert og faglig forsvarlig tilbud, og i prosessen blir man kjent med det ukjente. Med et romslig tidsskjema kan tjenesteyterne og pasienten bli tryggere på hverandre, og relasjoner bygges. De kan i fellesskap forberede og planlegge overgangen til et annet omsorgsnivå ved å avklare forventninger, både for pasienten og tjenesteyterne. Tjenesteyterne kan dessuten bistå pasienten med å fremme sine ønsker og interesser for den videre behandlingen. På denne måten møtes man som likeverdige mennesker som sammen forsøker å lære mer enn det de vet fra før, og dialogen blir et horisontalt forhold der gjensidig tillit er den logiske konsekvens (Freire, 2003). En slik tillit er imidlertid sårbar, og det er avgjørende for prosessen at man ikke forespeiler pasienten goder eller tiltak man ikke evner å følge opp. Et slikt tillitsbrudd er ødeleggende for fremtidig dialog, og skader både relasjon og behandlingsprogresjon.

Informantene i studien viste til at det er viktig å se mennesket bak dommen og utvikle pasientspesifikke planer underveis. Betydningen av å fokusere på ressurser og mestringsevne ble poengtert, og informantene ønsket i størst mulig grad å tilpasse tilbudet til den enkelte pasient. Pasientene har individuelle behov, og ivaretagelse av verdighet fremstår sentralt. Samtidig argumenterte informantene for å i større grad kunne trekke erfaring fra andres erfaringer, slik at man slipper å «trø veien igjen og igjen». Informantene signaliserte slik vi ser det et ønske om en overordnet plan for å bli kjent med dette som er ukjent for dem, og utfordringen blir å kombinere det med individuelle tilretteleggingshensyn. En mulig løsning kan være å utarbeide tydelige retningslinjer for den formelle delen av samarbeidet mellom tjenestenivåene. Sykehus og kommuner har alt samhandlingsavtaler på overordnet nivå, men studien avdekker et behov for retningslinjer på et mer utøvende, klinisk nivå. Kanskje kunne avdelingene utarbeide retningslinjer for kontaktetablering med førstelinjen, der det fremkommer frist for når første kontakt skal etableres, når første møtetidspunkt bør være, og hvor jevnlig kontakten mellom tjenestenivåene skal være. Man kan se for seg at dette bidrar til detaljstyring, men på denne måten kan man i større grad sikre at møteplassene etableres og samarbeidet funderes på et tidligere stadium. Tilnærmingen blir mer standardisert og mindre tilfeldig. Individuelle og pasientspesifikke planer kan så utarbeides mellom partene underveis,

fremfor at sykehuspersonell innehar dette ansvaret alene i lengre tid. Har man da alt startet å tilrettelegge for samspill fremfor svarteperspill?

5.2 Samspill eller svarteperspill?

Idé til tittel på denne delen av diskusjonen er lånt fra Pettersen og Rudningens (2014) kartleggingsstudie over ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser og voldsproblematikk. Uttrykket maler et treffende bilde på hvordan samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten ofte kan fremstå, og vi kan se for oss et intenst kortspill der deltakerne med alle midler prøver å unngå å sitte igjen med svarteper. I det virkelige liv fremstår imidlertid dette «spillet» ikke som en lek. Det er lite latter og barnslig glede å spore, og vi spør oss selv om måten vi kommuniserer på kan være avgjørende for om vi driver samspill eller svarteperspill?

Funnene våre sammenfaller i stor grad med sentrale funn fra nevnte studie. Stikkord som sterkere organisering av tjenesten, satsning på kompetanse, likeverdighet, felles møteplasser og rask intervensjon ved behov, går igjen i begge studiene. Dialog og gode kommunikasjonslinjer er slik vi ser det essensielt for alle disse faktorene i samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten, og i etterkant av studien ser vi en sammenheng mellom utfordringene informantene opplever i samarbeidet mellom tjenesteyterne og utfordringene de opplever i forhold til å gi pasientgruppen et godt tilbud. Kan det være slik, at dersom man retter fokus bort fra svarteperspillet, og heller legger til rette for et dialogisk samspill, så kan kreftene brukes på å dra i samme retning – mot et mer helhetlig, verdig og tilpasset tilbud til pasientene?

Å kunne se situasjonen fra den andres side, å forstå hverandres språk, ble tema i fokusgruppene. Kommunikasjonen mellom tjenestenivåene ble sammen med begrepet «felles forståelse» sentralt i diskusjonen, og god dialog ble trukket frem som avgjørende for både samarbeid og gode tiltak. Gjennom analysen oppdaget vi tidlig Freires teori om dialogisk tenkning i datamaterialet, og en mer eller mindre åpenlys maktkamp mellom tjenestenivåene kunne anes. Freire vektlegger hvordan sosiale forhold til enhver tid er preget av makt, og andrelinjetjenesten kan med sin spesialistfunksjon ha definisjonsmakt overfor førstelinjetjenesten. Freire diskuterer hvordan en «hersker» kan frata «slaven» rett og evne til kritisk refleksjon og utvikling på egne premisser, og hvordan dette kan føre til at man blir en

fremmed i sin egen verden. Den sosiale samtalen reduseres på denne måten til en monolog, der en part ytrer seg, mens den andre forstummer, og ikke lenger har noe den skulle ha sagt. Er det på denne måten samtalene mellom første- og andrelinjen utspiller seg? Er det en definert hersker og en slave? Det kan som nevnt være fristende med en slik enkel tolkning av samhandlingen; andrelinjetjenesten sitter med makten, mens førstelinjetjenesten forstummer. Andrelinjen er hersker, mens førstelinjen er slave. Er det imidlertid ikke slik at maktforholdene veksler mer i det virkelige liv? Kan det være slik at tjenesteyterne i kampen om å unngå å bli sittende med svarteper bruker de respektive maktmidlene de har? Er dette en fornuftig og løsningsfokuset måte å arbeide på, eller blir vi lett fanget i et maktspill?

Man kan tenke seg monolog som kommunikasjonsform i et svarteperspill og at samspill forutsetter dialog. Funn i studien viser at personell i førstelinjen har opplevd personal i andrelinjen som skråsikre, særlig i starten av et samarbeid. Det kommer imidlertid frem tegn som tyder på at underveis i samarbeidet, kanskje når man blir bedre kjent og utvikler en relasjon, så lykkes man bedre med dialog og samspill. En av informantene uttrykker at man må stå sammen om løsninger til beste for pasienten, man må ha «felles pasienter». Dette er ikke mulig dersom man blir fanget i et svarteperspill der hovedmålet er å la *noen andre* ha hovedansvaret for en pasientgruppe som ofte utfordrer både ressurser, kompetansenivå og sikkerhet. Studien viser altså at fellesskap er et nøkkelord når det kommer til spørsmålet om å gi pasientgruppen et godt tilbud. Samspill, åpen dialog og gjensidig respekt for hverandres fagkompetanse og praktiske begrensinger blir sentralt. For hvor er respekten dersom man fanges i et svarteperspill? For Freire er respekt et sentralt tema, og han fremhever dette ved å si at man ikke kan forvente seg positive resultater av et undervisningsprogram som ikke respekterer folkets eget syn på tilværelsen. Dersom man her erstatter «undervisningsprogram» med «samhandling», så kan man også relatere det til hans tanker om at man aldri må gi folket et undervisningsopplegg som har lite eller ingenting å gjøre med det de selv er opptatt av. Man kan ikke samhandle uten respekt for de samhandlernes virkelighet og utgangspunkt. Man må heller føre en dialog om «deres syn og vårt», og ta utgangspunkt i den konkrete situasjon man befinner seg i, hevder Freire. Dette kan, slik vi ser det, anses som grunnmuren i et samspill. Når vi sammen skal finne gode, velfungerende tilbud til en pasientgruppe som utfordrer vårt samarbeid, må vi respektere hverandres utgangspunkt, styrker og begrensninger. Vi må fokusere på å forsterke hverandres fortrinn og demme opp for hverandres svakheter, og dette kan kun lykkes i et samspill, ikke i et svarteperspill.

Andrelinjetjenesten råder over døgnplassene innen psykisk helse, og dette er en ressurs med tydelige begrensninger. Å råde over disse ressursene kan gi både makt og avmakt slik vi ser det. På den ene siden så har man makt til å bestemme hvem man skal gi plass og hvem man må/kan avvise. Samtidig kan det å måtte avvise personer i behov av hjelp gi en betydelig følelse av avmakt. Hva gjør man når man ønsker å hjelpe, men ressursene ikke strekker til? Dette er nok en utfordring som preger hverdagen til tjenesteytere både i første- og andrelinjetjenesten. I situasjoner der andrelinjetjenesten ønsker å skrive pasienter ut til førstelinjen, for å frigjøre plasser, opplever de nok ofte at også kommunene sitter på mye makt. For hva gjør sykehusene når kommunene melder tilbake at de ikke har kapasitet til å gi et forsvarlig tilbud fordi man ikke har adekvat bolig- og personalressurser til å ivareta både pasient og samfunnsvern på en god måte? Da er det kanskje andrelinjetjenesten, som har det rettspålagte ansvaret for pasienter dømt til TPH, som har dårligst kort på hånden. Slik vi ser det kan et slikt maktspill aldri bli samspill.

Vi ønsker i lys av denne studien å tegne et noe mer nyansert bilde av samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Vi vil tegne et bilde av to grener på ett og samme tre. Stammen utgjøres av rammeverket man arbeider under, av lover, regler, statlige føringer og tildelte ressurser. Ut fra denne stammen vokser første- og andrelinjetjenesten ut som to grener med forskjellige oppgaver å bære. For at treet skal oppnå balanse, og kunne bære frukt, må byrden på grenene fordeles på en fornuftig og likeverdig måte. Det er uklokt å legge så store byrder på en gren at den knekker under tyngden. Måten å oppnå en balanse som bærer frukt mener vi best kan finnes ved hjelp av en åpen dialog mellom likeverdige parter. På hvilken måte kan vi som psykisk helsearbeidere sammen, på tvers av våre respektive grener, skape gode kår for samhandling, dialog og faglig kvalitet?

I søken etter svar på dette vil vi trekke frem Helsedirektoratets veileder IS-2076, Sammen om mestring (2014). Her vektlegges følgende punkter som suksesskriterier for godt tverrfaglig samarbeid: felles mål, forankring, avklare ulike kunnskapsgrunnlag, rolleavklaring, likeverdig deltakelse, jevnlig kontakt, god kommunikasjon og dedikerte utøvere. Det poengteres at god samhandling forutsetter likeverd mellom tjenestenivåene, både i teoretisk og praktisk tilnærming til feltet. Disse punktene sammenfaller godt med vårt bilde av et velbalansert tre, der de to grenene er veldimensjonerte og tydelig avgrensede. Grenene må ikke vokse ukontrollert inn i hverandre, for det skaper lett uoversiktlige forhold og uklare ansvars- og rollefordelinger. Utfordringen blir imidlertid å finne i balansen mellom tydelige

avgrensninger, og samtidig nærhet nok til å ha oversikt og forståelse for vekten som tynger den andre gren.

God samhandling krever slik vi har illustrert det, dialog, respekt og interesse for hverandres kompetanse og faglige innsikt. Dette er punkter som man enkelt kan relatere tilbake til Freires tanker om dialog og kunnskapsutvikling. Freire kritiserer en læringsprosess med form av et «banksystem», der kunnskap deponeres fra en vitende i en uvitende. På denne måten hevder han at den ene part blir en mottaker eller tilskuer, ikke en medskaper. Andrelinjetjenesten har veiledningsplikt overfor førstelinjetjenesten, og man kan se for seg at man lett kan falle inn i en tanke om at andrelinjetjenesten skal «lære opp» eller deponere kunnskap i førstelinjen. Tar man imidlertid utgangspunkt i Freires teori, og i suksesspunktene fra Helsedirektoratets veileder, antar denne veiledningsplikten en annen form. Freire ønsker at læreren skal bidra med å gi hjelp til selvhjelp, være en tilrettelegger og kjørelærer mer enn en veiviser. Han fastholder at lærer og elev må være elever sammen, og at nye metoder må utvikles i en jevnbyrdig dialog og samhandling mellom partene i læringsprosessen. På denne måten kan man tenke seg at grenene på treet kanskje må ha en viss overlapping på noen sårbare områder. Noen oppgaver kan være så krevende at en gren ikke kan bære dem alene, og dette kan gjelde pasienter dømt til TPH. Er det mulig å tenke seg at to grener strekker seg mot hverandre slik at de ytterste forgreningene filtrerer seg sammen og på den måten skaper en helhet? Vi tenker at man ved et slikt type samarbeid lettere kan bære tyngden av oppgavene sammen, og at resultatet blir samspill fremfor svarteperspill. Studiens funn understøtter dette, særlig i form av førstelinjens behov for ryggdekning fra andrelinjen dersom de skal kunne ivareta pasientgruppen ute i samfunnet.

Med dette som bakteppe kan man videre tenke seg andrelinjetjenestens veiledningsplikt overfor førstelinjetjenesten på en annen måte. I fokusgruppene ble det brukt betegnelser som å gi og motta veiledning. Man får da assosiasjoner til Freires banksystem der andrelinjen gir og førstelinjen mottar. Kanskje kreves en justering av innstilling og syn på veiledning. En av informantene påpekte dette; «Dere [i andrelinjen] er spesialister på deres fagfelt, vi er spesialister på vårt fagfelt». Begge parter har noe å lære av veiledningen og samhandlingen, og det er som Freire påpeker ikke mulig å redusere dialog til en handling der en person overfører idéer til en annen. Dialog kan ikke tjene som et menneskes redskap for å herske over et annet, men vi må møtes som mennesker som i fellesskap forsøker å lære mer enn det vi vet nå. Dersom veiledningen heller betraktes som en toveisprosess, der målet er å styrke

hverandres mulighet til å tåle vekten av oppgavene som er tildelt, så blir det mulig å gjøre svarteperspill om til samspill.

5.3 Tjenesteytelse i gråsonen

På hvilken måte blir tjenestene påvirket av rammene tjenesteyterne arbeider under? Hvilke utfordringer opplevde informantene i forhold til lovverk, organisering og politiske føringer? Så langt i diskusjonen har vi illustrert samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten ved hjelp av to bilder; svarteperspillet og tre-metaforen. Vi har illustrert de to tjenestelinjene som to grener på samme tre, og dialog som avgjørende for fruktbarheten av samarbeidet. Men hva med stammen av treet, som kan forstås som lovverket, ressurser, politiske føringer og planer? Kan man forvente at treet bærer frukt dersom stammen er morken eller underdimensjonert? Er det slik at dagens politiske føringer er såpass uklare at tjenesteyterne innen det norske psykiske helsefeltet må navigere i en gråsoner?

Studien antyder at dagens lovverk bidrar til å skape en gråsoner mellom tjenesteyterne ved ivaretagelse av pasienter dømt til TPH. Det er særlig Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999) som utfordrer grunnlaget for samhandling mellom tjenestenivåene. Informanter fra andrelinjetjenesten etterlyste en mulighet for at førstelinjetjenesten skal kunne bruke tvang, mens informanter fra førstelinjen ønsket at tvangen forblir i andrelinjen. Vil ansvars- og oppgavefordelingen bli klarere om også førstelinjetjenesten kan utøve tvang? Og er det en utvikling fagfeltet ønsker, i tider der man forsøker å redusere tvangsbruken innen psykisk helse?

Fordelen med innføring av tvang i førstelinjetjenesten kan være at samfunnsvernet bedre ivaretas selv om pasienten er hjemme. Dette kan føre til at pasienten tidligere kan skrives ut fra døgnopphold. Pasienten kan tildeles bemannet bolig, man kan ha låste dører og andre rammer som sikrer samfunnsvernet. I følge Riley et. al (2014) er det sannsynlig at pasienten vil være mer fornøyd med å kunne være hjemme under tvang enn på døgnopphold under tvang. På denne måten kan pasienten i større grad opprettholde kontroll i eget liv, samtidig som man bedre kan forhindre rusinntak og gjentakelse av kriminell atferd. Slike tiltak vil dessuten kunne gjøre nærmiljøet og hjelpeapparatet tryggere. Motforestillinger mot

innføring av tvang i førstelinjetjenesten er tap av autonomi for pasienten, etiske dilemma knyttet til tvang, og økt ressursbruk i førstelinjetjenesten. Dessuten vil innføring av tvang i førstelinjetjenesten føre til økte krav til kompetanse, noe som tar tid og er ressurskrevende å bygge opp.

Freire hevder at sosiale forhold til enhver tid er preget av makt. Kan man si at myndighetene med sin definisjonsmakt, og med tjenesteyterne som tause tilskuere, har skapt en gråsoner for tjenesteyterne? Preges denne gråsonen av en uklar ansvar- og oppgavefordeling fordi den sosiale samtalen er redusert til en monolog fra myndighetene til tjenesteyterne?

Informantene etterlyste et tydeligere politisk engasjement i forhold til behandlingen av pasienter dømt til TPH, og de hevdet at oppgavene er for dårlig forberedt og for dårlig organisert. Da informantene i tillegg gav uttrykk for en opplevelse av å få oppgavene «tredd nedover ørene», kan man tenke seg at myndighetenes definisjonsmakt her oppleves som undertrykkende for tjenesteyterne.

Med Opptappingsplanen for psykisk helse ble tjenestene desentralisert og omorganisert, og i tillegg ble antallet døgnplasser i andrelinjetjenesten kraftig redusert (Sigurjonsdottir, 2009). I fokusgruppene kom det frem at informantene savnet en plan for personer dømt til TPH, og de spurte seg selv hva de egentlig holdt på med i forhold til pasientgruppen. Flere av informantene sa at de opplevde at det eksisterende behandlingssystem ble benyttet uten at det var noen tydelig tanke eller plan for det. Slik vi ser det innebærer dette at man utnytter et system som ikke er dimensjonert for oppgaven, og at man får en opphopning av pasienter dømt til TPH i psykiatriske døgninstitusjoner. Tall fra Hedemark ved Nasjonal koordineringsenhet underbygger dette, da 2/3 av pasientene dømt til TPH pr. 31.12.2015 var innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon.

Ville et lengre tidsperspektiv på innføringen av særreaksjonen dom til TPH gjort ansvarsfordelingen mellom første- og andrelinjetjenesten mer avklart? Med et lengre tidsperspektiv kunne man forberedt den økte belastningen på systemet på en bedre måte, og involvert de utøvende parter mer i utarbeidelsen av tilbudet. På denne måten kunne man ha tilrettelagt bedre for samspill fremfor svarteperspill. Helsedirektoratet understreker i sin veileder (Helsedirektoratet, 2014) at både første- og andrelinjetjenesten har plikt til å drive systematisk utvikling av tjenestene sine, og bygge opp nødvendig kompetanse til dette. Det tar imidlertid tid å bygge opp fagkompetanse lokalt, og ifølge studiens funn opplevde

informantene, både fra første og andre linje, at de hverken var godt nok forberedt eller hadde gode nok rammer til å gi pasientene et så godt tilbud som de ønsket.

Kunne så særreaksjonen skapt mindre gråsoner dersom myndighetene i større grad hadde fulgt Freires eksempel? Freire er opptatt av at partene i en utviklingsprosess møtes som likeverdige, med et felles ønske om å skape endring. Kanskje ville overgangen gått lettere dersom myndighetene hadde beregnet noe mer tid, og i større grad lagt til rette for at man kunne lære av hverandre og få forståelse av hverandres muligheter og begrensninger. På den måten kunne ansvars- og oppgavefordelingen blitt klarere. Ulempen med et lengre tidsperspektiv er at man måtte utsatt innføringen av særreaksjonen, og en konsekvens kunne bli at pasientene fortsatte sin kriminelle løpebane uten å få hverken straff eller behandling.

Særreaksjonen bedrer samfunnsvernet fordi utilregnelige personer som begår alvorlige eller vedvarende samfunnsskadelige kriminelle handlinger kan idømmes TPH. Den dømte kan ivaretas av helsevesenet på ubestemt tid så lenge det fortsatt er fare for gjentakelse av *alvorlige kriminelle handlingene*. Pasientens behandler får dessuten et større apparat bak seg, rettsapparatet, og blir mindre eneansvarlige - slik de gjerne blir ved tradisjonell TPH. Vurderingene som gjøres blir på denne måten mindre personavhengige, og rettssikkerheten til pasienten ivaretas bedre. Det er klare regler for varighet, intervall for klagemulighet og ny rettsbehandling avhengig av om pasienten er dømt for alvorlig kriminalitet eller vedvarende samfunnsskadelig kriminalitet (Lovvedtak 46 (2015-2016), 2016). Pasienter som idømmes TPH på bakgrunn av *alvorlige kriminelle handlinger* opplever gjerne ikke særreaksjonen som en fordel fordi den medfører behandling på ubestemt tid (Sørensen, 2007). Dette kan oppleves å veie tyngre enn belastningen ved å sone i fengsel.

Kunne så politikerne gjort andre grep for å gjøre gråsonen mellom tjenesteyterne mindre grå? Vi introduserte tidligere i drøftingen et tjeneste-tre med en stamme og to grener; første- og andrelinjetjenesten. Informanter i studien ønsket imidlertid et tydeligere skille mellom rettspsykiatrien og allmenpsykiatrien. De savnet et langsiktig rehabiliterende mellomledd som kunne ivareta samfunnsvernet, samle kompetanse og håndtere pasientgruppen. Før opptrappingsplanen for psykisk helse trådte i kraft var det flere psykiatriske sykehjem som kunne ivareta pasienter i behov av fortsatt behandling etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus. Disse pasientene ivaretas i dag av førstelinjetjenesten, DPS eller av private aktører. Informantene, både i første og andre linje, opplevde å ikke ha tilstrekkelige rammer til å håndtere pasientgruppen og samtidig ivareta andre trengende pasienter. Trenger vi dermed

en tredje gren på tjeneste-treet, fordi arbeidet med pasienter dømt til TPH er en for tung oppgave for de to eksisterende grenene?

I fokusgruppeintervjuene ble det etterlyst egne rettspsykiatriske enheter med tilhørende ambulante team. Dette kunne gjort gråsonen mellom tjenestene mindre grå, og oppgave- og ansvarsfordelingen tydeligere. En fordel med egne rettspsykiatriske enheter kunne bli sentralisering med god, spesialisert kompetanse. Et godt fagmiljø kunne gjort det mer attraktivt å jobbe med pasientgruppen, og derved økt rekrutteringen til faget. En samling av fagfeltet i egne enheter kunne dessuten vært et godt utgangspunkt for forskning og fagutvikling mot en mer vitenskapelig, standardisert og enhetlig rettspsykiatri i Norge slik Grøndahl (2010) etterlyser. Man kunne i tillegg unngått svarteperspill fordi enhetene var godt forberedt på å ta imot pasientgruppen, og de ambulante teamene kunne bistått førstelinjen. En sentralisering medfører imidlertid at pasientene behandles langt unna hjemkommune, familie og øvrig nettverk. Dette kan komplisere tilbakeføringen, men samtidig være en lettelse for ofre, etterlatte og andre berørte parter.

Egne rettspsykiatriske enheter vil ifølge informantene kunne ta en større del av helsebudsjettet på bekostning av allmennpsykiatrien. Ønsker vi en utvikling der en egen enhet for rettspsykiatri prioriteres fremfor allmennpsykiatri? Ved å opprette egne rettspsykiatriske enheter kunne man samlet utgiftene, gjort ansvarsforholdene tydeligere og samtidig fjernet utfordringen med å ha pasienter dømt til TPH i allmennpsykiatrien, men på bekostning av hvem? Vil det gradvis utarme allmennpsykiatrien slik noen av informantene fryktet?

Dagens allmennpsykiatriske enheter er i stor grad beregnet til kortvarige opphold. Man introduserer nå såkalte «pakkeforløp» også innen psykisk helse, med mål om mer standardisert, kostnadseffektiv behandling og rask rehabilitering til hjemkommunen. Dette fremstår vanskelig forenelig med behovene til de dømte. Informantene påpekte at pasienter dømt til TPH ofte har et høyere funksjonsnivå enn andre psykosepasienter. I kombinasjon med behov for langsiktig behandling fordrer det mer aktivitet enn man får mulighet til innenfor rammene av pakkeforløp. Man kan tenke seg aktiviteter i form av skole og tilrettelagt arbeid, og egne rettspsykiatriske enheter kan i større grad skreddersy slike tilbud. Et tilpasset behandlingstilbud motvirker inaktivitet, institusjonalisering og misnøye (Riley et al, 2014), men som nevnt må ressursene til dette hentes en plass fra.

Et sentralt spørsmål blir om egne rettspsykiatriske enheter avklarer ansvarsforholdet mellom tjenestene i overgangen fra intramural til ektramural oppfølging. Funn i studien antyder at førstelinjetjenesten ønsker å samarbeide med en spesialisert enhet om disse pasientene. Ifølge informantene trenger pasienter dømt til TPH spesialiserte fagpersonale. Det er essensielt at enheten har god kunnskap om pasientene, og kjenner kriseplaner og kriterier for tilbakeføring til døgnopphold. Ønsket om tett samarbeid og forutsigbarhet kan legge til rette for kunnskapsutveksling og gjøre førstelinjetjenesten tryggere i arbeidet med pasientene. Et scenario der partene i samarbeidet kjenner sine roller og ansvarsområder, samt møtes som likeverdige i et ønske om forbedring av tjenestetilbudet, samstemmer godt med Freires syn på dialogisk samarbeid og kunnskapsutvikling.

5.4 Hvor går vi nå?

Andre del av studiens problemstilling dreier seg om på hvilken måte dialogseminaret innvirket til deltakernes forståelse av tema og den videre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Med dette har vi ønsket bistand av informantene til å vurdere om faste fora for dialog og samarbeid kan være et tiltak å ta med seg på veien videre. For hvor går veien nå? Hvordan skal fagmiljøene i både første og andre linje bli godt kjent med det ukjente, unngå svarteperspill, gjøre gråsoner mindre grå og bringe behandling og oppfølging av pasienter dømt til TPH til et mer tilfredsstillende nivå – både for pasienter og tjenesteytere?

Data fra studien viser at informantene syntes dialogseminaret bidro til økt felles forståelse av tema, og at de i etterkant av seminaret i større grad enn før opplevde oppgaven som et felles ansvar. Dette, i kombinasjon med informantenes ønske om tydeligere ansvars- og oppgavefordeling, samstemmer godt med funn fra Riley et al. (2014). Økt kompetanse, tydelige ansvarsområder og sterk organisering av tjenestene bidrar til god samhandling, men hvordan omgjøre denne teori til praksis?

Freire vektlegger nettopp samhandlingen, samspillet, mellom lærer og elev i sin teori om kunnskapsformidling. Vi har tidligere i oppgaven sammenliknet Freires teori om kunnskapsformidling med samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten fordi vi tenker at de to begrepene kunnskapsformidling og samhandling har mye til felles. Slik vi ser det dreier samhandling seg i stor grad om kunnskapsformidling, om å finne felles løsninger,

mellom to parter med forskjellig ståsted og utgangspunkt. Freire er opptatt av likeverd, respekt, åpenhet og ydmykhet, og fokuserer på at man heller skal lære av hverandre enn at en part skal deponere kunnskap i den andre. Dialog går igjen, og Freire påpeker at det kun er gjennom dialog vi kan bli en del av virkeligheten. Dialog innebærer imidlertid risiko fordi vi hele tiden er bevisst at egne standpunkt må kunne revideres. Vi samhandler med oss selv som innsats, og et dialogisk forhold må være fritt for makt og undertrykking før slik meningsskapende samhandling kan komme i stand. Er dette noe som ofte blir lett å si, men vanskelig å gjennomføre i praksis? Hvor åpne er egentlig tjenesteyterne for å la sine egne synspunkter bli revidert? Erfaring fra mange år i andrelinjetjenesten sier oss at dette er utfordrende. I krevende pasientforløp møtes tjenesteyterne av og til som parter i en konflikt, og i stedet for å gå til møtet med åpent sinn, kommer begge parter med et mål om å kjempe for egne synspunkter og forklare egne begrensinger. Da er de alt fanget i svarteperspillet, og samtalen er redusert til en polemisk argumentasjon.

Funn i studien viser at deltakerne ønsker mer kunnskap. De ønsker å møtes, se ansikter, bli kjent og danne nettverk. De ønsker inspirasjon, for der man kan stille spørsmål og finne løsninger i fellesskap. Noen må ta dette på alvor, men spørsmålet blir kanskje hvem, og i hvilken form. Vi velger å støtte oss til Freire når vi i denne studien holder fast ved idéen om at dialogseminarer, der partene møtes som likeverdige og med ønske og mål om å lære av hverandre, er essensielt om man skal lykkes i å gjøre det ukjente mer kjent, legge til rette for samspill fremfor svarteperspill og bringe lys til gråsonene. Empirien viser at tjenesteytere i både første- og andrelinjetjenesten ønsker jevnlig møter, og at dette bidrar til økt forståelse for hverandres utfordringer i hverdagen. I fokusgruppene kom det frem argumenter både for store samlinger, der så mange som mulig fra det lokale fagmiljøet møtes, og for mindre samlinger der det muligens kan bli rom for mer løsningsrettede diskusjoner. Argumentene for store samlinger gikk ut på at informantene ønsket å treffe hele nettverket, samle alle perspektivene og se det store bildet. De som argumenterte for mindre samlinger hevdet imidlertid at dialogen kanskje kunne bli enda bedre i mindre fora, og at man dessuten i lettere grad kunne komme frem til konkrete tiltak å jobbe videre med. Felles for begge grupperinger er imidlertid et ønske om at «det skal komme noe ut av det». Informantene ønsket å se resultater og at det fremkommer konkrete forslag til forbedringer. I så måte viser studien et klart behov for flere dialogseminarer, og foreløpig er det nok kun andrelinjetjenesten som har ressurser og stort nok fagmiljø til å kunne arrangere disse. Kanskje kunne det vært fornuftig å imøtekomme informantenes ønske med et dialogseminar

neste år der funnene fra denne studien blir presentert? Og der vi inviterer med sykehusledelse, kommunal ledelse og aktuelle politiske ledere?

Tidligere i drøftingen har vi tegnet et bilde av helsetjenesten som et tre der rammer, regelverk og ressursfordeling utgjør stammen. Første- og andrelinjen utgjør hver sin gren på treet, og vi har stilt spørsmål ved om man kanskje skulle legge til rette for nok en gren; en egen rettspsykiatrisk enhet. Nå vil vi diskutere hvordan man kan ivareta treet. Hvem skal stelle det, gi det næring, fjerne morkne deler og tilrettelegge for ny vekst? Hvem skal ha gartnerfunksjonen? I dag opplever informantene at deler av behandlingen av pasienter dømt til TPH fremstår tilfeldig. De opplever å kjempe om ressurser, kjempe om å få kunnskap, og de opplever å kjempe for å beholde eksisterende tilbud for pasienter som *ikke* er dømt. Gartnerfunksjonen er i dag, slik vi ser det, i stor grad overlatt til et ledersjikt langt unna de lokale tjenesteyternes hverdag, og man kan stille spørsmål ved om de som i dag steller treet virkelig kjenner hvor treet styrker og svakheter ligger.

Vi ønsker ikke å argumentere for en ledelsesløs og flat struktur i helsevesenet. Funn i studien viser at informantene ønsket en tydelig, delaktig og engasjert ledelse. De ønsket en ledelsesforankret strategi og plan for arbeidet de skal utføre. Vi ønsker imidlertid å stille spørsmål ved om det finnes måter å i større grad involvere «fotfolket» i utformingen av tilbudet. Er det mulig å i større grad benytte tjenesteyternes kompetanse i denne sammenhengen? Det er de som kjenner vekten av oppgavene, det er de som i det daglige møter pasientene, pårørende, og deres utfordringer. Det er de som formelig kjenner på kroppen hvilken del av treet som trenger næring. Og hva med brukerperspektivet? Kan man i større grad la brukere delta i gartnerarbeidet? Helsedirektoratet (2014) skriver i sin veileder «Sammen om mestring» at de bygger på en faglig forståelse om at aktiv medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet og egen bedringsprosess har en terapeutisk effekt og bidrar til økt mestring for bruker og pårørende. Vi har lit til at politisk ledelse og øvrig planvirksomhet følger Helsedirektoratets anbefalinger i forhold til brukermedvirkning, men kan brukerperspektivet synliggjøres ytterligere?

Freire (2003) hevder at all kunnskapsutvikling forutsetter at man forstår hvilken verden «den andre» lever i. Man må ha utgangspunkt i deltakernes virkelighet, møte dem der de er og la individet tre frem som en medskaper, ikke tilskuer. Dette gjelder tjenesteytere så vel som pasienter og deres pårørende. Studien viser at informantene i stor grad opplevde seg som tilskuere og ikke deltakere, og brukerperspektivet har vært ikke-eksisterende. Kan jevnlige

dialogseminarer bidra til en sunnere vekst? Og kan man utvide samarbeidet slik at også bruker- og pårørendeorganisasjoner, helseledelse og politisk ledelse sammen med klinikere kan drøfte treetts helsetilstand - og være gartnere sammen? På denne måten underbygges Freires tanker om at man må være elever sammen. Partene lytter til hverandre for å få innsikt i den andres «eksistensielle situasjon», og ekspertene på hver sitt felt bistår den andre i å systematisere kunnskapen. Man må heller ikke glemme pasienter og pårørende som eksperter i sitt felt, som talspersoner for sin eksistensielle situasjon. Det kan være utfordrende å engasjere pasienter underlagt tvangstiltak i brukermedvirkning, men informantene har i studien uttrykt at pasienter dømt til TPH ofte er ressurssterke og i behov av mer aktivitet og stimuli enn de klarer å gi dem. Kan dette innebære at noen av pasientene er en oversett ressurs hva angår brukermedvirkning? Kan dette være et område man kan legge økt fokus på i søken etter sunnere vekst?

De forskjellige kunnskapsformer kan ifølge Freire bare smelte sammen gjennom en åpen og jevnbyrdig dialog mellom partene i læringsprosessen, og vi har vist at dette forutsetter at man forholder seg til hverandre som subjekter fremfor objekter. På denne måten kan tjeneste-treet vårt få et mer helhetlig gartnertilsyn, der både stamme, grener og frukt ivaretas og ses.

6.0 Avslutning

6.1 Konklusjoner

Dom på overføring til TPH er en særreaksjon for strafferettslig utilregnelige lovbyggere. Til tross for at lovbestemmelsen har vært gjeldende i 14 år tyder denne studien på at det fortsatt hersker usikkerhet innad i det psykiske helsefeltet i forhold til aspekter som sikkerhet, ressurser, ansvars- og oppgavefordeling, lovverk og organisering. Informantene beskrev dette som forhold som utfordrer dem i deres daglige arbeid med pasientgruppen, og som dessuten påvirker samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Studien antyder en sammenheng mellom utfordringene informantene opplever i samarbeidet mellom tjenesteyterne og utfordringer de opplever i forhold til å gi pasientgruppen et godt tilbud. Jo bedre samarbeid dess bedre tjenestetilbud.

Funnene viser at pasientgruppen fortsatt er en relativt ny utfordring for tjenesteyterne, og flere av informantene hadde ikke selv direkte erfaring med pasienter dømt til behandling. Mange av utfordringene sammenfaller imidlertid med erfaringer man har med TUD-pasienter generelt, men i tillegg kommer det særskilte ansvaret i forhold til ivaretagelse av samfunnsvernet. For å bli kjent med det ukjente, tilrettelegge for samspill og unngå gråsoner poengterte informantene betydningen av kunnskap og erfaring, trygge og tydelige rammer, klar oppgavefordeling, veiledning og tett samarbeid mellom tjenestenivåene. Funn i studien viser at jo bedre kompetanse tjenesteyterne har, jo bedre er helhetsforståelsen av pasientenes psykiske helse og behov. Bedre forståelse gir bedre kommunikasjon på tvers av tjenestelinjene, og dette fremstår som en forutsetning for å kunne lykkes med å etablere pasientgruppen i kommunene. Funnene befester på denne måten betydningen av kompetanse- og fagutvikling innen psykisk helsearbeid, og hvordan dette er avgjørende både for samhandlingen mellom tjenestenivåene og for kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene.

Studien avdekker organisatoriske utfordringer knyttet til lovverk og utforming av tjenestetilbudet. Informanter fra andrelinjetjenesten etterlyste en mulighet for tvangsbruk innen førstelinjetjenesten, mens informanter fra førstelinjen ønsket at tvangen forblir i andrelinjen. Informanter både i første og andre linje opplevde å få oppgaver «tredd nedover ørene», og at de hverken var godt nok forberedt eller hadde gode nok rammer til å gi pasientene et så godt tilbud som de ønsket. Slik vi ser det har man i forhold til de dømte valgt å benytte et eksisterende behandlingssystem som ikke er dimensjonert for oppgaven, og dette har resultert i en opphopning av dømte pasienter i psykiatriske døgninstitusjoner.

Informantene i denne studien savnet et langsiktig rehabiliterende mellomledd mellom sykehus og kommune som kan samle kompetanse, håndtere pasientgruppen og ivareta samfunnsvernet. Det ble argumentert for å skille allmennpsykiatri og rettspsykiatri, og man savnet et sterkere og tydeligere politisk engasjement i forhold til utfordringene helsevesenet opplever med ivaretagelsen av pasienter dømt til TPH.

Freire (2003) vektlegger dialog som avgjørende for all form for kunnskapsformidling og samhandling. Dialog forutsetter en kommunikasjon preget av likeverd, respekt, ydmykhet, åpenhet og kjærlighet, og han spør seg om hvordan man kan føre en dialog om man alltid projiserer uvitenhet over på andre og aldri ser sin egen. Ved skjev maktfordeling i samhandlingen blir kommunikasjonen redusert til en monolog, og samspill blir omgjort til svarteperspill. Denne studien viser at tjenesteytere både i første- og andrelinjetjenesten ønsker samspill. De ønsker en åpen dialog med gjensidig respekt for hverandres fagkompetanse og

praktiske begrensinger. Fellesskap blir et stikkord når det kommer til å gi pasienten et godt tilbud, og informantene oppgav i studien at dialogseminaret bidro til økt felles forståelse av utfordringene de to tjenestenivå opplever med tjenestetilbudet. Seminaret bidro dessuten til at de fikk økt kunnskap om tema, og at de i større grad enn før opplevde oppgaven som et felles ansvar. I det videre ønsket informantene jevnlig møteplasser der det tilrettelegges for kunnskapsutvikling, der de kan få inspirasjon, stille spørsmål og drøfte konkrete tiltaksforslag.

6.2 Tiltaksforslag

Med bakgrunn i studiens konklusjoner ønsker vi å foreslå konkrete tiltak som kan bidra til å lette noen av utfordringene studien har avdekket i forhold til å gi pasienter dømt til TPH et godt tilbud. Tiltak som vil kunne føre til at man sammen blir kjent med det ukjente, forkaster svartepersillet, gir lys til gråsonen og staker ut en kurs for veien videre:

- Utarbeidelse av konkrete retningslinjer for tidlig etablering av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Retningslinjene bør inneholde tidsfrister vedrørende første kontaktetablering mellom kommunen, avdelingen og pasienten. De bør også tydeliggjøre omfanget av samarbeidet, tidsintervall for samarbeidsmøter/treffpunkt, og en tydelig ansvars- og oppgavefordeling.
- Tidlig i samarbeidet bør første- og andrelinjetjenesten, sammen med pasienten og evt. pårørende, utarbeide en pasientspesifikk progresjonsplan.
- Man bør tilrettelegge for mer systematisk veiledning og kunnskapsutveksling mellom tjenestenivåene.
- Man bør ha jevnlig samarbeidsforum der fagfeltet, på tvers av linjene, møtes for å drøfte problemstillinger, utveksle erfaringer og skape relasjoner. Dette vil kunne gi et dialogisk samspill som kan bidra til at pasientene får et mer helhetlig, verdig og tilpasset tjenestetilbud.
- Andrelinjetjenesten bør ha spesialiserte ambulante team som kan bistå førstelinjetjenesten ute i kommunene, og være et bindeledd mellom de intramurale og ekstramurale tiltakene.
- På et overordnet plan bør man vurdere organiseringen av tilbudet til pasienter dømt til TPH.

6.3 Avsluttende kommentarer og forslag til videre forskning

Vi ser at vi på mange måter sitter igjen med flere spørsmål enn svar i etterkant av studien, og det er tydelig for oss at det gjenstår mange ubelyste aspekter ved behandling og ivaretagelse av pasienter dømt til TPH. For det første vil vi trekke frem at vi fortsatt ikke har noe tydelig svar på hva et «godt» tilbud konkret innebærer, og vi synes det ville vært spennende å få mer kunnskap om hva både tjenesteytere, pasienter og pårørende mener et godt tilbud bør inneholde. Slik kunnskap vil kunne gjøre det lettere å jobbe mot et mer konkret og definert mål, og man ville dessuten lettere kunne vurdere måloppnåelse. Videre savner vi kunnskap om hvordan pasienter og pårørende faktisk opplever det nåværende tilbudet, og vi synes det ville vært interessant å få vite mer om deres syn både på selve særreaksjonen og organiseringen av behandlingen. Dette vil kunne gi verdifull informasjon i helsetjenestenes videre organisering av tjenestene, og også generell kunnskap til fagfeltet psykisk helsearbeid. En spennende vinkling kunne innebære å se på grad av brukermedvirkning, og hvordan pasientene selv ser muligheter for brukermedvirkning i forhold til det å være underlagt en dom.

Funnene viser at informantene savner et rehabiliterende mellomledd mellom første- og andrelinjetjenesten, og her ligger det muligheter for spennende forskning slik vi ser det. Hva tenker resten av fagfeltet om dette? Er våre funn representative på nasjonalt plan? Ønsker man i Norge egne rettspsykiatriske enheter slik som i Sverige? Kan man gjøre en sammenliknende studie og vurdere norsk og svensk tilnærming opp mot hverandre?

Veien videre fremstår for oss fortsatt noe uklar, både for pasienter dømt til behandling og for fagpersoner som arbeider for å gi dem et godt tilbud. Vi har med denne studien belyst viktige aspekt ved behandlingen, ved samhandlingen og ved organiseringen av tilbudet, men det vil ta tid å forbedre overgangen fra sykehus til kommune. Studien avdekker at fagfeltet trenger mer forskning, sterkere politisk engasjement og økonomisk satsning, og man trenger engasjerte, dedikerte og faglig sterke tjenesteytere.

Referanser

Extramural (2013). *The American Heritage Dictionary of the English Language*. (5 th. ed.) Boston, MA. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company. Hentet fra <http://www.yourdictionary.com/intramural>

Freire, Paulo (2003). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Førde, R. (2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene - Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Grøndahl, P. (2010). *A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry*. (Doktorgradsavhandling), Medisinsk Fakultet, Universitet i Oslo, Oslo.

Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne [Hefte]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015). Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/tvang/dom-pa-overforing-til-tvungent-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet (2016). Særlig ressurskrevende helse og- og omsorgstjenester. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/særlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Intramural (2010). *Webster's New World College Dictionary (5 th. ed.)* Cleveland, Ohio; Wiley Publishing Inc. Hentet fra <http://www.yourdictionary.com/extramural>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju, 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lovvedtak 46 (2015-2016). (2016). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2015-2016/vedtak-201516-046/>

Malt, U. (2009). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://www.sml.snl.no/frykt>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 1990:5 (1990). *Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

NOU 2014:10 (2014). *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

NSD Universitetet i Bergen (2015). Hentet fra <https://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest>

Pettersen, K. S. & Rudningen, G. (2014). *AFI- Rapport 2014:10. «Samspill eller svarteperspill?»* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research - Appraising Evidence for Nursing Practice, 4.th edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Prop. 122 L (2014-2015). (2015). *Endring i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-122-l-20142015/id2412699/>

Prop.nr. 63 (1997-98). (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/stprp-nr-63-1997-1998/id439521/>

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

Riise, G. og Duvaland, L. (2015). «Høringssvar- Tilregnelighetsutvalgets utredning, NOU 2014:10, Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern». Oslo: Den Norske Legeforening. Avgitt til Justis- og beredskapsdepartementet 16. mars 2015. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Riley, Høyer & Lorem (2014). When coercion moves into your home' - a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & Social Care in the Community, vol. 22, issue 5, 2014*. Tromsø, UiT.

Ringdal, K. (2014). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sigurjonsdottir, M. (2009). Opptrappingsplanen for psykisk helse - idealer og realiteter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2009, nr. 8. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1824189/>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Straffeloven (2005). Lov om straff. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL/1-13#§64>

Sørensen, N. (2007). *Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern - særreaksjon for strafferettslig utilregnelige lovbreakere* (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Nina Sørensen, Kristiansand.

DIALOGSEMINAR 10. september 2015

Dømt til tvungent psykisk helsevern

Erfaringer og utfordringer knyttet til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt, sikkert og faglig forsvarlig tilbud etter intramural psykiatrisk behandling.

Konferansier/ordstyrer:

PROGRAM

- 09.00–09.15** Velkommen ved ¹
- 09.15–10.00** Dom til TPH sett fra påtalemyndighetens side.
Statsadvokaten i
inkludert drøfting/spørsmål.
- 10.00–10.15** Pause
- 10.15–11.15** Hva innebærer en dom til tvungent psykisk helsevern for helsetjenestene? Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern,
inkludert 15 min. drøfting/spørsmål.
- 11.15–11.30** Pause
- 11.30–12.30** Behandling i psykiatrisk rehabiliteringsenhet.

inkludert 15 min. drøfting/spørsmål.
- 12.30–13.30** Lunsj
- 13.30–14.30** Samhandling fra et kommunalt perspektiv.

inkl. 15 min. drøfting/spørsmål.
- 14.30–14.45** Pause
- 14.45–15.45** Perspektiver fra regional sikkerhetsavdeling.
Overlege ved regional sikkerhetsavdeling
, inkl. 15 min. drøfting/spørsmål.
- 15.45–16.00** Avslutning ved

Kursavgift: 500,- Giro blir sendt etter kurset,
oppgi fakturaadresse - Påmeldingsfrist: 26.08.2015
Påmelding til:
Vi oppfordrer til tidlig påmelding, p.g.a. begrenset plass.



Forespørsel om deltakelse i studien

«Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern» Vedlegg 2

Problemstilling

Hvilke utfordringer opplever ansatte innen psykisk helse i forhold til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt tilbud? På hvilke måte innvirket dialogseminaret på informantenes forståelse av tema og for den videre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten?

Bakgrunn og formål

Vi er to sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid som jobber i (.....). Vi er i gang med en mastergradsavhandling ved Universitetet i (.....), fakultet for helse- og idrettsvitenskap, og ønsker i den forbindelse å få mer kunnskap om erfaringer og utfordringer ansatte innen psykisk helse opplever i forhold til å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern et godt tilbud. Vi ønsker også å se på om tiltak som dialogseminaret du nå har deltatt på kan bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi vil gjennomføre 2 fokusgruppeintervju med 6 – 8 personer i hver gruppe. Intervjuene vil vare ca. 90 minutter. Vi vil begge være tilstede under intervjuene, og vi ønsker å bruke lydopptaker for å kunne få registrert alt som blir sagt. Vi vil stille spørsmål om hvilke erfaringer dere har med problemstillingen og hvilket utbytte dere har hatt av dialogseminaret.

Fokusgruppeintervjuene er planlagt gjennomført så snart som mulig etter dialogseminaret, og tidspunkt og lokalisering vil bli avtalt nærmere med de som velger å delta. Vi vil tilstrebe å tilrettelegge for en fornuftig geografisk sammensetning av fokusgruppene.

Presentasjon av funn

Funnene fra studien vil bli presentert i en monografi med innlevering i mai 2016. Det vil i etterkant av studien kunne bli aktuelt å skrive en artikkel og evt. arrangere et nytt dialogseminar med fokus på funnene fra studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare vi som intervjuere, og vår veileder, som vil ha tilgang på dine opplysninger. Lydfilen vil bli slettet like etter den er transkribert. Deltakerne i studien vil bli presentert som informanter, og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Både sykehuset og kommunene blir anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen 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 Heidi Gelius eller Erlend Løwe på tlf. 47839686 eller e-mail heidi.gelius.@(.....) eller erlend.lowe@(.....).

Søknad om tillatelse til gjennomføring av studien er godkjent av Fakultetets Etske Komité og studien er ikke søknadspliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Samtykke til deltakelse i studien

Samtykke til å delta i studien gis skriftlig når du møter til intervju.

Plan for fokusgruppeintervju - Vedlegg 3

- Velkommen!

Informasjon om deltakere og plan for gjennomføring før båndopptaker settes på.

Hvem er de forskjellige og hvordan er tidsplanen? Informasjon om hvem som vil lede gruppen. Informasjon om at vi hovedsakelig ønsker å la dialogen flyte fritt utfra problemstillingen, men at vi vil komme med spørsmål eller innspill dersom samtalen stopper opp eller vi ønsker presiseringer. Oppfordre deltakerne til å være aktive, respektfulle og ha fokus på taushetsplikten dersom man diskuterer enkeltsaker. Unngå bruk av navn på de andre informantene – dette for å sikre anonymitet i datamaterialet. Det må i innspillene gjerne komme frem om informantene jobber i primær- eller spesialisthelsetjenesten, det kan også fremkomme om man jobber i rehabiliteringsenhet, akuttenehet eller DPS, men ikke hvilket sykehus eller hvilken kommune. Av hensyn til personvernet ønsker vi heller ikke at det skal komme frem hva slags stilling informantene har.

Informantene underskriver på samtykke.

- Båndopptaker på: Leder presenterer forskere, antall informanter og problemstillingen.

«Hvilke utfordringer ser ansatte innen psykisk helsevern det er ved å skulle gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern er godt tilbud? På hvilke måte innvirket dialogseminaret på informantenes forståelse av tema og for videre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten».

- Så: Hvilke utfordringer opplever dere ved å skulle gi denne pasientgruppen et godt tilbud der dere arbeider? Si gjerne litt om den erfaringen dere har med å gi tilbud til denne gruppen... Ordet er fritt!

- Da er halve tiden gått, og vi går over til neste del av problemstillingen: På hvilken måte innvirket dialogseminaret dere deltok på 10.09.15 på deres forståelse av tema? Og for den videre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten? Ordet er fritt!

- Ved behov: Forskerspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har informantene med å gi pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern behandlings/oppfølgingstilbud?
2. Hvilke tanker, meninger og refleksjoner har de om tema etter å ha deltatt på dialogseminaret?

3. Hva tenker de kan være til hjelp for å sikre en god overgang fra intramural til ekstramural behandling og oppfølging?

- Avslutning, takke informantene for oppmøte og deltakelse, skru av båndopptaker.
- Spør om det er noen spørsmål avslutningsvis – etter båndopptaker er av. Opplevelsen av fokusgruppeintervjuet? Eventuelle innspill noteres anonymisert.

Vedlegg 4

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien «Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern».

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen :

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)